Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
ISSN: 2254-724X
41
2013

PRESENTACIÓN

PARA UN DIAGNÓSTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA (XLI)

ESTUDIOS

DOSSIER: Los malos tratos hacia las personas mayores

- ✓ Las personas mayores en España y Europa
- ✓ Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores
- ✓ Domestic violence victims in later life: older women and intimate partner abuse (ipv). La violencia doméstica en la última etapa de la vida: Las mujeres mayores y el maltrato por parte de sus parejas
- ✓ Abuse and Neglect of Older Adults in the Canadian community: An overview of what we know and don't know
- ✓ La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores
- ✓ Importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales. Negligencia y maltrato lingüístico hacia los mayores
- ✓ Infantilización en los cuidados de las personas mayores en el contexto residencial.
- ✓ Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones
- ✓ Atención a mayores vulnerables: el acercamiento a quienes no demandan
- ✓ Resultados del proyecto milcea: monitoring in long term care. Prevention of elder abuse
- ✓ Programa Daphne Stop Vi.E.W. contra la Violencia hacia las Mujeres Mayores
- ✓ Aislamiento social en la ciudad de Madrid: autonegligencia
- ✓ Espiritualidad y religiosidad en cuidadores de personas con demencia como posibles factores protectores de maltrato
- ✓ Ética y buen trato a personas mayores
- ✓ Envejecimiento activo: un reto individual y social
- ✓ Relaciones abuelos-nietos: una aproximación al rol de abuelo
- ✓ La Imagen de las personas mayores en los medios de comunicación
- ✓ Iniciativa amigos de los mayores

RESEÑAS

ÍNDICE CRONOLÓGICO DE DOSSIERES DE SyU (1993-2013)

Nº 41
Jun. 2013

SOCIEDAD Y UTOPÍA

Revista de Ciencias Sociales

DIRECTOR

- Dr. Francisco SALINAS RAMOS, Universidad Pontificia de Salamanca

SECRETARIA

- Dra. Margarita CAMPOY LOZAR, Universidad Complutense de Madrid

CONSEJO EDITORIAL:

- Dra. Teresa COMPTE GRAU, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dra. María Jesús GARCÍA ARROYO, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. Luis JOYANES AGUILAR, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. Víctor MARTÍN GARCÍA, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. Fernando MARTÍNEZ VALLVEY, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dra. Aitziber MUGARRA, Universidad de Deusto
- Dr. Alfonso SALGADO RUIZ, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. José SÁNCHEZ JIMÉNEZ, Universidad Complutense de Madrid
- Dr. José Luis SEGOVIA, Universidad Pontificia de Salamanca

CONSEJO DE REDACCIÓN

- Dr. Nicolás BAJO SANTOS, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. Pedro COSTA MORATA, Universidad Politécnica de Madrid
- D. Jaime FERRER SARROCA, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. Emilio José GÓMEZ CIRIANO, Universidad de Castilla la Mancha
- Dr. Rubén GONZÁLEZ CRESPO, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dra. María Teresa MÉNDEZ PICAZO, Universidad Complutense de Madrid
- Dr. Antonio MORENO JUSTE, Universidad Complutense de Madrid
- Dr. Luís RODRÍGUEZ BAENA, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. José Manuel RUANO DE LA FUENTE, Universidad Complutense de Madrid
- Dr. Felipe RUIZ ALONSO, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. José Manuel SAIZ ALVAREZ, Universidad Antonio Nebrija
- Dra. Lyda SÁNCHEZ DE GÓMEZ, Universidad de Extremadura
- Dra. María del Mar SANCHEZ LLORENS, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. Octavio UÑA JUÁREZ, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dra. Araceli ALMARAZ, Colegio de la Frontera Norte, México
- Dr. Imanol BELAUSTETIGOITIA RIUS, ITAM (México)
- Dr. José Luis CAÑAS FERNANDEZ, Universidad Complutense de Madrid
- Dr. Rafael CHAVES AVILA, Universidad de Valencia

Nº 41
Jun. 2013

- Dr. Vicente ENCISO DE YZAGUIRRE, Universidad Católica de Ávila
- Dr. Jorge Alberto GÁMEZ GUTIÉRREZ, Universidad de La Salle, Colombia
- Dr. José María HERRANZ DE LA CASA, Universidad de Castilla la Mancha
- Dr. Félix JIMÉNEZ JAIMES, Pontificia Universidad Católica del Perú
- Dr. Carlos LARGACHA MARTÍNEZ, Universidad EAN (Colombia)
- Dr. Vicente MARBÁN GALLEGO, Universidad de Alcalá de Henares
- Dra. Lourdes, OSORIO BAYTER, Universidad Autónoma de Occidente. Cali.
- Colombia
- Dr. Ernesto PARRA CORTÉS, Providence University, Taichung-Taiwán
- Dr. Joaquín María RIBERA ALVAREZ, Universidad Complutense de Madrid
- Dra. Anna SROKA, Universidad de Varsovia (Polonia)
- Dr. Juan SOUTO, Universidad Pontificia de Salamanca
- Dr. Omar Antonio VEGA, Universidad de Manizales. Colombia

Secretaría Ejecutiva

- Jesús MARTÍNEZ BERMEJO, Fundación Pablo VI

Diseño y Maquetación:

- Rafael VERA PUIG, Fundación Pablo VI

Edita: Fundación Pablo VI. UPSAM

Redacción, Administración y Distribución

Fundación Pablo VI
Paseo Juan XXIII, 3; 28040 MADRID
Telf. 91 514 1700 – Ext. 316
http://www.sociedadyutopia.es
Email: sociedadyutopia@pablovi.org

Periodicidad: es una revista semestral

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Los malos tratos hacia las personas mayores

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Se comunicará oportunamente a los autores el número de la Revista en que, tras la oportuna aceptación, serán editadas sus colaboraciones. Por dificultades de Secretaría no podrán ser devueltos los trabajos no aceptados por el Consejo de Redacción.

SOCIEDAD Y UTOPÍA no se identifica no se identifica con los contenidos de los artículos que se recogen en sus páginas. Todos los derechos quedan reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los artículos sin la previa autorización escrita de la Revista.

SOCIEDAD Y UTOPÍA, revista de Ciencias Sociales, es una revista semestral, arbitrada e indexada en las siguientes bases de datos: CATÁLOGO LATINDEX; DICE, IN-RECS, CINDOC

ISSN: 2254-724X
Depósito Legal: M.9.891-1993

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

SUMARIO

PRESENTACIÓN **8**

PARA UN DIAGNÓSTICO DE LA SOCIEDAD (XLI) **13**

ESTUDIOS **16**

Gámez Gutiérrez, Jorge y Garzón Baquero, Jossie Esteban 17
El proceso de profesionalización en las empresas de familia.
Caso Baterías MAC de Colombia

Jiménez Quintana, Ana E. 47
EL aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico.
Comentario a la Ley 4/2012, de 6 de julio.

Álvarez Sánchez, Yolanda 71
El campo de las empresas de familia.
Subcampo: las Margaritas, el Florida, la Puerta falsa y Ramo

Colvin Díez, Jorge 92
Modelos organizacionales de fusiones y adquisiciones
de creación de valor estratégico basados en el cambio

DOSSIER: LOS MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS MAYORES **105**

Coordinadoras: Dra. Gema Pérez Rojo y Dª Alejandra Chulián Horrillo 106
Introducción

Triado, Carmen 110
Las personas mayores en España y Europa

Pérez Rojo, Gema y Chulián Horrillo, Alejandra 127
Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores

Brownell, Patricia y Lataillade, LMSW Jasmine 168
Domestic violence victims in later life: older women and intimate
partner abuse (ipv). La violencia doméstica en la última etapa de la
vida: Las mujeres mayores y el maltrato por parte de sus parejas

Nahmiash, Daphne 186
Abuse and Neglect of Older Adults in the Canadian community:
An overview of what we know and don't know

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Martínez Rodríguez, Teresa 209
La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores

Paniagua Fernández, Rosario 232
Importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales. Negligencia y maltrato lingüístico hacia los mayores

Pinazo, Sacramento 252
Infantilización en los cuidados de las personas mayores en el contexto residencial.

Nevado Rey, Manuel 283
Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones

Serrano Garijo, Pilar 299
Atención a mayores vulnerables: el acercamiento a quienes no demandan

Brucker, Uwe / Schempp, Nadine / Kimmel, Andrea 328
Resultados del proyecto milcea: monitoring in long term care. Prevention of elder abuse

Sánchez Moro, Carmen / Pérez Correa, Julia 361
Programa Daphne Stop Vi.E.W. contra la Violencia hacia las Mujeres Mayores

Santos-Olmo Sánchez, Ana Belén / Velázquez Martín, Eva / Ausín Benito, Berta / Muñoz López, Manuel 382
Aislamiento social en la ciudad de Madrid: autonegligencia

López, Javier / Márquez-González, María / Romero-Moreno, Rosa / Losada, Andrés 402
Espiritualidad y religiosidad en cuidadores de personas con demencia como posibles factores protectores de maltrato

Goikoetxea Iturregui, Marije 424
Ética y buen trato a personas mayores

Zamarrón Cassinello, Mª Dolores 449
Envejecimiento activo: un reto individual y social

Noriega García, Cristina / Velasco Vega, Cristina 464
Relaciones abuelos-nietos: una aproximación al rol de abuelo

Díaz Aledo, Loles 483
La Imagen de las personas mayores en los medios de comunicación

Villegas, Mercedes 503
Iniciativa amigos de los mayores

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

RESEÑAS 510

INDICE CRONOLÓGICO DE DOSSIERES DE S y U (1993-2013) 530

NORMAS PARA PUBLICACIÓN DE ORIGINALES 533

FUNCIONES DE LOS CONSEJOS EDITORIAL, DE REDACCIÓN
Y COMITÉ CIENTÍFICO 538

PRESENTACIÓN

1. Tendencias del envejecimiento en la sociedad actual.

No es lo mismo envejecimiento de la población, que envejecimiento de la persona o envejecimiento demográfico. El envejecimiento de la población es consecuencia de importantes cambios demográficos, reflejados desde los años 70/80, con la *caída de la fecundidad* que ha provocado el elevado peso porcentual de las personas mayores; el *incremento de la esperanza de vida* que incide sobre el aumento de supervivientes en todas las cohortes de edad, especialmente a los de 65 y más años; los *movimientos migratorios* que inicialmente generan un rejuvenecimiento de la población, provocando a su vez un sobre envejecimiento de las cohortes de mayor edad, especialmente de los mayores de 80 años.

Una de las consecuencias de estos cambios recae sobre la *reestructuración de las edades,* especialmente, orientado hacia el proceso de envejecimiento de la población. La pirámide prácticamente se ha invertido cada vez son más las personas mayores de 65 y 80 años que los menores de 0 a 14 años. "El envejecimiento es un fenómeno multidimensional bio-psico-social. El declive biológico ocurre paralelamente e isomórficamente a un declive en el funcionamiento psicosocial del individuo. En parte el envejecimiento biofísico es la base del envejecimiento psicosocial, por tanto este transcurre paralelamente a aquel" (Fernández, R. (2011) "límites y posibilidades de la edad", p. 105)

2. Cambios que provocan el envejecimiento poblacional

El proceso de envejecimiento llevará a modificar las relaciones entre las generaciones y a un declive poblacional a mediados del s. XXI:

a.- Cambios **territoriales**, despoblamiento de las *zonas rurales* intensificando su envejecimiento, mientras que en los *núcleos urba-*

nos hay superpoblación y concentración de personas mayores (8 de cada 10 españoles de todas las edades viven en núcleos urbanos, 7 de 10 personas de 65 años y más viven es zonas urbanas; *zonas costeras* como la mediterránea y las Islas Canarias donde aumentan los jubilados europeos con sus respectivas consecuencias socio-sanitarias.

Castilla y León (22,4%), Galicia (21,89%) y Asturias (21,8%) son las regiones más envejecidas; Cataluña, Madrid y Andalucía son las comunidades con más número de personas mayores y dentro de estas los núcleos urbanos los que acogen un mayor número

b.- Cambios en **los patrones de enfermedad y muerte**, avanzan las enfermedades degenerativas, modificando el patrón global de enfermedad; continuas adaptaciones y mejoras en la industria farmacéutica; los servicios de atención a la persona; los cuidados sanitarios… habrá más personas con dependencia y menos recursos para atenderlas (Ley de dependencia).

El fuerte proceso de envejecimiento, debido entre otras razones por una mayor esperanza de vida implica una ampliación del periodo vivido en jubilación, lo que obligará cambios en el patrón trabajo y jubilación. La sostenibilidad del sistema de Servicios Sociales está en debate hoy en día

c.- **Modificación en las estructuras familiares,** más generaciones de la misma familia coexistirán el mismo tiempo, lo que aumenta la atención, el cuidado, las transferencias (servicios informales)…a tener en cuenta la reducción del tamaño de la unidad familiar y la mayor longevidad y dependencia extenderá la soledad residencial y el riesgo de perder bienestar

Esta situación llevará a **incrementar los servicios profesionales o formales** no sólo en los centros residenciales sino en las propias familias. "La permanencia residencial en el entorno habitual y provisión de servicios centrados en las necesidades de las personas y en sus preferencias constituyen un desafío de presente y para el futuro próximo".

3. Hoy mejor que mañana, qué hacer?

Prevenir, uno de los retos que plantea el cambio demográfico es promover una nueva cultura, en la que el enfoque preventivo pre-

valezca sobre el asistencial. Es preciso fomentar estilos de vida saludables durante toda la vida, viviendas amigables, desde la transversalidad (atención sanitaria, actividades deportivas, alimentación, educación, laboral, vivienda,…) y con un enfoque de ciclo vital.

Corresponder, todos tenemos seres familiares mayores de edad. Ellos nos lo han aportado todo cuando no éramos autosuficientes y ahora nos toca a nosotros darles algo a ellos

Reconocer, que "Las personas mayores suponen un valiosísimo capital social articulador de la sociedad, sus comunidades, sus familias. Son una fuente de recuerdos, conocimiento y disposición a hacer, aportar y aprender que se debe transmitir. Prescindir de ellas es un derroche que la sociedad no se puede permitir". Los mayores representan, también, una gran riqueza de valores humanos y espirituales para una humanidad que está en continua y rápida transformación. Entre ellos: experiencia y sabiduría de vida; mayor capacidad de trabajo y esfuerzo; criterio, paciencia y método ante cualquier situación y circunstancia; habilidades para gestionar emociones; ilusión en lo que hacen, basada en su propia autoestima y necesidad de sentirse útiles.

Lo que más aprecia una persona mayor es vivir en su entorno, seguir viviendo en su casa y mantener sus lazos afectivos. La incorporación de la inteligencia ambiental en el hogar puede contribuir de forma significativa a conseguir este objetivo. Hay que tener en cuenta que la transición de las personas mayores a una residencia es una situación traumática que tratan de evitar y familia debe tener en cuenta.

Colaborar, las personas mayores necesitan viviendas confortables, de fácil acceso y sin barreras, que respondan a sus exigencias y necesidades de vida autónoma a nivel constructivo, técnico y socioemocional. Es necesario adaptar las viviendas… las de nueva construcción. Dignificar la atención socio-sanitaria como principal reto del actual Sistema Nacional de Salud. Es urgente aminorar las barreras que existen entre el ámbito social y el sanitario. Para ello no se necesita tanto recursos financieros, (recortes, no cubrir plazas…) como sensibilidad, gestión y trabajo en equipo para vencer los estereotipos que tratan a los mayores desde la beneficencia asistencial y sanitaria y orientarse hacia su dignidad como personas.

Desarrollo de la cartera de servicios de la Ley de Dependencia, es un cuanto al Incremento de los apoyos formales: atención a domicilio: teleasistencia, ayuda a domicilio), diurna: hogares y clubs para mayores, centros de día; residencial: centros, viviendas, apartamentos tutelados, acogimiento familiar. Seguir aprendiendo a lo largo de la vida. Aprendizaje, formación y participación social forman parte de las personas. En los mayores hay que entenderlas como herramienta de conocimiento, relaciones sociales, desarrollo personal e instrumento para un envejecimiento productivo y positivo,

Fomentar, la participación, pues todos nos sentimos ciudadanos durante toda la vida, como compromiso social y como recompensa a lo que reciben (pensión). Los mayores han adoptado una cultura de la mayor participación social y mayor toma de decisiones, incluyendo un reciente protagonismo en los cambios sociales y políticos.

Ante la violencia fomentar el trabajo en grupo, el grupo como espacio integrador, relaciones intergeneracionales como claves del éxito de programas de ocio. Romper las barreras de las tecnologías hacerles asequibles los servicios de la sociedad de la información, no solo internet sino las redes sociales.

Anticiparse y responder a los retos, que plantean los mayores requiere contar con su participación a la hora de recoger propuestas de mejora y buscar soluciones. Contemplar a personas mayores en el diseño y la planificación de productos para ellos aumentaría las cuotas de mercado. Comprender cómo viven, cómo piensan, cómo son y qué necesitan, ahora y en futuro, ayudaría a posicionar mejor los productos y servicios. Contar también con las personas mayores con discapacidad para definir políticas que les afecte sobre envejecimiento y otros ámbitos

En definitiva, **transmitir mensajes positivos** sobre el valor de las personas de edad y su participación en la sociedad aumenta el potencial de progreso y contribuye a su integración. Sólo una visión positiva del envejecimiento posibilitará que sea una verdadera oportunidad. Aquí juegan un papel fundamental los profesionales de los medios de comunicación. Los medios deberían mostrar su realidad cotidiana, las barreras a las que se enfrentan, los abusos y la vulneración de sus derechos que a veces se produce aprovechando su condición en tanto que pueden ayudar a la sociedad a conocer su vulnerabilidad ante situaciones de pobreza y exclusión social.

Termino con una fase que se le atribuye al Ingmar Bergman, director de cine sueco, "envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena".

4. Contenido del nº 41

En el número 41 (primer semestre, 2013) de la revista de ciencias sociales que se edita desde 1992, con frecuencia semestral, el lector puede encontrar un conjunto de 22 colaboraciones. Cuatro de ellas en la sección Estudios y la diferencia en el Dossier. ***Los malos tratos hacia las personas mayores***, título del dossier y de este número, es estudiado desde la interdisciplinariedad, tanto a nivel técnico científico aportando resultados de estudios e investigaciones como práctico y fruto del cotidiano trabajo de sus autores. Los títulos de los artículos son un reflejo de lo que el lector encontrará en sus páginas. El tema del "mal trato" no se agota ni mucho menos en este dossier, sino que se pone sobre la mesa realidades, reflexiones, buenas prácticas para quienes tengan que tomar decisiones o tengan que intervenir les sirva de orientación.

Desde la dirección de la revista agradece a sus fieles lectores para que continúen consultándola y la recomienden a los amigos; nuestro más sincero agradecimiento a todos y cada uno de los autores así como a Gema Pérez Royo y a Alejandra Chulián Horrillo, por su tiempo, dedicación y profesionalidad en todos los procesos de coordinación del Dossier. GRACIAS.

El director

PARA UN DIAGNÓSTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA (XLI)

Al pensar sobre el hilo conductor que guiara el diagnóstico de la sociedad, eran tantas las ideas que me venían a la memoria que, más que clarificar contribuían a ensombrecer el panorama, se optó por recoger la opinión de la sociedad española, la cual refleja que se está no sólo ante una crisis de valores sino ante una profunda crisis de confianza; y, por otro lado, nos hacemos eco de uno de los dramas que afecta a miles de personas y familias, porque "hay que defender con la palabra contra quienes pretenden quitárnosla. Esgrimirla contra los desahucios de la razón" (Caballero Bonal), para finalmente hablar de esperanza en la persona del papa Francisco.

Algunos de los *mayores problemas de la sociedad española* que refleja las últimas encuestas del CIS acerca de las preocupaciones nacionales son: el desempleo, la crisis económica, la educación, la sanidad, el terrorismo, la corrupción, los recortes...He aquí una radiografía de una sociedad en crisis.

El barómetro del CIS correspondiente al mes de noviembre de 2012 no deja dudas acerca de cuál es el momento por el que pasa España, ya que el 80,8% de los consultados mencionan el paro como la más importante de sus preocupaciones. Los problemas de índole económica, con un 42,7% de menciones, ocupan el segundo lugar en la clasificación, mientras que los políticos, los partidos y la política alcanzan el 30,2%, lo que revela la falta de confianza en el sistema.

Las consecuencias de la crisis sobre el sistema nacional de salud se reflejan en que un 11,4% de personas sitúan a la sanidad como uno de los mayores problemas del país, aunque, de forma sorprendente, quienes hablan de la corrupción y el fraude como una de sus preocupaciones más relevantes solo alcanzan el 9,5%.

En una sociedad castigada por la ausencia de crédito y con un sistema bancario en serio peligro, un 8,4% de consultados ponen a los bancos entre sus mayores problemas, mientras que un 6,7% lo hacen con la educación y un 6,3% con los desahucios de viviendas. Los recortes aplicados por las administraciones en políticas sociales y

económicas suponen un 5,5% de respuestas, al tiempo que el terrorismo se mantiene entre las diez principales preocupaciones pese a la ausencia de atentados, con un 5% de menciones en esta encuesta.

La crisis de valores alcanza un modesto 2,1% en el barómetro, cuando en mi opinión es un problema gravísimo de consecuencias incalculables, pero la sociedad apenas si se alarma, si acaso comenta que los tiempos han cambiado, sin cuestionarse la dirección de este cambio, sin duda a peor. Los problemas relacionados con la juventud solo representan el 1,5% en la encuesta. La alarmante cifra de paro juvenil, la falta de perspectivas de trabajo para los jóvenes, el botellón generalizado en unos fines de semana cada vez más largos, también se acepta complaciente o resignadamente por la sociedad, que no se alarma por ello.

Uno de los *mayores dramas sociales de los últimos tiempos* son los "*desahucios*". Según los datos del Consejo del Poder Judicial entre el 2008 y 2011 los desalojos forzosos de viviendas en alquiler suman 274.000; por otro lado, entre 2008 y 2012 los lanzamientos de vivienda en propiedad a partir de una ejecución hipotecaria son más de 350.000. Ambos hace un total de 624.000 desahucios, lo que supone el 3.5 % del parque inmobiliario de viviendas principales en España (17.9 millones).

A esta realidad hay que hacerse eco de los suicidios como uno de los mayores tragedias vividas por las familias afectadas. El malestar social ha dado origen a importantes movimientos de solidaridad y resistencia como la Plataforma de Afectados por las Hipotecas (PAH), que no sólo han parado desahucios sino que han promovido una Iniciativa Legislativa Popular.

Un grupo de ciudadanos (Campaña de Vivienda de ATTAC Madrid), han elaborado una propuesta básica con la finalidad de "corregir una situación disfuncional e injusta: millones de personas excluidas del acceso a una vivienda digna, una de las edades de emancipación más elevadas de Europa, cientos de miles de desahucios como resultado de un modelo que empuja exclusivamente a la compra y al endeudamiento excesivo, un parque de vivienda social insuficiente, millones de casas vacías, un urbanismo incontrolado e insostenible, mala calidad de la construcción generalizada, etc.". Se trata del *Decálogo por una vivienda digna* (www.attacmadrid.org):

1. La vivienda es un derecho y no un producto financiero.
2. Una segunda oportunidad para las personas desahuciadas.
3. Alquiler social y baca pública.
4. Hay alternativas a la vivienda en propiedad con hipoteca.
5. Un alquiler privado atractivo.
6. Organizar el caos: un censo de viviendas vacías.
7. Una nueva política de suelo y urbanismo.
8. Fomento de la rehabilitación de viviendas.
9. Una política de financiación justa.
10. Memoria de la burbuja: exigencia de responsabilidades.

Contra todo pronóstico la elección del Cardenal Jorge Mario Bergoglio como Papa descolocó a los presentes en Roma, cardenales, periodistas y a todo el mundo. Para muchos, fue una gran sorpresa desbaratando las quinielas y previsiones de los papables. El nombre elegido, Francisco, también sorprendió. Sus primeras manifestaciones como pedir la bendición del pueblo, la sencillez de su vestir, la cercanía al prójimo daba signos de una persona sencilla, próxima, humilde, en definitiva humana, que no han tardado en llamarle el *"Papa de los pobres*". En sus gestos posteriores muchos hemos visto una actitud evangélica, una luz y esperanza hacia un cambio.

Los retos de futuro son muchos. Es la hora de la corresponsabilidad del centro y la periferia, el nombramiento del "consejo internacional para que le ayude en el gobierno", será un signo? Hacer frente a las filtraciones, las corrupciones, las decisiones sobre la "banca" vaticana, etc. requiere reformar la curia romana. "Si el papa Francisco cambia el centro de gravedad de la Iglesia hacia los pequeños, los pobres y los que sufren, se abre un gran camino de esperanza y de gozo para los creyentes. (…) La puerta apenas se ha abierto, queda mucho por andar y por ver. Pero la sonrisa, la sencillez y la mano tendida de este hermano nuestro que se nos presenta como uno más parecen pronosticar que se puede estar acabando el frío del invierno y llegar una nueva primavera".

> "Una sociedad decepcionada, perpleja y herida por una renuente crisis de valores, tiende a convertirse en una sociedad renovada por su esfuerzo regenerador. Quiero creer que el arte también dispone de ese poder terapéutico" (Caballero Bonal).

Nº 41
Jun. 2013

Estudios

El proceso de profesionalización en las empresas de familia. Caso Baterías MAC de Colombia

The process of Professionalization in family-owned enterprises: the case of Bateries MAC in Colombia

Jorge GÁMEZ GUTIÉRREZ PhD
Profesor e investigador
Universidad de La Salle de Bogotá
jgamez@unisalle.edu.co

Jossie Esteban GARZÓN BAQUERO
Administrador de Empresas
Universidad de La Salle
jossiesb@hotmail.com

La vida no es sino una continua sucesión de oportunidades para sobrevivir (Gabriel García Márquez)

Una casa será fuerte e indestructible cuando esté sostenida por estas cuatro columnas: padre valiente, madre prudente, hijo obediente, hermano complaciente (Confucio)

Caso preparado con la ayuda de Ricardo Ortiz, antiguo ingeniero de MAC S.A. hoy distribuidor de la marca, y el experto en estrategia Andrés Díaz, a quienes los autores agradecen su colaboración. La responsabilidad del artículo es solo de los autores.

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 17-46)
Fechas: Entrada: 18-03-2013; Aceptado: 20-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

En las empresas de familia (EF) el proceso de profesionalización que incluye la construcción del protocolo familiar y la sucesión, debe planificarse con suficiente antelación; en el mundo, de cada 100 EF que se crean solo 30 sobreviven al proceso de transición de primera a segunda generación y, de estas, solo 15 tendrían la capacidad de continuar con el proceso hacia tercera generación. Baterías MAC S.A. del sector automotor es una EF que ha logrado llegar a la segunda generación tras la muerte del fundador e iniciar el proceso de internacionalización; los procesos de relevo generacional deben contar con suficiente tiempo para su preparación, la inclusión de los herederos de la empresa y la adopción de órganos de gobierno en la familia. La internacionalización de las EF debe soportarse en el conocimiento de sus fortalezas y debilidades para competir en mercados internacionales. Se presenta un breve marco teórico sobre sucesión y relevo generacional, su nacimiento - crecimiento y consolidación, los procesos de profesionalización de la familia fundadora y la organización y preparación para la sucesión. Al final se describe el sector y las expectativas de MAC en manos de la nueva generación.

PALABRAS CLAVE

Familia, sucesión, profesionalización y preparación.

ABSTRACT

In family business (EF) the professionalization process that includes the construction of family and succession protocol, must be planned well in advance, in the world, out of 100 EF that are created only 30 survive the transition from first to second generation and, of these, only 15 would be able to continue the process towards third generation. Batteries MAC S.A. automotive sector is an EF has made it to the second generation after the founder's death and begin the process of internationalization; generational processes must have enough time for preparation, including the heirs of the company and the adoption of governing bodies in the family. The internationalization of the EF must be endured in the knowledge of their strengths and weaknesses to compete in international markets. A brief theoretical framework and generational succession, his birth - growth and consolidation, the process of professionalization of the founding family and the organization and preparation for succession. Finally we describe the sector and MAC expectations held by the new generation.

KEY WORDS

Family, succession, professionalization and preparation.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

INTRODUCCIÓN

El proceso cambio generacional, transmisión de bastón de mando o sucesión, es emocional y, muchas veces, no tan racional como sería deseable, por lo cual las familias empresarias prefieren negar su necesidad, además de postergar y reconocer que no se actúa a tiempo en lugar de tomar las acciones para afrontarlo (Gallo, 1998). Una condición necesaria para la sucesión es que las EF hayan previsto la formalización de su actividad a través de su profesionalización, proceso en el cual las familias empresarias superan la informalidad de su accionar –definen formas de gobierno, se adaptan a la competencia y logran superar las difíciles relaciones entre los integrantes de la familia por el futuro de la EF–.

Todavía son insuficientes los estudios que analizan el estado de los relevos generacionales en las empresas familiares de Colombia, a pesar de que más de la mitad de las empresas creadas en el decenio de 1970, están en esta situación.

Este estudio de caso se centra en la empresa de familia más reconocida de Colombia en el sector de acumuladores de energía eléctrica para vehículos (baterías de plomo y ácido). Se analiza el proceso de profesionalización de las empresas de familia, la sucesión, su preparación y la inclusión de los sucesores, la internacionalización, el contexto del sector automotor, cómo se hacen las baterías, la historia de MAC, la competencia, pronósticos del sector y las expectativas de la familia Mejía.

Profesionalización de las EF

Uno de los grandes retos de la EF para asegurar su continuidad es la profesionalización, entendida como la asunción de procesos y procedimientos que pongan al negocio en el mismo nivel de las empresas más destacadas de su sector; ello implica que se eleven los estándares de la dirección, se amplíe el conocimiento del entorno, y se dote al fundador y su equipo de herramientas que le permitan utilizar los métodos de gestión más efectivos.

El paso de negocio a empresa genera tensión en sus creadores. De la intuición se pasa las decisiones basadas en experiencias sistematizadas y formas técnicas de acción; ello supone maduración, revi-

sión de lo actuado, trabajo en red y diversificación de opciones. Implica planificar, delegar, lograr que el dueño controle la empresa y no que ella lo controle, se construyen formas de comunicación más formales y eficientes, y se acude a los asesores de forma más productiva. Empero, la profesionalización tiene obstáculos: el proceso se puede postergar por las dificultades para delegar responsabilidades, los hábitos de reservar los cargos de autoridad para la familia, y los temores de la familia a perder el control (Leach y Bogod, 2006).

La EF se destaca por tener fundadores que con muchos sacrificios, energía y orgullo, han logrado consolidar resultados después de años de esfuerzo y dedicación[1]. Sin embargo, muchas de las EF –en especial las pymes- tienen dificultades para acceder a los niveles más altos de conocimiento. Según Santandreu (2005) en todo proceso de profesionalización destacan tres cursos de acción paralelos:

- Formar adecuadamente a los sucesores.
- Identificar y capacitar a los directivos no familiares.
- Dirigir y tutorar cuidadosa y adecuadamente la superposición institucional de la familia y la empresa.

En Colombia se destacan muchas EF por sus grados de innovación, Corona del sector construcción y accesorios (ver www.corona.com.co/web), Carvajal (ver www.carvajal.com/) y baterías MAC S.A. (ver www.mac.com.co/).

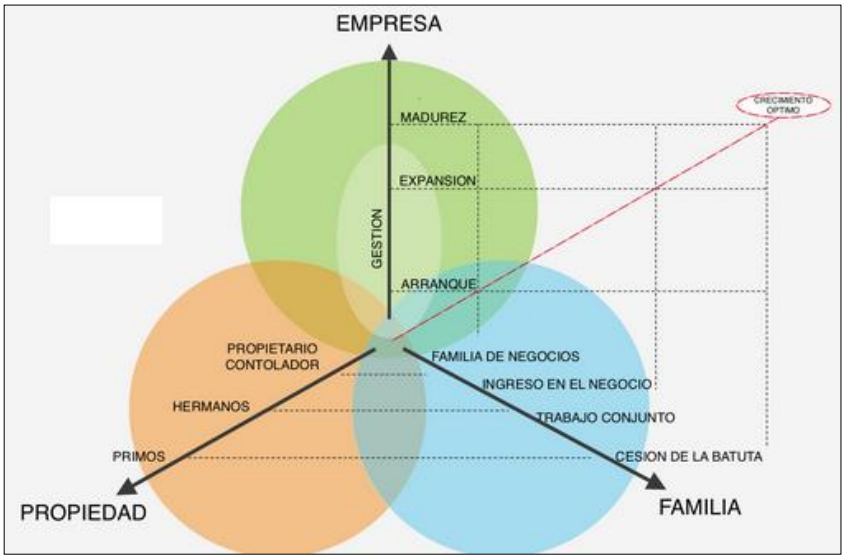
La sucesión es…

Ward (1999) sugiere que el éxito en el cambio generacional está ligado al proceso de aprendizaje del sucesor y al acoplamiento del mismo con la persona que entrega la dirección de la organización. Para Lansberg y Davis (1997) la sucesión es un cambio a largo plazo a través de las dimensiones de propiedad, familia y empresa y solo llegará a ser exitosa si los sueños de cada integrante de la familia fundadora se alinean y se comprometen con la supervivencia de la EF.

[1] Empezando el siglo XXI los empresarios colombianos crean empresas entre los 25 y 34 años, han tenido ocupación laboral previa, la mayor parte de los nuevos empresarios tienen estudios universitarios y las nuevas empresas están en el sector de servicios (Ver informes GEM).

Leach (1996) advierte en el relevo generacional innumerables retos y dificultades que van desde impedimentos psicológicos del fundador hasta el temor a ceder el control y el poder. Durante la primera generación de la EF coinciden en la persona del fundador todos los roles que puedan darse en una empresa naciente y no es fácil diferenciar entre propiedad y gestión; en la segunda generación se solapan empresa, propiedad y gestión pero deben separarse con el fin de asegurar la sostenibilidad de la empresa y garantizar una exitosa transición a la tercera generación (Santandreu, 2005).

Gráfico 1: Etapas de la empresa de familia



Fuente: Navarrete y Gámez (2010)

Para muchos el ciclo de vida de la mayoría de las EF vendrá marcado por el hecho de que "el abuelo la funda, los hijos la debilitan y los nietos la entierran"; o que el desarrollo de las capacidades empresariales de los miembros de cada generación sigue la evolución de "un abuelo empresario, un hijo ingeniero y un nieto poeta" (Gallo, 1998).

El relevo generacional es un proceso complejo para las empresas de familia y de la forma como se planee y ejecute, dependen el futuro de la propiedad y la gestión de la empresa (Superintendencia de So-

ciedades, 2001). Los relevos o transiciones se caracterizan porque existe incertidumbre tanto en la empresa como en la familia originada en la muy probable ausencia del fundador por cumplimiento de la edad de retiro, sus condiciones físicas o mentales, enfermedad o muerte, hechos que hace suponer una prolija planeación de la sucesión que tenga en cuenta los cambios del entorno y el crecimiento de los hijos (Navarrete y Gámez, 2010).

En Estados Unidos el 40% de las empresas de familia desaparece durante los primeros 5 años, 66% pasa a la segunda generación y solo el 12% pasa a la tercera generación. En Colombia la Superintendencia de Sociedades (2001), con una muestra de 600 empresas de familia, encontró que el 33,9% de las EF se encontraban en poder del fundador, el 29,7% estaba en poder de los hijos -la segunda generación- y el 3,4% estaba en la tercera generación. Más adelante, Confecámaras encontró que hay más de 511.000 EF, de las cuales 84 están inscritas en el mercado bursátil, el 63% se acerca a la transición a segunda generación y el 30% están en ese proceso (Portafolio, 2010).

Por qué preparar la sucesión

Los procesos de sucesión pueden fracasar porque el fundador o fundadora no se preparan para el retiro de la dirección de la empresa familiar. Es común que esos patriarcas tiendan a aferrarse a sus cargos de dirección por físico miedo a romper con la rutina o por no tener actividades alternas que hagan interesante su posible tiempo al retirarse (Gómez, Parra y Caicedo, 2009).

Cuando se decide emprender el proceso de sucesión es habitual que los problemas surjan en el seno de la familia empresaria. Una situación común es la incertidumbre sobre la vida cotidiana para el fundador de la empresa y su entorno, en particular, las formas como se aborden los acuerdos y discrepancias, y el posible impacto en el clima familiar actual.

El traspaso del bastón de mando puede frenarse cuando el empresario fundador percibe que la familia quiere relevarlo del proceso de toma de decisiones, temor que se puede expandir en la compañía y contagiar a los empleados más antiguos, los cuales al haber trabajado toda la vida al lado del fundador temen trabajar con nuevos directivos que -en su imaginario- podrían prescindir de ellos.

Estas situaciones permiten colegir que el proceso de transición debe ser de largo aliento -varios años-. Cuanto más tiempo compartan el fundador y su posible sucesor la posibilidad de mejores resultados es más alta; por supuesto, establecer plazos razonables acompañados de etapas y nuevas actividades para el fundador puede generar mejores ambientes que programar fechas exactas para ejecutar el cambio generacional (Santandreu, 2005).

La preparación de los sucesores

El paso del tiempo obliga el transcurrir de algunas etapas propias de las empresas de familia; la etapa más traumática es la sucesión porque genera preguntas sobre la continuidad de los sueños compartidos y la necesidad de poner en marcha la planificación del retiro del fundador o fundadora de la empresa y la formalización del proceso mentor-sucesor.

Lank y Neubauer (1999), Santandreu y Ward (2005) y Gallo (2008) presentan modelos que unen la edad del fundador, los hijos y la empresa con las etapas de la sucesión. En la primera etapa los fundadores estarían entre 35 y 40 años con hijos entre 10 y 15 años, la empresa tendría entre 0 y 5 años –habría dedicación al negocio y grandes exigencias de tiempo y dinero-; en la segunda etapa el fundador tendría entre los 40 y 50 años con hijos entre 15 y 25 años, la EF estaría entre los 5 y 15 años –se consolida y agranda la empresa, los hijos aumentan sus necesidades debido a sus nuevos retos- ; en la tercera etapa el dueño estaría entre los 50 y 60 años con hijos entre los 25 y 35 años, la empresa tendría entre 15 y 25 años –ya se piensa en el retiro del fundador, crece la idea de la sucesión, llegan nuevas ideas-; en la etapa final el fundador tendría más de 60 años con hijos entre 35 y 40 años, la compañía tendría entre 25 y 30 años –el fundador ha entregado el poder a la siguiente generación la cual se consolida en la organización por medio de cambios y proyectos a largo plazo. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Etapas de la sucesión

	Fundador	Sucesor	Empresa
Primera Etapa	* 35 – 40 (Ocuparse del negocio, matrimonio e hijos)	* 10 -15 (Termina el bachillerato)	* 0 - 5 (Sobrevivir)
Segunda Etapa	* 40 - 50 (Consolida el liderazgo empresarial)	* 15 - 25 (Termina estudios de universidad, encamina su carrera)	* 5 - 15 (Profesionalización)
Tercera Etapa	* 50 - 60 (Están más calmados, capaces de ser mentores)	* 25 - 35 (Trabaja dentro o fuera de la empresa)	* 15 - 25 (Sucesión)
Etapa Final	* 60 o más (Alejamiento, se plantea la prueba final para los mayores)	* 35 - 40 (Ejecutivo principal)	* 25 - 30 (Consolidación)

Fuente. Elaboración propia a partir de Gallo (1998) y Santandreu (2005)

El exitoso transcurrir de esta etapa puede mejorar las posibilidades de la transición y el inicio de una nueva era en la EF. Lank y Neubauer (1999) aseguran que es fundamental que la familia brinde al sucesor o sucesora las herramientas necesarias para enfrentar este proceso; además, la familia debe prever tiempo suficiente para que el sucesor adquiera vivencias y se alimente de experiencias dentro o fuera de la compañía. Gersick (1997) advierte que si el sucesor no está preparado para asumir como nuevo líder de la compañía, la familia debe prepararse para encontrar y elegir un profesional externo a la familia fundadora que asuma la dirección del negocio, tema abordado en profundidad por la teoría de la agencia.

La internacionalización de la empresa de familia

Es un conjunto de operaciones que facilita el establecimiento de vínculos con los mercados internacionales. Según Posada en Gámez *et al* (2008) un primer enfoque económico analiza el proceso de internalización a partir de los costos de transacción, esto es, una empresa abordará los mercados internacionales cuando pueda superar los costos de enfrentar la competencia en los mercados externos.

Otra teoría es el paradigma ecléctico de Dunning, que integra las teorías de la internalización, la localización y el comercio internacional; es decir, una empresa desarrollará un proceso de expansión hacia los mercados externos con conocimiento de sus fortalezas y capacidades, las ventajas de producir en el extranjero y la propensión a incursionar en otros mercados allende las fronteras mediante la inversión extranjera directa, convirtiéndose en una multinacional. Otros enfoques son Uppsala, de redes y el fenómeno de las *born-global*.

Contexto económico y empresarial (1955-2002)

A comienzos del siglo XX se inició la historia automotriz en Colombia con la importación de vehículos Fiat, Cadillac, Renault, Ford y los camiones Reo. Este periodo de la postguerra se caracterizó por la presencia de apoyos estatales derivados de la adopción de la sustitución de importaciones –se pretendió producir en Colombia para ahorrar divisas-.

La demanda de vehículos en Colombia entre los años 60 y 90 del siglo XX fue reducida; en este lapso la importación de vehículos fue baja como consecuencia de los aranceles que llegaron al 200%, lo cual hacia que la compra de automóviles importados no fuera un negocio rentable.

Por problemas fiscales el gobierno tomó la decisión de que los vehículos fueran ensamblados en el país. En esta actividad se destacaban tres empresas: la actual General Motors GM Colmotores, la Compañía Colombiana Automotriz (CCA) y la Sociedad de Fabricación de Automotores S.A. (SOFASA)[2]. Entre 1986 y 1991 la variedad de productos fue baja, en promedio, fueron 22 los modelos ofrecidos. (Quiroga, Munar & Peña, 2012).

Durante el decenio de los 90 por la implementación del Consenso de Washington el gobierno del presidente César Gaviria fomentó la política de liberación comercial junto con la disminución y eliminación de aranceles; uno de los sectores más beneficiados fue el sector au-

[2] En 1956 se inició la construcción de la Fábrica Colombiana de Automotores S.A (Colmotores) con una inversión de 5 millones de pesos (General Motors Colombia, 2012). En 1969 el Gobierno Nacional seleccionó a la *Regie National des Usines Renault*, para la conformación de una compañía ensambladora de automóviles en Colombia; allí se estableció la Sociedad de Fabricación de Automotores S.A. SOFASA (Renault, 2013). En 1982 nació la Compañía Colombiana Automotriz y decidió introducir al mercado colombiano la marca Mazda (Mazda, 2013)

tomotriz ya que al país ingresaron todo tipo de vehículos de todas las gamas puesto que los aranceles se redujeron de 200% a 38,83%. Empero, el auge se acompañó de una crisis al final del decenio con aumento en el desempleo y crisis en la construcción, que motivó reformas laboral y cambiaria, que restringieron el acceso al crédito para vehículos y generó una caída del sector automotor de 52,8%[3].

El sector automotor y su expansión (2003-2012)

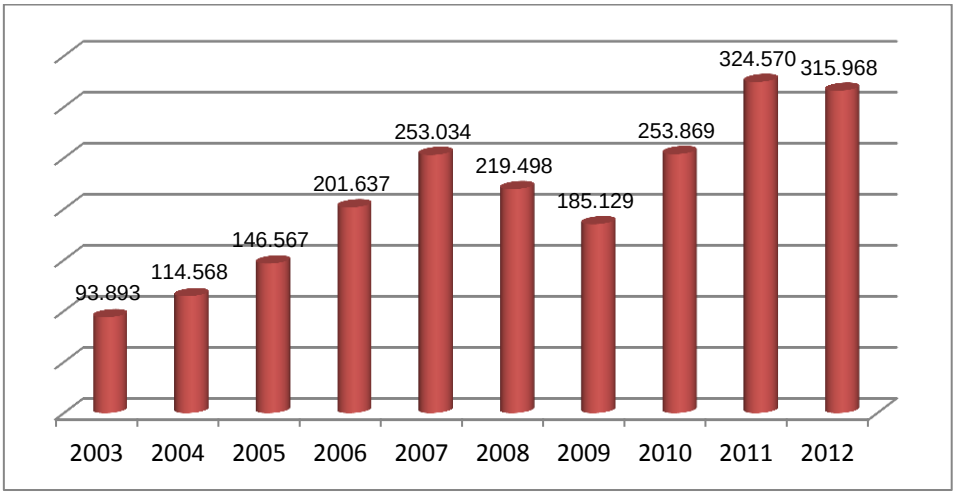
La creación de ensambladoras de coches en Colombia fortaleció el crecimiento del sector industrial del país, y con ello la generación de puestos de trabajo. Como sector principal a su alrededor se ha dado la creación de empresas de autopartes y repuestos, comercialización y servicios, con impacto en el valor agregado registrado en el PIB (Quiroga, Munar y Peña, 2012).

Las ensambladoras GMC y SOFASA ofrecen programas para apoyar e incentivar la modernización y capacitación de los proveedores locales. En el año 2012 se aumentó el porcentaje de ensamblaje local del Renault Logan de 32% a 43%, ello generó productividad de la mano de obra que logró producir en corto plazo un vehículo con 50% de partes nacionales dirigido al mercado nacional y de Venezuela, Ecuador, Perú y Chile (Portafolio, 2011). Según Asopartes (2012) la venta de vehículos a partir de 2003 presentó una tendencia alcista que llegó hasta el año 2007. Hasta 2009 las ventas en Colombia presentaron una disminución notoria de acuerdo al crecimiento con el que venían, probablemente debido a factores externos en la economía mundial, la recesión hipotecaria y el incumplimiento de pagos por parte de algunos países europeos.

De igual forma, a partir de 2010, la venta de vehículos empezó a tener un crecimiento notable, ubicando el año 2011 como el de mayores ventas de vehículos en la historia de Colombia, con un total de 324.570 unidades y con un promedio de más de 300.000 unidades vendidas al año (Ver Gráfico 1)

[3] En Colombia se ha privilegiado el uso de vehículos automotores en las ciudades, camiones para movilizar carga y transporte en buses adaptados para el transporte urbano. Solo Medellín tiene metro. Poco uso han tenido los ríos colombianos y la estructura ferroviaria es ineficiente por la geografía y por las limitaciones de los trenes de trocha angosta.

Gráfico 1: Venta de vehículos – Anual (2003-2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de Cálculos Econometría S.A. y la DIAN

Las ventas más representativas fueron de automóviles, seguidas por vehículos de carga y *pickup*, que con los demás tipos de vehículos lograron ventas en 2012 por 3.145.968 unidades (Lozano Luis, 2012)

Tabla 2: Ventas de vehículos por marcas en Colombia en 2012

Marca	2012
Chevrolet	85.833
Renault	43.873
Kia	27.016
Hyundai	26.905
Nissan	25.110
Toyota	15.643
Ford	11.695
Mazda	10.584
Volkswagen	10.080
Otros	29.269
Carros Usados: 605.309	

Fuente: Elaboración propia a partir de Cálculos Econometría S.A., la DIAN y El tiempo

Para Econometría S.A. (Motor, 2011) la relación hipotética era de tres o en el mejor de los casos, de cuatro usados por uno nuevo. El comportamiento de las ventas de vehículos nuevos y usados es determinante para las empresas que se desempeñan en el sector, como es el caso de baterías MAC S.A.

En el 2012 el total de transacciones con vehículos usados llegó a 605.309 unidades de las cuales 201.670 corresponden a Bogotá; es decir, Bogotá tiene el 33,3 % del mercado nacional. Esta es la primera vez que el mercado cuenta con cifras oficiales entregadas por el Ministerio de Transporte y el Runt sobre los negocios de carros de segunda mano (Gómez, 2012)

Metodología

Este estudio de caso es resultado de una investigación de tipo exploratorio; no hay avances académicos sobre la evolución y desarrollo de las EF en el sector de autopartes y bienes complementarios a los vehículos automotores. Se hizo entrevista al gerente del Centro de Distribución de la empresa Coéxito S.A. que hace la comercialización de los productos de MAC y hace parte del grupo; este ingeniero fue testigo de primera mano de los procesos de profesionalización MAC[4]. Se consultó a un experto en procesos de profesionalización y estrategia[5].

Se contó con materiales audiovisuales sobre la historia y evolución de la compañía aportados por la presidencia de la compañía MAC. Se utilizó la técnica de entrevista porque facilita información de momentos históricos de los personajes trascendentales de la organización.

El sector automotor

Según la ANDI (2012) la industria automotriz colombiana está conformada por la actividad de ensamble de vehículos, de producción de autopartes y de ensamble de motocicletas. Según la Encuesta Anual Manufacturera (Dane, 2011) esta industria contribuyó con el

[4] Entrevista a Ricardo Ortiz Prada el 17 de mayo de 2012; primer ingeniero en acompañar al fundador de MAC.

[5] Andrés Felipe Díaz, secretario académico de la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables de la Universidad de La Salle de Bogotá. MBA, Especialista en Alta Gerencia, Administrador de Empresas.

4% del total de la producción industrial del país, del cual el 1.1% corresponde a la actividad de ensamble de motocicletas. El sector es importante para el desarrollo económico y social, por sus efectos de arrastre sobre el resto de la industria. Hace aportes a la innovación y a la transferencia de tecnología.

En Colombia se producen diversos tipos de autopartes: sistemas de suspensión, dirección, escape, transmisión, y refrigeración, material de fricción, partes eléctricas como baterías y cableados, productos químicos, rines, llantas, filtros para aire, lubricantes y combustibles, tapicerías en tela y cuero, vidrios templados, laminados y para blindaje, bastidores de chasis, aires acondicionados, partes de caucho y metal y accesorios, entre otros. Los bienes se fabrican bajo normas de producto como ISO, ASTM, CE y JIS, además de las normas privadas de las casas matrices mundiales de vehículos para las cuales la industria autopartista es proveedora en Colombia, Venezuela y Ecuador, entre otros. El origen de las inversiones en esta industria es muy variado, pues proviene de Estados Unidos, Japón, Francia, México, Brasil, Venezuela, que además incluye asistencia técnica de productores mundiales de partes eléctricas, llantas, vidrio y partes de transmisión.

Que es una batería y como se hace

La batería es todo dispositivo capaz de transformar la energía eléctrica en energía química, que se conserva almacenada y es capaz de transformarse en energía eléctrica cuando sea necesario.

MAC se sumó al aporte para la conservación del ambiente a través del reciclaje: Las baterías tipo plomo-acido son recolectadas en centros de acopio, para luego ser llevadas a la planta de reciclaje donde se dispone de un sitio de almacenamiento, luego las baterías usadas son conducidas por una banda transportadora hacia el molino de martillo donde se trituran y separan en sus principales componentes, los desechos de plástico triturado son lavados y secados para convertirlos en polipropileno a través de inyectoras de colada caliente, el polipropileno se usa en la fabricación de cajas, tapas y accesorios de las nuevas baterías, el plomo resultante es fundido en un horno rotatorio que reduce el óxido y logra plomo con 99% de pureza[6].

[6] El proceso completo se puede consultar en www.mac.com.co/html/sitio/new/?r=site/page&view=nuestra-empresa-proceso-productivo

El plomo es tratado mediante la adición o eliminación de ciertos metales, hasta obtener plomo puro o aleaciones de plomo-calcio, plomo-plata y plomo-antimonio; una vez se obtienen todas las piezas que conforman las baterías, son reunidas por medio de una máquina automática que las ordena por grupos, las inserta en las cajas y las conecta, posteriormente son selladas térmicamente, después de termoselladas, a las baterías se les agrega el electrolito y se dejan en reposo con el fin de reducir la temperatura interna. Se cargan con un sistema computarizado y se someten a pruebas de calidad internacional, se etiquetan y empacan.

Mac S.A y sus inicios[7]

La familia Mejía Amaya, del departamento de Santander, desciende del hogar de Ricardo Mejía y Victoria Amaya, quienes buscaban un mejor futuro, y por ello emigraron al departamento de Cundinamarca.

En ese departamento de Colombia se vivió de manera muy intensa la época de la Violencia que dejó miles de muertos por los combates entre miembros de los partidos liberal y conservador.

Más adelante Ricardo viajó a Argentina para alejar a sus hijos y su familia de la violencia y buscar nuevos horizontes. La familia viajó en barco desde Buenaventura hasta Valparaíso y cruzó los Andes hasta llegar a Junín, provincia de Buenos Aires donde se establecieron. En argentina todos los hijos ingresaron a la educación técnica que brindaba la Escuela Fábrica de la Nación (equivalente al SENA en Colombia) y se especializaron en oficios diferentes. Ernesto Mejía se especializó en electricidad automotriz e inició su vida laboral muy joven con Miguel Sallas, inmigrante italiano, quien le enseñó a reparar y construir baterías.

Nueve años después la familia Mejía Amaya decidió regresar a Colombia, pero debido a la devaluación del peso argentino todo el capital creado en Argentina solo les alcanzó para los tiquetes de regreso a Colombia. Ernesto Mejía tuvo su primera experiencia laboral en Colombia en "Distribuidora de Baterías" hoy Coéxito S.A. que vendía baterías "Exide"; fue técnico en reparación de baterías durante un

[7] Testimonios de Ernesto Mejía Amaya en la celebración del bicentenario de Colombia en 2010 y entrevista hecha por el periódico El País de Cali, en abril de 2007.

año ya que un accidente automovilístico le obligo retirarse. Debido al accidente Ernesto decidió crear empresa en 1957: ensamble de baterías con partes traídas desde Alemania, compañía llamada ¨Distribuidora de baterías Ernesto Mejía Amaya. Servicio eléctrico¨.

Gráfico 3. Logotipo de la marca Mejía Amaya

Fuente: Tomado de la página institucional (2012)

Ernesto se casó con Cecilia Castro, en 1959 quien lo apoyó en temas administrativos de la compañía. Esta empresa tuvo un crecimiento rápido y permitió el ingreso de nuevos empleados, aumentó el número de servicios eléctricos y las reparaciones de baterías, por lo que debió buscar la ayuda de su hermano José Antonio Mejía. Ambos crearon la sociedad Mejía Amaya & Cía. Ltda en el año 1964 que importaba repuestos. Con apoyo económico de amigos y sus ahorros construyeron su planta propia. Baterías MAC está en el sector de fabricación de acumuladores y de pilas eléctricas.

Mac y su consolidación

En la nueva empresa cada uno empieza a trabajar en sus fortalezas, Ernesto se dedicó a la parte comercial e industrial mientras que José Antonio se hizo responsable de la parte administrativa y financiera, lo que generó la oportunidad de alcanzar el mercado nacional, incluso para incursionar en la importación de repuestos.

Las ganancias que generaba el negocio hicieron que la idea de producir baterías estuviera cada vez más cerca, por esta razón a finales de los años 60 e inicio de los 70, Ernesto busco la ayuda de técnicos extranjeros para construir la primera sede. Con la sede ya construida inicio el proceso de conseguir maquinaria y equipo especializado para formar la sociedad MAC (sigla resumen de Mejía Amaya & Cía. Ltda.) sin embargo lo que fortaleció la creación de la primera

planta MAC fue la ayuda y el capital de sus amigos. Dentro del proceso de la planta se hizo necesario contratar al ingeniero Ricardo Ortiz y al Sr Kelvin Musel jubilado de una empresa americana de fabricación de baterías con el fin de iniciar procesos como una verdadera industria[8].

La planta fue construida en la carrera 1 con calle 38 en la ciudad de Cali pero en el año 73 Sofasa eligió esa sede para montar un concesionario Renault; allí se inició en el mercado de venta de autos con la marca Automac S.A.

El crecimiento de la industria hizo que la planta fuera llevada a la zona industrial de Acopi la cual se acababa de crear y debido a la relación con Sofasa en la venta de autos les permitió aumentar su producción y al mismo tiempo su liquidez. Debido al crecimiento de sus ingresos lograron expandir la planta y perfeccionar los procesos, esto hizo que en los años 80 MAC fuera la empresa líder en producción de baterías en Colombia. Sin embargo no todo era bueno para la familia Mejía ya que los 2 hermanos decidieron dividir la empresa, Ernesto decidió quedarse con la planta y con la red nacional y José Antonio se quedó con el concesionario Renault y algunos negocios en Bogotá y Bucaramanga.

En los ochenta Ernesto decidió comprar Tudor y Coéxito, consolidó su expansión en el mercado nacional y empezó a diversificar el negocio al adquirir el concesionario Vehimac que distribuía carros marca Mazda en el Valle del Cauca. Cuando la compañía cumplió los 35 años Ernesto creó la Fundación MAC, un centro de formación para capacitar para el trabajo a las personas menos favorecidas.

El Sistema Integral de Gestión incluye la adopción de las normas ISO 9001 e ISO/TS 16949 de gestión en calidad, ISO 14001 de gestión ambiental, OHSAS 18001 para la gestión de la seguridad industrial y salud ocupacional, y la certificación ISO 28001 para la gestión en control y seguridad de la cadena de suministro.

[8] Ricardo Ortiz Prada es ingeniero mecánico, el primer experto que lo acompañó y además, amigo de Ernesto Mejía desde el momento en que empezó la creación de la primera fábrica hasta el fallecimiento del fundador de MAC. Fue vicepresidente de Coexito S.A hasta el año 2001 y dirige una de las franquicias de Coéxito S.A en Bogotá. Su hijo William Ricardo Ortiz es el director nacional de ventas de su compañía.

Mac se profesionaliza

Ernesto Mejía tuvo cuatro hijos, uno de ellos María Fernanda Mejía actual presidenta de la compañía, hizo sus estudios de contaduría pública en la Universidad Javeriana de Cali y luego de trabajar en Arthur Andersen, ingresó a la empresa en 1985. Empezó en el área de auditoría interna y en 2001 fue la vicepresidenta financiera y administrativa.

Diego Mejía Castro vicepresidente comercial de la organización es otro de los hijos del fundador. Administrador de Empresas del Icesi con especialización en alta gerencia y en gerencia de negocios internacionales, cursó estudios de ingeniería mecánica en la Universidad Autónoma de Occidente. Empezó como ayudante de mecánica en la planta de baterías, a pesar de ser hijo del dueño. Allí tradujo las instrucciones para armar las primeras maquinarias importadas que llegaron a la empresa, al tiempo que estudiaba.

Luis Ernesto Mejía es abogado de la Universidad San Buenaventura de Cali y Magíster en Administración de Empresas del ICESI de Cali. Entre los cargos públicos desempeñados destaca el de Ministro de Minas y Energía, Viceministro de Hidrocarburos y Minas. En MAC fue gerente general, vicepresidente administrativo, gerente comercial y financiero. En la actualidad es miembro del Consejo Superior de la Universidad ICESI y de las juntas directivas de ISAGEN, Fundación Cerrejón para el Progreso de la Guajira y Carvajal Internacional.

María Consuelo Mejía es la encargada de la parte de imagen corporativa y edificaciones de la organización MAC. Ha logrado, en su condición de miembro de familia y directiva en la segunda generación, mantener la unidad de la familia y lograr una gestión sobresaliente que ha hecho crecer el patrimonio familiar.

En el proceso de profesionalización se destaca además que:

- Sus padres involucraron a los herederos en actividades de la empresa según sus edades.
- Los hijos tuvieron excelente formación académica y experiencia empresarial.
- Se conformó con los hijos un equipo de trabajo de diversos perfiles profesionales pero complementarios.

- El proceso de traspaso no fue traumático para llegar a la segunda generación.
- Contamos con una junta directiva en la que participan miembros externos.
- En 2006 firmaron su protocolo de familia, con el apoyo de un consultor.
- En la familia empresaria se incorporaron los miembros de la tercera generación.
- Establecieron los órganos de gobierno de familia –asamblea familiar y consejo de familia-.
- Trabajan en la elaboración de un código de buen gobierno.
- Los familiares de la tercera generación tienen participación en temas de la familia y la empresa.

Inició su proceso de internacionalización en 1992. Desde entonces han llegado a más de 30 países con exportaciones; planean cubrir la Cuenca del Pacífico Andino, Caribe y Centroamérica.

Baterías MAC y sus horizontes de sentido

MAC es una empresa de familia que se ha dedicado durante más de medio siglo a producir y comercializar acumuladores de energía eléctrica (Baterías). Tiene entre sus horizontes de sentido el compromiso con factores sociales y ambientales, el desarrollo de procesos de gestión con mejora continua para satisfacer los requerimientos del cliente. Del patriarca, Ernesto Mejía, se dice que soñaba con una empresa de clase mundial, reconocida por la competencia de su recurso humano y con la meta de conseguir un liderazgo continental basado en un desarrollo armónico e integral, siempre bajo principios de integridad, trabajo en equipo, servicio, competitividad y actitud global.

Además, MAC implementó un sistema integral de gestión certificado por una entidad internacional para manejar los temas de calidad, control ambiental, responsabilidad social, seguridad industrial y salud ocupacional.

Mac S.A. en números

Cambio y Portafolio (2006) publicaron un informe detallado sobre las 1001 empresas del año en Colombia, con sus posiciones en la economía colombiana y en el sector. MAC se ubicó en el puesto 370.

Tabla 3: Datos Financieros

Utilidad neta	2004 2005	$ 1.679,00 $ 8.991,00	Millones[9] Millones
Variación Porcentual		435,60%	
Razón Corriente		3,4	Veces
Días de Inventario		58,2	Días
Días de Cartera		103,3	Días
Días de Proveedores		16,5	Días
Endeudamiento		43,60%	
Apalancamiento		0,8	Veces

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez (2008)

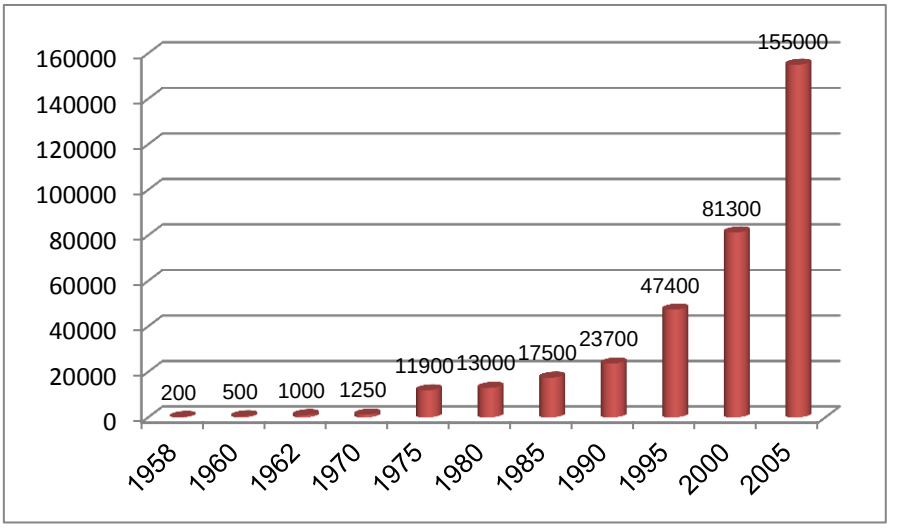
Los ingresos operativos netos disminuyeron -64.05% entre 2010 y 2011, al pasar de $216,5 mil millones a 77,8 mil millones. La utilidad operacional disminuyó de 33,2 mil millones en 2010 a $10,7 mil millones (-67.69 %) en 2011. Empero, la utilidad neta aumentó 12.36% al llegar a $26,7 mil millones en 2011. El retorno sobre capital (Utilidad neta/Total patrimonio) pasó de 15.23% en 2010 a 16.67%. La razón de liquidez (Total Pasivos/Patrimonio) fue de 35.66% comparado con el 53.30% de 2010. Baterías MAC cerró 2010 con 238 mil millones de pesos en activos y 2011 con 217 mil millones. A finales de 2012 tuvo 617 empleados (EMIS, 2012).

Cuánto produce MAC

Desde el año 1958 el volumen de producción ha evolucionado de la siguiente forma: (Ver Grafica 2)

[9] Tasa de cambio, euro a 2.325,14 pesos

Gráfico 4: Baterías producidas por MAC



Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez (2008)

Los cambios en la productividad son evidentes: en los años 1970 se produjeron 1,250 baterías por mes, 11,900 en 1975, 81,300 en 2000 y 155,000 en 2005. Eso supone 8.000 baterías al día. Las ventas han tenido un comportamiento creciente (Ver tabla 4).

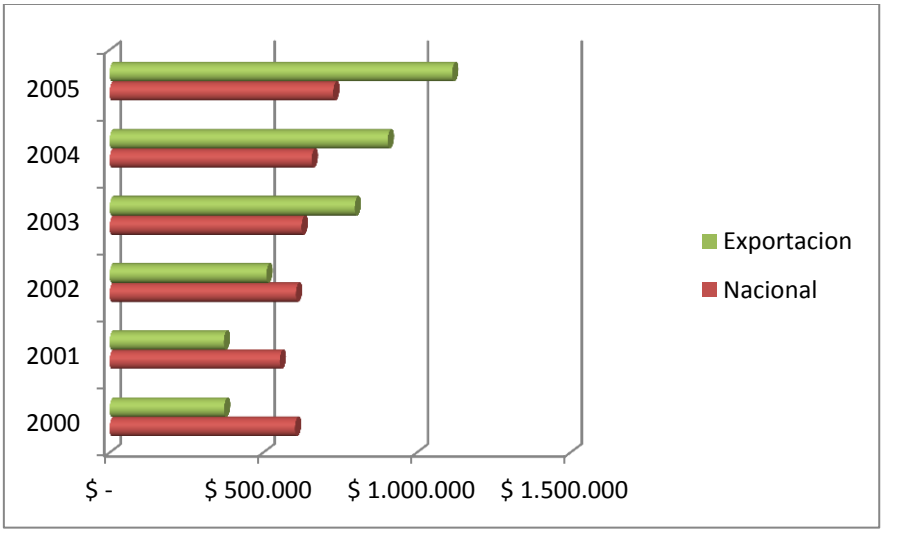
Tabla 4: Ventas de unidades nacionales y exportaciones

Años	Nacional	Exportación	Total
2000	603.375	372.740	976.115
2001	553.806	371.716	925.522
2002	606.578	510.426	1.117.004
2003	624.998	798.022	1.423.020
2004	657.866	905.488	1.563.354
2005	728.037	1.115.059	1.843.096

Fuente: Gómez (2008)

Por el lado de la distribución el encargado es Coéxito S.A empresa comercializadora; la cual tiene como objetivo la venta de baterías MAC y de otras marcas. Coéxito tiene a su cargo 11 centros de distribución y 50 Energitecas.

Gráfico 5: Producción nacional y exportaciones



Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez (2008)

MAC ha hecho acuerdos con varias empresas para recibir de ellas las baterías plomo-ácido usadas en automotores, oficinas e industrias, para su reciclaje o destrucción, en el marco del programa de Logística Reversiva –regreso de productos para reusarlos como materias primas- que implementó en Colombia[10].

Los clientes de Mac

Según la ANDI (2012) el alto nivel tecnológico y de calidad, ha logrado la confianza de consumidores externos en más de 50 países, lo que ha permitido exportar autopartes por un valor promedio superior a los 485 millones de dólares en los últimos tres años. Entre los principales productos de exportación se destacan acumuladores de plomo (baterías), vidrios, llantas neumáticas, material de fricción, empaquetaduras de motor y partes de suspensión, entre otros.

[10] MAC es criticada por la importación de plomo y baterías usadas para la elaboración de nuevos productos. Sin embargo, implementado procesos de reutilización y reciclaje para mejorar su productividad en aras de la rentabilidad, y mejorar su imagen del manejo de recursos naturales.

Con destino a los países donde se comercializa las baterías MAC el transporte fue por vía marítima. De la fábrica de Cali salen los envíos en grandes camiones a la ciudad de Buenaventura, el principal puerto en el pacifico colombiano, donde se embarcan hacia sus destinos. (Ver imagen 2)

Gráfico 6: Mercado Externo

Fuente: Documentos técnicos entregados por la organización (2012)

El consumidor de MAC es la persona natural que tiene un automóvil (taxi, Buses, vehículos particulares, entre otros) hasta las grandes ensambladoras de vehículos (Colmotores, Sofasa, entre otras).

Para el año 2005 la fábrica de MAC despachaba hacia mercados extranjeros el 65% de su producción anual (Ver tabla 3). Los destinos fueron países como:

Tabla 5: Destinos Internacionales (Miles de pesos)

	2003	2004	2005
Venezuela	$ 4.519,00	$ 6.251,00	$ 8.454,00
Perú	$ 1.967,00	$ 3.510,00	$ 3.961,00
Ecuador	$ 2.188,00	$ 2.461,00	$ 2.945,00
Estados Unidos	$ 110,00	$ 193,00	$ 2.739,00
Puerto Rico	$ 1.559,00	$ 1.773,00	$ 2.417,00

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez (2008)

Competencia

Según Dinero (1997, 2007) el grupo MAC fabrica baterías de las marcas MAC, Magna, Coéxito, TH y Tudor, con las cuales controla un poco más de la tercera parte del mercado nacional. Además, MAC provee cerca del 90 % de baterías de los coches nuevos de las ensambladoras más importantes del país.

La producción de MAC en el año 97 alcanzaba las 100.000 baterías al mes, de las cuales 30.000 están destinadas a los mercados internacionales. Para el fundador, Ernesto Mejía, la apertura económica benefició a la compañía, cambió la mentalidad de la familia y la preparó para afrontar el reto. La empresa salió decidida a buscar nuevos mercados y a competir con calidad y precio. Con esa convicción se proyectó más en América Latina y en asocio con la compañía productora de baterías *Johnson Controls* -que ha asesorado tecnológicamente al grupo Mac desde finales del siglo XX-, planeó ingresar al mercado de Estados Unidos.

MAC es en este momento la empresa líder en la venta de baterías en Colombia, con más del 35% del mercado. Su competencia es Willard que tiene el 20%, Varta el 7% y Duncan. Otras baterías importadas no alcanzan el 5 % del mercado.

Sin embargo, a pesar de la apertura y la renovación que se ha producido en el parque automotor del país, las llamadas "baterías reconstruidas" representan la otra tercera parte del total[11]. En el año

[11] Son baterías reconstruidas en talleres artesanales con mínimas normas de seguridad y no ofrecen garantías formales; estos acumuladores pueden dañar las

1996, las ventas de baterías MAC llegaron a $42.017 millones, las de Magna a $9.879 millones y las de Coéxito a $27.234 millones. Lo que quiere decir que, sumadas las baterías Tudor y TH, las ventas del grupo superaron ampliamente los $80.000 millones.

Tabla 6: Comparativo ventas

COMPETENCIA		GRUPO MAC	
Mac	35%	Baterías Mac	$ 42.017
Willard	20%	Magna	$ 9.879
Varta	7%	Coéxito	$ 27.234
Baterías Reconstruidas	38%	Tudor y TH	$ 870

*Valor en Millones

Fuente: Elaboración propia a partir de Dinero (1997) e información de la compañía

Kimberly Klark otorga los premios de responsabilidad ambiental a las empresas que contribuyan al bienestar de la sociedad y al respeto por el planeta; en 2011 Baterías Mac recibió este reconocimiento por su programa ambiental de logística reversiva.

Internacionalización de Mac S.A

En los años 90 inició el proceso de internacionalización con sus primeras exportaciones y luego con la compra de operaciones en Ecuador, Perú, Panamá, Venezuela y Argentina[12]. Ello supuso crecimiento importante en volumen de ventas y la adopción de procesos de reciclaje para aprovechar las materias primas. Con estos nuevos procesos se expandió y fortaleció en el ámbito internacional lo que supuso reconocimiento y premios por sus exportaciones, los renovados procesos productivos y su fuerza comercial. El premio que más valora la familia Mejía es el entregado por General Motors como el mayor proveedor de baterías convencionales del mundo, entregado en Viena en abril de 1996. El posicionamiento internacional permitió

partes electrónicas del coche. Las baterías recicladas tienen las mismas garantías de las baterías nuevas.

[12] El proceso de internacionalización de MAC se percibe en el modelo de Uppsala: fue un proceso gradual de conocimiento de los mercados y de los procesos de exportación, que empezó por exportaciones esporádicas y siguió con agentes en el extranjero. Están estableciendo agencias propias y en la implantación de unidades productivas en el exterior.

implementar el proyecto de expansión de la planta principal inaugurada el 4 de abril de 2007 con la presencia del presidente de la república.

MAC ha abordado los mercados internacionales porque puede superar los costos de enfrentar la competencia en los mercados externos, a partir de los programas de reciclaje e importación de materias primas. Empero, no ha instalado procesos completos de producción en todos los países donde tiene presencia.

Pronóstico del sector

Según Gachuz (2011) las empresas multinacionales de coches atraviesan por una de las crisis más graves en toda su historia. La situación actual de las compañías norteamericanas es crítica. General Motors y Chrysler enfrentan aún muchos riesgos e incluso con el rescate del gobierno de E. U. su futuro es todavía incierto.

Sin embargo, la crisis en la industria no ha afectado a todos los países de la misma forma. Los mercados de países emergentes como India y particularmente China, han sentido en menor grado los efectos de la crisis, porque la demanda de vehículos en estos países sigue aumentando.

Para la Asociación del Sector Automotriz y sus Partes (Asopartes), hay cuatro aspectos que pueden afectar el desempeño del sector automotor: la banca será más rigurosa con los créditos para compra de coches, la congestión en las ciudades, el mal estado de las vías y nuevas opciones de transporte público. Econometría (2012), considera que la venta de vehículos está siendo afectada por el menor crecimiento económico de Colombia. Las cifras recientes destacan que entre **enero y agosto la producción industrial de vehículos automotores y sus motores disminuyó en 16,8%.** Así mismo, las ventas de este segmento también muestran una reducción de 15,7% hasta el octavo mes del año. **La producción en las autopartes para vehículos se ve afectada puesto** que bajó 17,5% y las ventas totales lo hicieron en 14.0%.

Asopartes (2012) considera que el contrabando de autopartes suma en lo corrido del año US$1.700 millones con un alza de 8% y el negocio de las partes usadas crece 10% hasta los US$400 millones. El Comité de la Industria Automotriz Colombiana (2012) reveló que **la venta de vehículos en septiembre de 2012 fue inferior en**

22,1%. En 2012 se vendieron cerca de 310 mil carros nuevos lo que supone 4,4% menos frente a 2011 y para 2013 se espera que las ventas lleguen a 300 mil coches.

Asopartes agrega que en el futuro cercano escenarios propicios para la venta de llantas, baterías, partes eléctricas, direcciones, suspensiones, frenos y amortiguadores. Empero, persisten situaciones que los afectan como la dependecia del comportamiento económico del sector automotor, la revaluación, el contrabando y la importación de vehículos terminados.

Expectativas de la familia

La gestión familiar ha logrado incursionar en nuevos mercados como Estados Unidos, Kuwait, Bolivia, Qatar, México y Arabia Saudita, entre otros. A finales de 2000, el volumen de unidades exportadas era de 366.000, equivalente a US $7.6 millones. Para el cierre de 2006, estas llegaron a ser 1.500.000 unidades, es decir, US $38 millones (Dinero, 2007).

Su visión es ser una empresa de clase mundial en la producción y comercialización de acumuladores de energía eléctrica y seguir siendo la empresa líder en el mercado local. Pretenden ser reconocidos por la competencia de su recurso humano y su liderazgo continental en los procesos de desarrollo armónico e integral. La familia Mejía está a la cabeza de un ambicioso proyecto de expansión y desarrollo, que incluye la construcción de 50.000 m^2 en instalaciones administrativas y productivas.

Trabajan en el fortalecimiento del código de ética y la política integral del Sistema Integral de Gestión para permanecer en los mercados actuales y acceder a nuevos.

Discusión

En este artículo se abordó parte de la historia de la empresa baterías MAC S.A. Sin embargo, puede emprenderse el estudio de la historia de MAC como empresa de familia desde otras vertientes teóricas especializadas. Es uno de los pocos casos en que la profesionalización ha sido exitosa y parece soportar el paso a las siguientes generaciones de la familia del fundador. Sin embargo, se puede profundizar en el proceso de sucesión de MAC a fin de aislar los factores que favorecen el proceso de traspaso del bastón de mando de las EF co-

lombianas y de contera, su sostenibilidad. No se ha analizado desde la academia la estructura del protocolo de la familia Mejía para facilitar la continuidad de la familia empresaria.

Al mismo tiempo la capacidad propositiva, la profesionalización y la proyección a futuro por parte de los fundadores de las EF, parecen influir en su comportamiento en el mercado frente a otras las multinacionales, en este caso, del sector de bienes complementarios del sector automotor.

La familia Mejía se vio involucrada en presuntos favorecimientos por parte del gobierno Uribe; en 2006 varios medios de comunicación acusaron a MAC de haberse beneficiado con la licencia ambiental 1236 –importación de baterías usadas-. En el libro los Jinetes de la Cocaína se menciona también al patriarca de MAC.

El experto Andrés Díaz considera que MAC muestra un adecuado proceso de relevo generacional y despliegue de liderazgo, ya que los miembros de la familia desde sus fortalezas aportan al desarrollo de las perspectivas y dimensiones empresariales de la organización. A pesar del fallecimiento del fundador no han disminuido los esfuerzos de los familiares por cumplir sus objetivos y metas, por el contrario, se nota la concepción de nuevas estrategias organizaciones, en el marco de un buen proceso de relevo generacional, donde los proyectos, la identidad y la visión de la organización traspasaron las fronteras del tiempo establecidas por el fundador.

CONCLUSIONES

La familia Mejía y su proyecto MAC S.A. que engloba otras marcas de baterías, lleva más de medio siglo de actividades a partir del esfuerzo de un emprendedor. MAC ha logrado construir un proceso de profesionalización, la sucesión exitosa con la participación activa de su fundador antes de morir, la internacionalización como empresa de familia, la cimentación de su marca, el fortalecimiento del grupo empresarial en el mercado y la conservación y crecimiento de un importante patrimonio.

Esta EF ha logrado un paso con pocos traumatismos a la segunda generación tras la muerte del fundador y la incorporación de la segunda y tercera generación a las actividades de la familia y de la

empresa. Además de preparar y llevar la práctica un exitoso proceso de traspaso generacional de la EF, construyó un protocolo de familia que parece haber consolidado unas relaciones familiares que permiten gestionar con éxito la empresa. Tras la desaparición de Ernesto Mejía su empresa se ha consolidado en el mercado nacional y aborda con buenos indicadores el mercado internacional, ofrece el sistema de calidad del producto que él previó y, en manos de herederos de la segunda generación, parece asegurar el traspaso a otras generaciones.

Con la información obtenida se pudo acreditar el crecimiento de esta empresa de familia debido a la implementación de procesos de profesionalización, la importancia de planear y ejecutar con antelación los procesos de sucesión y las ventajas de establecer un protocolo de familia.

BIBLIOGRAFÍA

Aronoff, C. & Ward J.L. (1999). *La prueba suprema de la grandeza en la empresa familiar: La elección del nuevo líder.* México: McGraw-Hill Interamericana.

Domínguez, Julián (2010). *El país tiene 511.000 empresas familiares; tienen alta participación en el sector productivo del país*, Portafolio

FUNDES (2008). *Dinámica de la empresa familiar pyme ¨Estudio exploratorio en Colombia¨*

Gachuz Juan Carlos (2011). *La crisis mundial en el sector automotriz, China: ¿aliado estratégico de México?* Análisis Económico; 2011, Vol. 26 Issue 63, p105-128, 24p

Gallo Miguel Ángel (1998). *La sucesión en la empresa familiar.* ¨La Caixa¨ Caja de ahorros y pensiones de Barcelona

Gámez Jorge y Navarrete Clemencia (2010) *Breve esbozo de la empresa de familia*. Editorial Ediciones Unisalle, Bogotá

General Motors Colmotores – *Chevrolet*. 10 de enero de 2012

Gersick, K.; Davis, J.A.; McCollom, H.M. & Lansberg, (1997). *Empresas familiares generación a generación.* México: McGraw-Hill.

Gómez Luis Henrique (2008). *Baterías Mac de microempresa a transnacional.* Universidad Sergio Arboleda

Gómez, Parra & Caicedo (2009). *Tendencias locales en la planificación de relevos generacionales en empresas familiares.* Revista Gestión y Sociedad. Universidad de la Salle. Bogotá

Hernández, I (2008) *Empresa, Innovación & Desarrollo*. Universidad Nacional de Colombia.

Leach, P. (1996). *La Empresa Familiar*. Barcelona: Ediciones Granica.

Neubauer, F. & Lank, A.G. (1999). *The Family Business: It´s governance for sustainability.* Hampshire, Great Britain: Macmillan, De Houndmills.

Prieto Juan (2007). *¿Qué son los protocolos de familia?.* Conferencia institucional Supersociedades.

Proexport Colombia (2012). *Industria automotriz en Colombia*

Quiroga, Munar & Peña (2012). *Análisis estratégico del sector automotriz en Colombia.* Trabajo de grado. Facultad de administración- Universidad del rosario

Santandreu Eliseu (2005). *La empresa familiar.* Centremetal.lurgic. Barcelona

Serna G., H. y Suárez O., E. (2005) *La empresa familiar: estrategias y herramientas para su sostenibilidad y crecimiento.* Editorial Temis S.A. Bogotá - Colombia.

Superintendencia de Sociedades (2001). *Sociedades de familia en Colombia.* Investigadores Andrés Gaitán Rozo y José Danilo Castro Velasco. Bogotá.

ARTÍCULOS DE PRENSA Y REVISTAS

- Baterías Mac: Exportando a Rusia y Líbano. Revista Poder. 7 de octubre de 2006
- 5000 Empresas. Edición Especial 2005. Revista Dinero. 10 de junio de 2005
- Sector automotriz de capa caída en 2012. Revista Dinero. 22 oct. 2012
- Colombia le vende por primera vez carros a México; es un hecho histórico para el país. Periódico Portafolio. 21 de febrero de 2011

- *Top Executive* María Fernanda Mejía. Revista Dinero. 27 de abril de 2007
- *Top Executive* Diego Mejía Castro. Revista Dinero. 27 de abril de1998
- Como administrar una empresa familiar. Revista Dinero. 7 de diciembre de 2006
- A la vanguardia en el mercado de las baterías. Periódico El Tiempo. 17 de julio de 1996
- ¿El Vice de Noemí importa residuos peligrosos? Periódico Vanguardia. 28 de abril de 2010

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

- Portafolio, diario económico www.portafolio.co/economia/el-pais-tiene-511000-empresas-familiares, www.portafolio.co/negocios/baterias-mac-gano-premio-ambiental-kimberly-2011
- Revista Motor www.motor.com.co/vehiculos-motor/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9022005.html
- Emerging Markets Information Service (EMIS) www.securities.com/Public/company-profile/CO/BATERIAS_MAC_es_1205271.html
- Radio Santafé www.radiosantafe.com/2011/03/26/bbva-y-mac-firman-acuerdo-de-manejo-de-baterias-usadas-de-ups
- www.dinero.com/Home
- Youtube - Video Baterías MAC Institucional. www.youtube.com/watch?v=_dYbFE9e9CQ
- Youtube - Historia contada por su fundador, Baterías MAC www.youtube.com/watch?v=K8arSsUJb80
- www.andi.com.co/
- Encuesta anual manufacturera 2010-2011 www.dane.gov.co/
- Página institucional de MAC www.mac.com.co/
- Proexport: Perfil sectorial - industria automotriz www.proexport .gov.co

El aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico. Comentario a la Ley 4/2012, de 6 de julio

Taring advantage on shifts of the Tourisme Goods. Comentary of the Law 4/2012 dated july sisth

Ana E. QUINTANA JIMÉNEZ
Universidad Antonio de Nebrija
aquintan@nebrija.es

Debido a la reciente entrada en vigor de la Ley 4/2012, de 6 de julio, de aprovechamiento por turnos de bienes de uso turístico, productos vacacionales de larga duración, de reventa, y de intercambio, y normas tributarias, ha imposibilitado la inclusión de citas debidamente referenciadas, haciendo el autor un comentario del propio texto de la Ley.

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 47-70)
Fechas: Entrada: 25-01-2013; Aceptado: 14-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

La Ley 4/2012, de 6 de julio, de contratos de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico, de adquisición de productos vacacionales de larga duración, de reventa y de intercambio y normas tributarias viene a fortalecer la seguridad jurídica de las partes contratantes en la comúnmente llamada "multipropiedad". El presente estudio, busca analizar esta nueva norma, en relación, con el Real Decreto Ley 8/2012 aprobado tres meses antes, y derogado con la entrada en vigor de la nueva Ley; entendido como una solución temporal, de urgencia, que, sin embargo contribuye a clarificar muchos aspectos de la nueva legislación y a entender el espíritu de la norma.

PALABRAS CLAVE

Turismo, Tiempo, Compartido Normativa, Seguridad jurídica, Complejos vacacionales.

ABSTRACT

Law 4/2012 of 6 July, on immovable properties timeshare contracts, long –term holiday product contracts, resale contracts and exchange contracts and tax law, wants to enhance legal certainty for consumers, in what is usually known as "multiproperty". This essay, try to analyze this new law, relating to, Royal Decree Law 8/2012, adopted three months before, and repealed when the new law entered into force. It also wants to show how a temporary and "urgent" solution, contributes to explain a certain aspects of new regulation and help us to understand the "spirit of the law".

KEY WORDS

TourismTime SharingLegislation, lawJuridical securityResorts.

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento de la figura de la "Multipropiedad", en los años 60, hasta la plena adaptación de dicha figura al ordenamiento jurídico español, se han sucedido numerosas normas que han tratado de regular dicha figura; con el objeto de paliar, en gran medida, los abusos cometidos por algunos promotores, quiénes apoyándose en un vacío normativo, y en la buena fe y desconocimiento de los consumidores, hicieron uso de praxis, cuanto menos dudosas.

La Ley 4/2012, de 6 de julio, de contratos de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico, de adquisición de productos vacacionales de larga duración, de reventa y de intercambio y normas tributarias, viene a sustituir a la ya derogada Ley 42/1998[1] de 15 de diciembre sobre derechos de aprovechamiento por turno de bienes inmuebles de uso turístico y normas tributarias, respuesta del ordenamiento jurídico español a la nueva realidad, de la mal llamada, durante años, "multipropiedad".

A modo de resumen se podría decir, que la nueva ley, fundamentalmente, viene a fortalecer la seguridad jurídica de las partes contratantes, continuando, así en la línea de lo establecido por la citada Ley 42/98; ya que a través de la nueva ley se ha conseguido, por fin, entre otros logros, el reconocimiento, y regulación, de otras modalidades vacacionales, como son los Clubs de vacaciones, producto muy explotado por los complejos hoteleros, o la transmisión del derecho de uso objeto del aprovechamiento por turno.

En este sentido, uno de los puntos más significativos, es el capítulo dedicado a las organizaciones de intercambio, pieza clave para la expansión del aprovechamiento por turnos o tiempo compartido. Fundamentalmente, porque estas organizaciones de intercambio, como la RCI, (Resort Condominium International) o la II, (Interval International), permiten al consumidor afiliado, poder disfrutar de su Tiempo compartido en cualquier destino y/o complejo perteneciente a esa organización en todo el mundo.

Asimismo, la nueva Ley intenta resolver, en la medida de lo posible, aunque con sus limitaciones, las lagunas normativas que la ante-

[1] Vigente hasta el 18 de marzo de 2012.

rior regulación contenía y que unido a la diversidad de regímenes preexistentes, hacía del sector una fuente permanente de inseguridad jurídica para el consumidor final. Esta necesidad de proteger al consumidor es una constante en el ordenamiento jurídico europeo, encontrando reflejo en España a través de una normativa2 , que cada vez tiene más claro su objetivo, la protección al consumidor.

En cuanto al ámbito de aplicación, de la nueva ley, expresamente se circunscribe al propietario, promotor y a cualquier persona física o jurídica, que participe profesionalmente en la transmisión o comercialización de derechos de aprovechamiento por turno; de esta forma se intenta que todo aquel que participe directa o indirectamente en algún contrato de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico tenga que cumplir con el contenido de dicha norma.

En definitiva, no se trata de otra cosa sino de contar con una regulación eficaz y eficiente, que pueda garantizar al consumidor, que el producto que contrata, es el que finalmente disfruta, y que la firma de un contrato, no implica "el casamiento" con la empresa de mantenimiento sine die. En este sentido, las principales diferencias encontradas con respecto a la Ley 42/98 son las siguientes:

- En relación con el Derecho de aprovechamiento por turno de bienes inmuebles, la nueva regulación respeta el tratamiento del régimen jurídico-registral del derecho real de aprovechamiento por turno, aunque con las necesarias modificaciones impuestas por la Directiva 2008/122/CE de 14 de enero del 2009 relativa a la protección de los consumidores con respecto a determinados aspectos de los aprovechamientos por turno de bienes de uso turístico, de adquisición de productos vacacionales de larga duración, de reventa e intercambio. Aunque sigue sin poder vincularse a una cuota indivisa de la propiedad, ni denominarse "multipropiedad", ni de cualquier otra manera que contenga la palabra propiedad.[3]
- Respecto a las fórmulas de uso temporal de naturaleza personal, la antigua ley sólo permitía el subterfugio de su encubri-

[2] Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

[3] Prohibición contenida el al Ley 42/98, de 15 de diciembre, referida al prohibición de utilizar el término "propiedad" en el contrato, para evitar equívocos por parte del adquirente.

miento como arrendamiento turístico de temporada. Actualmente el art. 23 de la Ley recoge que cualquier otra modalidad contractual de constitución del derecho de naturaleza personal o de tipo asociativo conforme a la normativa europea o a los convenios internacionales sobre ley aplicable, que tenga por objeto la utilización de uno o varios alojamientos para pernoctar durante más de un periodo de ocupación, les será de aplicación las disposiciones de la Ley y de la legislación general de protección del consumidor.

- Con respecto a la publicidad, los regímenes obligacionales y sus normas reguladoras podrán tener cabida, si su propietario titular registral lo considera oportuno, y son publicitados en el Registro de la Propiedad donde radique el inmueble.

Antes de continuar, convendría aclarar, el por qué se utilizó como instrumento normativo el Real Decreto Ley entre la Ley 42/98 y la Ley 4/2012, y por qué es, por tanto importante, entender la nueva Ley en relación con este paso intermedio. Básicamente responde al incumplimiento[4] de la obligación de trasponer dentro de plazo la Directiva Comunitaria 2008/122/CE de 14 enero de 2009 relativa a la protección de los consumidores con respecto a determinados aspectos de los aprovechamientos por turno de bienes de uso turístico, de adquisición de productos vacacionales de larga duración, de reventa e intercambio. Dicho incumplimiento podía dar lugar a importantes sanciones económicas, según el Tratado de Lisboa.

El Real Decreto Ley derogaba la Ley 42/1998, en la que el legislador optó por la regulación de un nuevo derecho real, permitiendo, no obstante la configuración del derecho de aprovechamiento por turno como una variante del arrendamiento de temporada.

2. BREVE ANÁLISIS DE LA LEY 4/2012, DE 6 DE JULIO.

La exposición de motivos que contenía la Ley 42/1998, ha sido sustituida, en la Ley 4/2012, por un preámbulo, en el que se excluyen algunos preceptos que parecían imprescindibles en la antigua Ley.

[4] Desde el 23 de febrero de 2011

En este sentido, conviene recordar, la importancia de un preámbulo o de una exposición de motivos en una ley, ya que es donde reside la esencia de la misma, su justificación, "el espíritu de la norma" (Montesquieu), estableciendo desde su alcance, hasta los sujetos que pueden verse afectados por ella y todo lo que nos ayude a entender mejor su contenido; y de esta forma, debe entenderse el nuevo preámbulo.

De manera somera, podemos mencionar, como dos aspectos fundamentales del Preámbulo, la referencia que en la primera parte, se hace a la necesidad de armonizar normativamente y la mención, en este caso en la segunda parte, de la denominada fórmula intermedia,[5] que tantos quebraderos de cabeza ha ocasionado al no dejar claro, en puridad, qué figura era la elegida.

Si tenemos en cuenta el último punto, en este se procede a estructurar la ley, identificando el origen normativo de cada uno de los capítulos, introduciendo modificaciones sustanciales en algunos puntos relevantes.

En el capítulo I del Título I, se definen las cuatro figuras contractuales, junto con los contratos de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico, se contemplan los de adquisición de productos vacacionales consistentes en adquisición de descuentos de larga duración, los de reventa y los de intercambio, tanto de carácter accesorio como de carácter singular.

El capítulo II traspone las normas de la Directiva sobre publicidad e información precontractual con especial interés, alude al derecho del consumidor al desistimiento, así como a la prohibición de pagar anticipos durante el plazo de ejercicio de tal derecho, que se amplía de diez a catorce días. Es destacable la obligación de utilizar un formulario normalizado de desistimiento en documento aparte, (según el modelo del anexo V).

[5] El derecho se puede constituir mediante dos fórmulas diferentes. Una personal consistente en un especial arrendamiento por temporada y otra de carácter real.

En relación con el derecho de desistimiento, destaca la unificación de su régimen con independencia del cumplimiento de la información precontractual y contractual exigida por la norma.

En la Ley 42/1998, existía un doble régimen, según se tratase de un desistimiento *ad nutum*, o de que la información precontractual o el contrato careciese de las menciones exigidas según sus artículos 8 y 9. En este último caso, la Ley 42/1998 permitía la "resolución-sanción" ejercitable en el plazo de tres meses desde la celebración del contrato, si la falta de información no se subsanaba en dicho plazo, y en el plazo de diez días desde dicha subsanación si la misma se producía dentro de dicho plazo[6].

En la Ley 4/2012, siguiendo el contenido de la Directiva 2008, sólo aparecía el término desistimiento[7].

Las normas sobre prohibición de anticipos o pagos a cargo del consumidor durante el plazo de ejercicio del derecho a desistir, así como la ineficacia de los contratos accesorios, incluso los préstamos, en caso de desistimiento[8], como ya hemos visto, junto con la necesidad de organizar un plan escalonado de pagos para los contratos de productos vacacionales de larga duración, también provienen de la Directiva.(Por lo que los cambios en estos aspectos son menos relevantes con respecto a la normativa anterior).

Según el artículo 12 de la Ley 42/1998 ya derogada, los préstamos, o cualquier forma de concesión de un crédito bajo la forma de

[6] Debido a un error en la traducción del término "resolución" para incorporar los términos *resiliation* y *cancelation.*

[7] Se trata de una agrupación más teórica que real, ya que los plazos se siguen ampliando,(si el empresario no hubiera facilitado al consumidor la información precontractual mencionada en el artículo 9, incluidos sus formularios, el plazo empezará a contar desde que se facilite dicha información y vencerá transcurridos tres meses y catorce días naturales siguientes a la celebración del contrato o de cualquier contrato preliminar vinculante si en ese momento el consumidor recibió el documento contractual o, en otro caso, a la recepción posterior de dicho documento).

[8] La jurisprudencia ha tratado el desistimiento en situaciones que aunque diferentes, pueden ser consideradas análogas. Entre otras, SAP Zaragoza 368/2011.

pago aplazado, apertura de crédito o cualquier medio equivalente de financiación, concedidos por el transmitente o por un tercero de acuerdo con éste para financiar la adquisición de derechos de aprovechamiento, quedarán resueltos cuando el adquirente ejerciera las facultades que le confería el art. 10 de la Ley 42/1998 en cuanto al desistimiento, previsto en el art. 77 TRLCU,[9] o la resolución del contrato por ausencia de la información relevante o las menciones y documentos a que se referían los artículos 8 y 9 de la Ley 42/1998.

En caso de que el precio haya sido total o parcialmente cubierto mediante un préstamo concedido al consumidor por el empresario o por un tercero, según lo convenido entre el tercero y el empresario, el contrato de préstamo quedará sin efecto, sin coste alguno para el consumidor, si este ejerce su derecho a desistir del contrato de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico, de producto vacacional de larga duración, de reventa o de intercambio (art. 15.2). Pero siguen sin regularse las excepciones que pueden oponerse en casos de ineficacia del derecho de desistimiento. Esta cuestión ya había sido solventada por la jurisprudencia[10].

Sin embargo se echa de menos algún tipo de regulación sobre las consecuencias del incumplimiento del contrato de intercambio o reventa con respecto al contrato principal, cuando alguno de aquéllos se celebra de forma accesoria a éste.

[9] Texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, anteriormente citada como Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre

[10] SAP Madrid 610/2011 de 25 de noviembre:"…admitiendo que cabe una interpretación estricta según la cual sólo se produce la anulación del préstamo cuando la parte resuelva o desista del contrato en los plazos previstos en el artículo 10, y aun contando con la dificultad que pudiera haber para encajar estrictamente esta nulidad en la Ley de Crédito al consumo, al no haber un acuerdo en exclusiva, sin embargo se recoge la opinión de las Audiencias Provinciales tendente a interpretar a favor del consumidor las consecuencias que sobre el contrato de préstamo, en cuanto vinculado al de aprovechamiento, resultando la nulidad de éste; máxime respondiendo ambos contratos a una misma operación económica y considerando que, dado el escaso lapso de tiempo en que se fraguó dicha operación, desdoblada en dos contratos, el de préstamo tiene un carácter meramente accesorio e instrumental del de aprovechamiento por turno, por lo que su realidad y vigencia venía a depender de la de éste"

Se ha previsto la anulación para el único caso en que se ejercita el derecho de desistimiento conforme a lo dispuesto en la norma, y no en lo que se refiere a otros supuestos de ineficacia.

En cuanto al resto de circunstancias, las diferencias se refieren a pequeños matices de escasa importancia actualmente, pero que no sabemos si el devenir de los acontecimientos los puede dotar de gran transcendencia.

3. RELACIÓN DE LA LEY 4/2012, DE 6 DE JULIO, CON EL REAL DECRETO LEY 8/2012.

No podemos eludir que la génesis de la Ley 4/2012, además de en la Directiva, se encuentra en el Real Decreto Ley 8/2012 de 16 de marzo, de contratos de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico, de adquisición de productos vacacionales de larga duración, de reventa y de intercambio, por lo que conviene hacer una breve y esquemática mención, al Real Decreto Ley 8/2012 como forma de cotejar sus semejanzas y diferencias con la norma definitiva.

En la elaboración del Real Decreto Ley se decidió realizar un texto unificado, que tenía que comprender desde la transposición de la Directiva Comunitaria 2008/122/CE de 14 enero de 2009, recogida en el título I, así como la incorporación de la Ley 42/1998, en los títulos II y III, adaptándola a la Directiva.

Título I. Se centra en la transposición de la Directiva a lo largo de siete capítulos.

Capítulo I. Delimita el ámbito de aplicación de la norma.

Ámbito objetivo. Se regulan cuatro figuras contractuales:

- Contrato de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico. Es aquel, de duración superior a un año, en virtud del cual un consumidor adquiere, a título oneroso, el derecho a utilizar uno o varios alojamientos para pernoctar durante más

de un período de ocupación.

- Contrato de producto vacacional de larga duración. Tiene una duración superior a un año, y mediante él, un consumidor adquiere, a título oneroso, esencialmente el derecho a obtener descuentos u otras ventajas respecto de su alojamiento, de forma aislada o en combinación con viajes u otros servicios.
- Contrato de reventa. Un empresario, a título oneroso, asiste a un consumidor en la compra o venta de derechos de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico o de un producto vacacional de larga duración.
- Contrato de intercambio. Un consumidor se afilia, a título oneroso, a un sistema de intercambio que le permite disfrutar de un alojamiento o de otros servicios a cambio de conceder a otras personas un disfrute temporal de las ventajas que suponen los derechos derivados de su contrato de aprovechamiento por turno de bienes de uso turístico.

Ámbito subjetivo. El título I se aplica a los contratos entre empresarios y consumidores. Sin embargo, el título II se aplica a los contratos entre empresarios, entendidos como propietarios, promotores o cualquier persona física o jurídica que se dedique profesionalmente a la transmisión de derechos de aprovechamiento de bienes inmuebles, y los adquirentes de estos derechos.

Capítulo II. Transpone las normas sobre publicidad e información precontractual con especial referencia al derecho del consumidor al desistimiento, así como a la prohibición de pagar anticipos durante ese plazo. Se normalizan formularios de información y de desistimiento que se incorporan como anexos.

Capítulo III. Trata sobre aspectos de forma. Ha de ser por escrito, en papel o en otro soporte duradero, precisando la lengua y contenido del contrato al que se incorpora la información precontractual. El consumidor recibirá al menos una copia del contrato con sus anexos en el momento de su celebración.

Capítulo IV. Regula el desistimiento que no precisará de motivación.

Se trata de un derecho único, con diferentes plazos dependiendo de si la información precontractual fue correcta o no. El plazo ordinario es de catorce días naturales durante los cuales está prohibido dar anticipos.

Capítulo V. Bajo el epígrafe «régimen jurídico» impone la sanción de *nulidad para los actos de renuncia* por el consumidor a los derechos que le confiere la norma, así como para los actos realizados en fraude de ley. Incluye una norma de derecho internacional privado de protección para cuando la ley aplicable a las obligaciones contractuales (Roma I), sea la de un Estado no miembro del Espacio Económico Europeo.

Capítulo VI. Está dedicado a la información al consumidor y reclamación extrajudicial y contiene previsiones sobra la información que los empresarios han de facilitar, incluyendo códigos de conducta suscritos. Pueden someterse a *arbitraje de consumo* los conflictos que surjan entre empresarios y consumidores.

Capítulo VII. Referido a la tutela judicial y administrativa, regula la acción de cesación y el régimen sancionador, con remisión a la legislación general y a la especial de consumidores y usuarios.

Título II. Recoge normas especiales sobre derechos de aprovechamiento por turno de inmuebles de uso turístico.

Aspectos generales:

- *Incorpora la Ley 42/1998*, con adaptaciones a la nueva Directiva.
- Aparte de regular detalladamente el derecho real de aprovechamiento por turno y permitir la configuración de este derecho como variante del arrendamiento de temporada, permite cualquier *otra modalidad contractual* de constitución del derecho de naturaleza personal o de tipo asociativo, que tenga por objeto la utilización de uno o varios alojamientos para pernoctar durante más de un periodo de ocupación.

Concepto.

El derecho de aprovechamiento por turno de inmuebles atribuye a su titular la facultad de disfrutar, con carácter exclusivo, durante un período específico de cada año, consecutivo o alterno, un alojamiento susceptible de utilización independiente por tener salida propia a la vía pública o a un elemento común del edificio en el que estuviera integrado y que esté dotado, de modo permanente, con el mobiliario adecuado al efecto, así como del derecho a la prestación de los servicios complementarios.

Los requisitos recogidos por la ley son:

- Edificio, conjunto inmobiliario o sector de ellos arquitectónicamente diferenciado.
- Todos los alojamientos independientes, deben estar sometidos a dicho régimen.
- El conjunto ha de tener, al menos, diez alojamientos.
- El período anual de aprovechamiento no podrá ser nunca inferior a siete días seguidos.
- No puede vincularse a una cuota indivisa de la propiedad, ni denominarse multipropiedad o propiedad.

En cuanto a los contratos de arrendamiento de bienes inmuebles vacacionales por temporada, la ley los regula en los siguientes aspectos:

- Se refiere el título a los que incluyen más de una temporada, con o sin anticipo de rentas y a cualesquiera otras modalidades contractuales de duración superior a un año, que sin configurar un derecho real tengan por objeto la utilización de uno o varios alojamientos para pernoctar durante más de un periodo de ocupación.
- Se les aplicará este título, la Ley de Arrendamientos Urbanos, y la legislación de consumidores.

La ley hace referencia a otras modalidades contractuales, distintas de las anteriormente citadas:

Es válida cualquier otra modalidad contractual de constitución de derecho de naturaleza personal o de tipo asociativo, que tenga por objeto la utilización de uno o varios alojamientos para pernoctar durante más de un periodo de ocupación, constituidas al amparo y en los términos contenidos en las normas de la Unión Europea. Les será aplicable el título I.

Nulidad del resto:

El contrato por virtud del cual se constituya o transmita cualquier otro derecho, real o personal, por tiempo superior a un año y relativo a la utilización de uno o más inmuebles durante un período determinado o determinable al año, al margen del presente título, será nulo de pleno derecho.

Duración:

Será superior a un año y no excederá de *cincuenta años*, a contar desde la inscripción. Si el inmueble está en construcción, desde la inscripción de la terminación de la obra.

Constitución del régimen.

- El régimen de aprovechamiento por turno deberá ser constituido por el propietario registral del inmueble, formalizándolo en escritura pública que se inscribirá en el Registro de la Propiedad. Ha de intervenir representación de la empresa que haya asumido la administración y prestación de los servicios, salvo manifestación expresa del propietario de que son por él asumidos directamente.
- Los notarios no autorizarán la escritura reguladora de un régimen de aprovechamiento por turno y los registradores no lo inscribirán mientras no se les acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos en los apartados 1 y 2 del art. 25.

– Estos son los requisitos esquematizados:

a) Inscripción de la obra.
b) Cumplir con los requisitos establecidos para ejercer la actividad turística, disponer de las licencias de apertura y las de primera ocupación.
c) Haber celebrado el contrato con una empresa de servicios.
d) Haber concertado los seguros o las garantías exigidos.
e) Contratación de un aval bancario que garantice la devolución de las cantidades entregadas a cuenta.

Escritura reguladora:

A ella se dedica el art. 26.

Determina las circunstancias que debe de reunir, debe de incorporar, originales o por testimonio notarial:

– El contrato celebrado con la empresa de servicios.
– Los contratos de seguro a que se refiere el artículo 28.
– Si el inmueble está en construcción, documento acreditativo del aval o seguro de caución.
– Deberá acompañarse una copia autenticada de éstos para su archivo en el Registro.
– El régimen sólo podrá ser modificado por el propietario registral, con el consentimiento de la empresa de servicios y de la comunidad de titulares, debiendo constar en escritura pública y ser inscrita en el Registro.
– Se deberá prever la constitución de una comunidad de titulares que se regirá por los estatutos previstos en la escritura reguladora o los que libremente adopten los titulares. La modificación del régimen constituido podrá ser acordada por una mayoría de dos tercios de los titulares. Se aplica supletoriamente la Ley de Propiedad Horizontal.

Inscripción del régimen y su modificación.

La inscripción es por ende uno de los aspectos más significativos de la nueva

Ley, estableciendo en su art. 27 los siguientes aspectos al respecto:

- El registrador suspenderá la inscripción de aquellos apartados o artículos de los estatutos que impongan a los titulares de los derechos de aprovechamiento por turno alguna obligación o limitación contraria a lo establecido en este título.
- Los distintos alojamientos tendrán folio independiente, aunque en la escritura reguladora no se haga división horizontal del inmueble. Al hacerlo, deberá expresar, en cada uno de ellos el número de turnos, su duración, día y hora inicial y final, la cuota que corresponda a cada turno con relación al alojamiento, si está previamente constituida la división horizontal, o con relación al total del inmueble, si no lo está, el mobiliario que tenga destinado, así como su valor, y los días del año no configurados como turnos de aprovechamiento por estar reservados, en ese alojamiento, a reparaciones y mantenimiento. A cada aprovechamiento se le dará también un número correlativo respecto a cada alojamiento.
- Al inscribir la primera adquisición de un derecho de aprovechamiento por turno podrá inscribirse, si así se hubiera pactado en el título, la subrogación en la parte proporcional del crédito hipotecario que pese sobre la totalidad del inmueble sin necesidad del consentimiento del acreedor hipotecario si, al constituirse la hipoteca, se pactó un sistema objetivo de distribución de la responsabilidad hipotecaria entre todos los derechos de aprovechamiento por turno resultantes de la constitución del régimen.
- Se archivará copia de los contratos incorporados a la escritura, haciéndolo constar en la inscripción del régimen y en toda la publicidad, debiendo acompañar copia de tales contratos a las certificaciones que expida, cuando así se le hubiera pedido

expresamente en la solicitud de certificación.

- Se harán constar por nota marginal un nuevo contrato con una empresa de servicios, que tenga las firmas legitimadas notarialmente, si la empresa de servicios asume las condiciones del anterior, debiendo de ser posterior a la constitución del régimen de propiedad horizontal y recoger las menciones exigidas en el artículo 29.2.
- Cualquier modificación permitida que se realice en los contratos y documento anteriores, no será válida mientras no se haga constar en el Registro de la Propiedad.
- En el caso de que el régimen se haya constituido sobre un inmueble en construcción, la terminación de la obra deberá hacerse constar en el Registro en el plazo de tres meses, a contar desde su conclusión.

Seguros:

La ley reconoce la obligatoriedad de suscribir los siguientes seguros:

- Antes de la constitución, el propietario deberá suscribir y mantener en vigor una póliza de seguro u otra garantía equivalente que cubra el riesgo de nacimiento a su cargo de la obligación de indemnizar a terceros los daños causados y perjuicios causados por él o cualquiera de sus dependientes, hasta que dicha transmisión se produzca.
- Además, deberá suscribir un seguro que cubra la responsabilidad civil en que puedan incurrir los ocupantes de los alojamientos derivada de la utilización de los mismos, así como de seguro de incendios y otros daños generales del edificio o del conjunto de sus instalaciones y equipos.

Condiciones de promoción y transmisión.

En cuanto a las condiciones de promoción y trasmisión, la ley le dota de un contenido a través de su articulado, que incremente la seguridad jurídica al consumidor:

- Está prohibida la transmisión de derechos de aprovechamiento por turno con la denominación de multipropiedad o cualquier otra que contenga la palabra propiedad.
- Su promoción y transmisión se rige por el título I con las especificaciones de los arts. 30 al 33.
- El art. 30 recoge el contenido mínimo del contrato, debiendo de constar, entre otros muchos datos, la naturaleza real o personal del derecho transmitido, precio, servicios o duración.
- No cabe autorizar ni inscribir una transmisión si el contrato no contiene todas las menciones del art. 25.
- El Notario advertirá del derecho de desistimiento que el artículo 12 establece en favor del adquirente, que podrá hacerse por acta notarial, y de los demás derechos que le reconoce el presente real decreto-ley (art. 31.2).
- Los adquirentes quedarán subrogados en los derechos que correspondan al titular con arreglo a RDL y, en especial, los que le corresponden frente al propietario del inmueble.
- El registrador *abrirá folio al turno* cuyo derecho de aprovechamiento sea objeto de transmisión.

Afección:

Mediante nota marginal se hará constar que el derecho transmitido queda gravado con carácter real para responder de las *dos últimas cuotas*, a contar desde el momento de la reclamación por vía judicial o notarial, por todo el tiempo de vida del régimen.

Para hacer efectiva la garantía, el prestador de los servicios podrá recurrir a cualquiera de los procedimientos ejecutivos que la Ley de Propiedad Horizontal permite utilizar a la comunidad de propietarios para reclamar las cuotas por gastos comunes y al procedimiento extrajudicial de ejecución hipotecaria.

Transmisión previa.

Si el derecho no estuviera inscrito a favor del transmitente cabe

solicitar la inscripción a nombre del transmitente o cedente, por el procedimiento regulado en el artículo 312 RH.

Resolución por falta de pago de las cuotas.

La nueva Ley por fin protege al empresario o promotor, ya que siempre la parte que el legislador entendía como más débil de la relación contractual era el consumidor, pero ¿qué ocurre si es el consumidor, se convierte en la parte que incumple las obligaciones contractuales pactadas en dicho contrato?

Salvo pacto en contrario, el propietario tendrá una facultad resolutoria en el caso de que el adquirente, una vez requerido, no atienda al pago de las cuotas debidas por razón de los servicios prestados durante, al menos, un año. Previamente será preciso un requerimiento fehaciente de pago al deudor en el domicilio registral o, en su defecto, en el que conste a tal fin en el contrato.

Título III. Normas tributarias.

Su regulación es bastante continuista con respecto al régimen anterior.

Ámbito:

Se aplicarán a los derechos regulados en el título II, sin perjuicio de lo dispuesto en los Tratados y Convenios internacionales en los que España sea parte, y, en su defecto, las disposiciones tributarias generales.

Patrimonio:

Se valorarán los derechos conforme con lo previsto en el artículo 10.3.b) de la Ley[11], por su precio de adquisición.

ITPYAJD. A las transmisiones entre particulares, no sujetas al IVA

[11]Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio.

o al IGIC canario, de los derechos contemplados en este RDL, cualquiera que sea su naturaleza, les será aplicable el tipo de gravamen del 4 por 100.

IVA. Se añade un nuevo número 18.º en el apartado uno.2 del artículo 91de la Ley 37/1992[12]:

Uno. Se aplicará el tipo del 8 % a las operaciones siguientes:

2. Las prestaciones de servicios siguientes:

«18.º La cesión de los derechos de aprovechamiento por turno de edificios, conjuntos inmobiliarios o sectores de ellos arquitectónicamente diferenciados cuando el inmueble tenga, al menos, diez alojamientos, de acuerdo con lo establecido en la normativa reguladora de estos servicios».

Contratos preexistentes:

- Este RDL no se aplicará a los contratos entre empresarios y consumidores, referidos en los artículos 1 y 23, celebrados con anterioridad y vigentes, salvo que las partes acuerden adaptarlos a alguna de sus modalidades.
- La forma y contenido de los actos de adaptación serán los dispuestos en este RDL para cada uno los negocios jurídicos respectivos.
- Todos los regímenes preexistentes tendrán una duración máxima de 50 años, que en el caso de los celebrados antes de la entrada en vigor de la Ley 42/1998, de 15 de diciembre, se computará desde esta fecha, salvo que sean de duración inferior o que hubieran hecho en la escritura de adaptación, declaración expresa de continuidad por tiempo indefinido o por plazo cierto.
- Los regímenes de aprovechamiento por turno de naturaleza

[12]Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido.

contractual o asociativa relativos a bienes inmuebles sitos en España a que se refiere el apartado 8 del artículo 23[13] , existentes antes del 18 de marzo de 2012, podrán publicitar el régimen en el Registro de la Propiedad donde radique el inmueble.

Este Real Decreto Entró en vigor el 18 de marzo de 2012, siendo derogado por la Ley 4/2012 de 6 de julio.

4. CONCLUSIONES

No cabe duda, de que la protección otorgada al consumidor con la entrada en vigor de las distintas normas que han estado vigentes estos años, desde la Directiva 94/47 de Protección de los consumidores, pasando por la Ley 42/98, hasta la Ley 4/2012 de 6 de Julio, ha conseguido su objetivo, es que el Tiempo Compartido cada vez está más asentado en nuestra cultura y la sociedad empieza a ver sus ventajas, y no sólo sus inconvenientes.

Centrándonos en la nueva regulación, que como ya se ha señalado se constituye en heredera directa del Real Decreto Ley, que a nuestro juicio supone un innegable avance, en términos generales, pese a que hemos echado en falta una mayor profundidad a la hora de tratar temas que siguen suscitando numerosas controversias judiciales, podemos afirmar taxativamente, que el marco normativo actual es indudablemente más eficaz que el anterior.

Uno de los principales objetivos, desde nuestro punto de vista, sobradamente alcanzado, es la armonización normativa del sector dentro del ámbito europeo, requerida ya desde la Directiva 1994/47/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de octubre de 1994, pasando por la Directiva 2008/122/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de enero de 2009 que obliga a los estados a organizar la reparación judicial y administrativa , de los derechos de

[13] Constituidos al amparo del Reglamento nº593/2008 ó Roma I.

los consumidores, tanto desde el punto de vista sancionador, como del reparador.

Entre las principales aportaciones de la nueva legislación podríamos señalar que:

- Define con precisión nuevos productos vacacionales.
- Amplía la armonización de los Ordenamientos internos de los Estados.
- Refuerza la información al consumidor.
- Regula los plazos de ejercicio del derecho de desistimiento, sin pago de anticipos en este periodo.
- Exige un calendario de pagos para los contratos de larga duración.
- Determina la ineficacia de determinados préstamos de financiación para el caso de desistimiento.
- Obliga a que se regule la reparación judicial y administrativa de los derechos de los consumidores.
- Establece procedimientos extrajudiciales para la solución de los litigios en materia de consumo así como un sistema de sanciones efectivas, proporcionadas y disuasorias.

No cabe duda, de que todos estos cambios pueden ayudar al sector a poder lograr un retorno económico mayor del que lograban anteriormente; desde el momento en que permiten al consumidor final disfrutar de unas vacaciones, con la absoluta seguridad de que sus derechos como consumidor se encuentran a salvo de cualquier menoscabo, y con la certeza de haber "acertado" en su elección.

Por otra parte, conviene destacar, que la nueva regulación respeta el tratamiento del régimen jurídico-registral del derecho real de aprovechamiento por turno, aunque con las necesarias modificaciones impuestas por la Directiva 2008/122/CE de 14 de enero del 2009, impidiendo, como ya ocurría, y creemos que esto es fundamental, que se pueda vincular a una cuota indivisa de la propiedad, ni, por

supuesto, denominarse multipropiedad, ni de cualquier otra manera que contenga la palabra propiedad .

Uno de los mayores logros, en nuestra opinión, radica en la nueva definición del contrato de aprovechamiento de bienes de uso turístico, que ahora da cobertura no sólo a los contratos sobre bienes inmuebles, sino también a los relativos al alojamiento en bienes muebles, como embarcaciones y caravanas, por ejemplo. En cambio, no quedan incluidos otros contratos que tampoco se refieren a un alojamiento, como los de alquiler de terrenos para caravanas ni tampoco incluye fórmulas tales como las reservas plurianuales de una habitación de hotel, justificando que no se trata de contratos, sino de reservas que no son vinculantes para el consumidor. En este sentido, creemos, que no hubiera estado mal que el legislador se hubiese adelantado a la nueva realidad que comienza a acoger este tipo de prácticas, que por ahora, no encuentran marco regulador, y que por tanto, comienzan a generar problemas.

También resulta interesante que se recoja expresamente el contrato de producto vacacional de larga duración, entendido como aquel en que el consumidor adquiere el derecho a obtener descuentos u otras ventajas en el alojamiento, de forma aislada o en combinación con viajes u otros servicios a cambio de una contrapartida; dando cabida, así, a los clubes de descuentos vacacionales y productos análogos; diferenciándolo así, claramente, de los programas de fidelización que ofrecen descuentos para futuras estancias en establecimientos de una cadena hotelera, de los descuentos ofrecidos durante un plazo inferior a un año o de los descuentos puntuales y de los contratos cuyo propósito principal no sea ofrecer descuentos o bonificaciones.

Con esto se está dando respuesta a las exigencias del sector que llevaba muchos años reclamando una regulación para el amplio campo que suponían los llamados clubs de descuento vacacional, que en algunos casos podían ser considerados como hoteles, en otros como tiempo compartido, y en otros como un club de campo donde al deporte se le unía la posibilidad de pernoctar en el propio club.

Por último, es interesante recalcar, que, en el contrato de reventa, ahora ya tienen cabida los contratos de intermediación concluidos entre un agente de reventa y un consumidor que desea vender o comprar un derecho de aprovechamiento por turno de un bien de uso turístico o un producto vacacional de larga duración, a cambio de un corretaje o comisión.

Cuando un empresario no actúa como intermediario, sino que compra un derecho de aprovechamiento por turno o de un producto vacacional de larga duración y posteriormente lo revende a un consumidor, el contrato es de venta de este derecho o producto y está comprendido, respectivamente, en los artículos 2 y 3, toda vez que dichos preceptos no se limitan a las ventas de primera mano.

Por todo ello, podemos concluir, tal y como se desprende de este breve análisis, que la nueva regulación ha contribuido a clarificar la figura, y dotarla de todas las garantías que esta modalidad turística, duramente vilipendiada, no sólo por la opinión pública, sino también por los propios profesionales del sector incapaces de reclamar la dignidad que el mismo merecía, necesitaba urgentemente para no perder el poco prestigio que le quedaba. Y que aunque el paso intermedio del Real Decreto puede ser "estéticamente" criticable, ayuda y clarifica muchos aspectos de la nueva Ley.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación de profesores de Derecho Civil (1993) Zaragoza, Ed. J.M. Bosch

Aurioles, A (2004) *Derecho y turismo*, Ed. Universidad de Salamanca y Aquilafuente.

Camisón, C. y Monfort, V. (2011) *La empresa turística familiar en España. IET. Ministerio de Industria, Energía y Turismo.*

Conde, N y Martínez, P. (2009) *Turismo y derecho, un horizonte interpretacional*, Ed. Instituto Politécnico Nacional.

Conde, N y Martínez, P. (2009) *Estudios turísticos y jurídicos, una perspectiva hermenéutica*. Ed. Instituto Politécnico Nacional.

Costas, L. (2000) *Los derechos de aprovechamiento por turno*. Ed. Comares, Granada.

Lete, J. (1997) *El contrato de multipropiedad y la protección de los consumidores*. Ed. Cedecs Derecho Civil. Barcelona.

Lora-Tamayo, I, y Madridejos, A. (2000) *Aprovechamiento por turno de bienes inmuebles*. Ed. Sepin. Madrid.

Melgosa, F. (1994) *Derecho y turismo. Temas de derecho privado*. Ed. Fundación Cultural Santa Teresa. Ávila.

Montesquieu (1784) *Del'esprit des lois*.

Munar, P (2003) *La regulación española de la multipropiedad: la ley de derechos de aprovechamiento por turnos de bienes inmuebles de uso turístico y normas tributarias. Ley 42/1998 de 15 de diciembre*. Ed. Thomson Aranzadi, Pamplona.

Ortega, E. (1991). *La multipropiedad vacacional: El impacto en el sector turístico inmobiliario español.* Esic editorial. Madrid.

JURISPRUDENCIA

SAP ZARAGOZA 368/2011 sobre desistimiento.

SAP MADRID 610/2011 DE 25 DE NOVIEMBRE sobre anulación del préstamo ante la resolución del contrato

El campo de las empresas de familia. Subcampo: las Margaritas, el Florida, la Puerta falsa y Ramo

The camp of family business. Subcamp: las Mararitras, el Florida, la Puerta falsa y Ramo

Yolanda ÁLVAREZ SÁNCHEZ
Facultad de Ciencias Administrativas y Contables
Universidad de la Salle
yalvarez@unisalle.edu.co

El artículo es resultado de la investigación titulada: *El poder y las relaciones de poder en 10 empresas de familia colombianas desde la perspectiva de Michel Foucault y Pierre Bourdieu*. Éste se presentó como ponencia en el **Primer Encuentro Internacional de Investigadores en Administración 2011,** en la Universidad Externado de Colombia.

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 71-91)
Fechas: Entrada: 19-03-2013; Aceptado: 08-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Las relaciones de poder estudiadas desde las perspectivas de Michel Foucault y Pierre Bourdieu, en el contexto de las organizaciones, son dinámicas, cambiantes y de estrategia. En el espacio social se configuran los campos y los subcampos empresariales que luchan, como en un campo de juego, para tomar una posición. El sistema de capitales, tanto a nivel interno como externo, así como el sistema de diferenciaciones que le permiten a uno actuar sobre las acciones de los otros, y los tipos de objetivos perseguidos, son factores determinantes en la continuidad o muerte de una organización. Las empresas de familia, objeto de estudio, corresponden a un subcampo empresarial que connota por lo menos dos elementos diferenciadores en el campo de las empresas de familia bogotanas, han superado la tercera generación y han acumulado, por encima del capital económico, un capital simbólico que justifica su posición y permanencia en el mercado.

PALABRAS CLAVE

Poder, relaciones de poder, capital simbólico, capital económico, empresas de familia.

ABSTRACT

Relations of power, studied by Michel Foucault and Pierre Bourdieu perspective in organizations context, are dynamic, changing and strategics. In the social space organizations camps and subcamps that fight, like in a playground are formed, to take a position. Systems of capitals, as much at internal level as external, as well as the system of differentiations that allow one to act on the actions of the other, and types of goal pursued, are determining factors in the continuity or death of an organization. Family Companies, object of study, correspond to a family organization subcamp that connote two elements at least differentiators in the Bogota' camp family companies, have surpassed the third generation and have accumulated, over the economic capital, a symbolic capital that justifies its position and permanence in the market.

KEY WORDS

Power, relations of power, symbolic capital, capital economic, family business.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

Denominamos, en el presente estudio, las empresas de familia como aquel tipo de organización en la que confluyen personas que mantienen entre sí algún tipo de parentesco ya sea éste natural, de sangre, (madre, padre, hijos, hermanos, hermanas, tías, primos) o legal (esposo, esposa, hijo). En tal sentido, las sociedades de familia son tan antiguas como el hombre mismo si consideramos los principios de la llamada familia sindiásmica de Morgan (Engels, 2004, p.64). Dentro de la línea de parentesco, no sólo está la denominación de unos y de otros sino que convergen en torno a la expresión una serie de deberes y derechos que asumir y que cumplir dependiendo el tipo de organización que al interior de la familia se dé; si es patriarcal, como efectivamente se conserva en las familias de hoy, la familia vivirá sometida, en cualquier tipo de decisión al poder paterno, sobre quien se funda la familia monogámica[1] caracterizada no sólo por el predominio del hombre, sino por la exigencia de éste por la paternidad, exigencia que explica las razones del porqué los hijos serán los herederos directos de los bienes que posea el padre. De esta manera, se adquieren unos compromisos tanto internos como externos; la familia vista como la célula de la sociedad se termina constituyendo en su imagen y semejanza.

De acuerdo con Engels, en su origen, la palabra familia

> [...] no significa el ideal, mezcla de sentimentalismos y de disensiones domésticas, del filisteo de nuestra época; al principio, entre los romanos, ni siquiera se aplica a la pareja conyugal y a sus hijos, sino tan sólo a los esclavos. *Famulus* quiere decir esclavo doméstico, y familia es el conjunto de los esclavos pertenecientes a un mismo hombre. En tiempos de Gayo la "*familia, id es patrimonium*" (es decir, herencia), se transmitía aun por testamento.

[1] El origen de la monogamia de ninguna manera se da por el fruto del amor sexual individual, con el que no tenía nada en común, siendo el cálculo ahora como antes el móvil de los matrimonios. Fue la primera forma de familia que nos e basaba en formas naturales, sino económicas. En una nota al pie de página se lee, además, que en la edición del año 1884, en lugar de las palabras "condiciones económicas" se decía "condiciones sociales"; el final de la frase, desde las palabras "concretamente en el triunfo de la propiedad privada", fue añadido por Engels en la edición del año 1891.

La expresión, como lo explica Engels, la inventaron los romanos para "[…] designar un nuevo organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, a los hijos y a cierto número de esclavos, con la patria potestad romana y el derecho de vida y muerte sobre todos ellos; y agrega Marx que "La familia moderna contiene en germen, no sólo de la esclavitud (*servitus*) sino también de la servidumbre, y desde el comienzo mismo guarda relación con las cargas en la agricultura. Encierra, *in miniature*, todos los antagonismos que se desarrollan más adelante en la sociedad y en el Estado".

Las empresas de familia en Colombia, particularmente, surgen por la necesidad de los miembros de las mismas de satisfacer unas necesidades, fundamentalmente, económicas y con el propósito de obtener riqueza para paliar las necesidades de cada uno de sus miembros en el presente y, ojalá, en el futuro. De esta manera, se constituyen como tal si todo el capital económico o, parte del mismo, corresponde a la familia y si ésta, la familia, incide de manera directa o indirecta en la toma de decisiones. No deja, entonces, de corresponder al ideal de la sociedad y del Estado, para retomar la expresión de Marx, y evolucionará de la misma manera, así, de acuerdo con Ortemberg, O.D. (2006, p.44). Las empresas de familia son el resultado

> […] del choque de dos sistemas productivos contradictorios: el del feudalismo, donde sólo había un heredero y todo lo que le incrementara el acervo hereditario que le habría de corresponder; el del capitalismo, que estableció la herencia universal, en el que sí es importante determinar si la riqueza generada es del padre o de la aportación de uno de sus hijos con lo cual se podría pensar que habría que excluir ese valor de la herencia que deja al morir. Este choque de sistemas dicta que, en lo que a empresas familiares se refiere, el régimen feudal tiene una preponderancia respecto al régimen capitalista […] A ello debemos agregar la sospecha de que la influencia feudal, absolutamente patriarcal, también se debería al hecho de que las mujeres no logran heredar el carácter de empresarias.

En este orden de ideas, las empresas de familia se van constituyendo, en el eje espacio temporal, como un entramado de relaciones de poder entre sus miembros que dan cuenta de los roles que desempeñan y las posiciones que ocupan unos y otros y que se trastocan al pasar de la casa a la empresa, cuando la empresa no funciona en la misma casa. La familia, como célula de la sociedad, connota en sí misma relaciones de poder subordinates y subordinadas. Estas mismas relaciones son llevadas a la empresa en donde su éxito o fracaso dependerá de qué tanto se pueda separar el papel de ser miembro de una familia y, además, parte importante de una organi-

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales
estudios

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

zación en donde hay implícitas también relaciones de afecto, de confianza, de respeto y de obediencia; relaciones que no se empiezan a construir en la empresa, sino que vienen construidas desde la casa y que pueden o fortalecerse en la empresa o tener un rompimiento irreconciliable.

Las fuentes de poder para la disolución o venta de una empresa familiar se producen por conflictos internos, tanto horizontales como verticales, y externos, por la lucha de tomas de posición en relación, particularmente, con la competencia. Asunto del que nos ocuparemos más adelante. No obstante, citamos a continuación algunas de las fuentes de poder en las empresas de familia.

a) Preferencias entre los miembros de la familia (creación de alianzas)

Otemberg, O. (2006, p. 285) va más allá de la simple rivalidad entre los miembros de la familia y, en consecuencia, entre las preferencias existentes entre unos y otros; señala, un tanto desde la perspectiva edípica que "La alianza entre los hermanos es una modalidad afectiva primaria de enfrentamiento contra el padre. El destino de esta lucha es la derrota del padre. No necesariamente por la lucha sino por la ley de la vida. Con el tiempo el padre muere antes que sus hijos. Esta muerte satisface el odio que tienen sus hijos por su enfrentamiento con su padre. Enfrentamiento que es necesario para que crezcan como hombres, es decir, que se identifiquen con el padre y le quieran sustituir el vínculo que éste tiene con la madre".

b) Transmisión del poder entre generaciones (Conflictos entre herederos)

Frente a esto, Bourdieu (1995, p. 32) sostiene que

> La trasmisión del poder entre las generaciones constituye siempre un momento crítico de la historia de las unidades domésticas. Entre otras razones, porque la relación de a*propiación recíproca* entre el patrimonio material, cultural, social y simbólico y los individuos biológicos formados para y por la apropiación se encuentra provisionalmente en peligro. La tendencia del patrimonio (y, a través de ello, de toda la estructura social) a perseverar en su ser sólo puede llevarse a cabo si la herencia hereda al heredero, si, particularmente por mediación de aquellos que asumen provisionalmente este cometido y que han de garantizar su sucesión, "el muerto (es decir la propiedad) se apodera del vivo (es decir del propietario dispuesto a heredar y apto para ello).

c) Carencia de mecanismos de comunicación (Sumisión pasiva)

Cuando no se incorporan los valores como la honestidad, el respeto, la confianza y el desconocimiento de las motivaciones de sus miembros respecto a la organización. Sala A. (2009, p. 17) señala que "[...] el parentesco no tiene por qué ser una garantía de paz, armonía y amor; puede ser exactamente todo lo contrario y existen sobrados ejemplos de ello. La dimensión emotiva de las empresas familiares, de no ser domada, puede llegar a tener mucho de irracional y dañina. Celos, rabia, envidias, odio, discriminación y nepotismo forman parte del día a día de muchas compañías".

Otras fuentes de poder, el sistema de capitales que lleva a un miembro de la organización o a la organización misma a sumir una posición dominante en el campo de relaciones; el sistema de diferenciaciones, manifiesto en las distinciones establecidas por el estatus y el poder económico; el tipo de objetivos perseguidos; la acumulación de beneficios y de privilegios derivados de las relaciones asimétricas que se establecen en el interior de las familias y, por extensión a la organización.

Estas y otras pueden ser las fuentes del poder, de un poder que no está estático ni pertenece a alguien sino que, como lo hemos señalado, de acuerdo con Foucault y Bourdieu, circula en una continua lucha interna y revolución permanente.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La investigación se ha desarrollado teniendo como fundamentación teórica las perspectivas que sobre el poder y las relaciones de poder desarrollaron estudiosos como Michel Foucault y Pierre Bourdieu, principalmente.

Dentro del campo de las relaciones de poder, las organizaciones se constituyen en subcampos que ocupan una posición, ya de dominante, ya de dominado, en el espacio so social y económico, particularmente. La lucha en ese campo de fuerzas, tanto interna (en el interior de la organización) como externamente (con otras organizaciones del subcampo), se dan por la conservación o búsqueda de una

posición que se logra por intermedio de disposiciones (*habitus*)[2] y del sistema de capitales (Bourdieu, 2003, p. 95) que bien puede ser económico, intelectual y/o simbólico. En ese campo hay un poder que circula, no sabemos quién lo tiene, pero sabemos quién no lo tiene" (Foucault, 2001), como un juego de acciones sobre otras acciones; los sujetos que lo ejercen, de acuerdo con Foucault (1991, p. 85), son sujetos actuantes que se enfrentan contra formas de dominación, de explotación o contra la sujeción de su propia subjetividad.

Las Margaritas, El Florida, la Puerta Falsa y Ramo, constituyen un campo diferenciado en el contexto de las empresas de familia bogotanas. En primer lugar, han superado la tercera generación, considerando la afirmación hecha por Sala A. (2009: 14) según la cual "[…] menos de un tercio de las empresas familiares perduran más allá de la segunda generación (los hijos) y de éstas apenas el 10% duran hasta la tercera (nietos)"; según el profesor del IESE Miguel Ángel Gallo […] el 61% de las empresas familiares están dirigidas y/o controladas por la primera generación; el 24%, por la segunda generación; el 9% por la tercera y apenas el 6% por la cuarta y siguientes generaciones"; en segundo lugar, son empresas que se han constituido y han permanecido gracias, fundamentalmente, a su capital simbólico pues, con el pasar de los años, han pasado a formar parte de la historia y de la cultura Bogotanas.

Cuando se habla de relaciones de poder, las empresas de familia no son la excepción. Éstas, como cualquier otro sistema funcionan, para el caso de Latinoamérica y, específicamente, para Colombia, en torno a relaciones patriarcales de sucesión y de protocolo. Calveiro (2005) sostiene que "[…] no hay unos que "tienen el poder y otros que carecen de éste […] el ejercicio del poder se puede asumir en uno u otro campo- posición subordinada o posición de poder- dependiendo de los tipos de relaciones que el sujeto maneje en un determinado contexto y atendiendo a determinadas circunstancias". Esta perspectiva- señala el autor (p.19)- se inscribe en las líneas de refle-

[2] Concepto tomado, según el propio Bourdieu, de la noción Aristotélica de *hexis* convertida por la tradición escolástica de *habitus*". (Bourdieu, 1997, p. 267) "El *habitus* es el principio generador y unificador que traduce las características intrínsecas y relacionales de una posesión en un estilo de vida unitario, es decir, un conjunto unitario de elección de personas, de bienes, de prácticas". "Los *habitus* son también estructuras estructurantes, esquemas clasificatorios, principios de clasificación, principios de visión y de división, de gustos diferentes". (Bourdieu, 1997, pp. 33-34).

xión de Michel Foucault, Gilles Deleuze y Michel Crozier, según la cual el poder no se entiende como una posición ni se encuentra en un lugar o centro determinado sino que circula de manera desigual, constituyéndose focos de concentración del poder y otras zonas de mucha menor densidad". Así, las relaciones de poder se establecen en una compleja red de relaciones de "poderes circulantes" en donde, en palabras del autor, se potencian unos con otros, pero también se fragmentan y se desarticulan.

Las personas entrevistadas, para el presente estudio, coinciden en afirmar que las relaciones en el interior de la organización sufren un desplazamiento, consciente e inconsciente a la vez, de la casa a la organización. Ninguno de ellos niega la existencia de conflictos y de relaciones siempre desiguales – asimétricas – que pudieran terminar destruyendo la organización si no se reconoce y se acepta la existencia de la dinámica siempre cambiante del poder. La puja entre hermanos originada, generalmente, por las "preferencias" manifiestas abiertamente por los padres de quién es más competente o quién lo es menos para continuar con la empresa, o las diferencias gestadas entre hermanos cuando están viejos o muertos los fundadores, o por diferencias en torno al ejercicio del poder de quién tiene el capital intelectual frente al conocimiento del oficio y la lucha de quienes reclaman sus derechos a ese ejercicio del poder, lleva implícito, en ese juego por el poder, no sólo el temor a perder lo que consideran también es suyo, sino una pugna de sentimientos en los que el amor, el odio, la envidia, el egoísmo, los resentimientos, empiezan a mediar en ese campo de fuerzas.

Gran parte de los estudios sobre empresas de familia centran su preocupación en los problemas que genera la sucesión; razón por la cual se busca que los fundadores de las empresas de familia preparen este momento para el cambio que va a sufrir la organización. Las propuestas que se hacen frente a esto van desde el establecimiento de órganos de gobierno que permitan administrar las acciones tanto de los socios pertenecientes a la familia como de los socios externos a la misma. Unido a lo anterior, la asamblea de accionistas y el consejo de familia permiten la participación democrática en la toma de decisiones. La claridad de roles, la coherencia en el ejercicio del poder, la apuesta conjunta de socios miembros a la familia y ajenos a la lucha por la perdurabilidad de la organización, tanto en el campo social como en el campo del poder, son algunos de los factores que pueden hacer posible la supervivencia de la empresa más allá de la segunda generación.

Aunque en el interior de las empresas de familia pueden existir muchas ventajas de índole relacional tales como la confianza, el afecto, entre otras; también tienen desventajas cuando se confunden los roles y las prioridades.

La usurpación del poder en las empresas de familia es una fuente de conflicto que genera rivalidad e incomprensión entre los niveles funcionales, operacionales y administrativos. En una concepción negativa, el poder se puede percibir como un derecho incontestable y limitado por parte de quien lo maneja, pero lo cierto es que el poder es una relación de intercambio entre las partes, donde existe dualidad, donde se debe estar en la disposición de ejercer un control para que otros realicen trabajos según sea su compromiso; esto significa saber actuar o, más precisamente, saber ejercer el poder en términos de Foucault, pues según él, las relaciones de poder se sustentan sobre la base de sujetos actuante que, de acuerdo con Bourdieu, también, aceptan el juego del ejercicio del poder legitimado y convertido a la vez en autoridad y obediencia.

3. METODOLOGÍA

Se siguió un proceso de carácter exploratorio puesto que es una aproximación novedosa al estudio de las relaciones de poder y del ejercicio de éste en las organizaciones colombianas, específicamente, en las empresas de familia. La investigación es el resultado de una investigación cualitativa- descriptiva, puesto que se trabajó en el ámbito de lo relacional, subjetivo e intersubjetivo de los agentes en donde se consideraron aspectos de índole valorativo – normativo.

La metodología para el estudio se fundamentó en el método inductivo – deductivo y deductivo - inductivo; fue inductivo-deductivo porque a partir de una serie de casos particulares, concretos, se determinaron las conclusiones que permitieron fundamentar- demostrar- la hipótesis y los objetivos de trabajo. Deductivo- inductivo, también, porque a partir de estudios ya hechos- el caso de las teorías propuestas por Foucault y Bourdieu- se buscó fundamentar dichas teorías con los casos concretos. La selección de las empresas objeto de estudio no obedeció a parámetros estadísticos; ésta se determinó mediante criterio intencional o por conveniencia. Para compilar la información se hizo necesaria la aplicación de entrevistas con el pro-

pósito de recolectar información que permitiera detectar las relaciones y el ejercicio del poder.

4. RESULTADOS

Se trabajaron las relaciones de poder desde las perspectivas de Michel Foucault y Pierre Bourdieu de cuatro empresas de familia; en primer lugar, se determinaron los datos de la muestra de acuerdo con el campo de las empresas de familia de Bogotá. Para ello se estudió el campo y de acuerdo con éste, se procedió a hacer una clasificación de las empresas de acuerdo con a) ubicación geográfica; b) el tamaño; c) la años en el mercado; d) sector y subsector, e) *habitus* (vínculo familiar, formación profesional y edades aproximadas) de las personas que gerencian las empresas de los subcampos las Margaritas, El Florida, la Puerta Falsa y Ramo (Tabla 1); en segundo lugar, se establecieron cuatro *categorías de análisis, atendiendo a lo propuesto por Bourdieu: Relaciones de poder en la campo de lo privado (la herencia, la Sucesión (motivaciones psicológicas: el amor, la ambición, el resentimiento); relaciones de poder en el campo de lo público: la competencia; relación con los empleados y el capital simbólico en relación con el capital económico; y cuatro categorías de análisis de acuerdo con lo propuesto por Foucault, el sistema de diferenciaciones que le permite a uno actuar sobre las acciones de los otros; los tipos de objetivos perseguidos por aquellos que actúan sobre las acciones de los otros; los medios que dan origen a las relaciones de poder y las fuentes de institucionalización., que se sintetizan en la categoría genérica, las estrategias del poder.*

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Tabla 1. Datos de la muestra

SUBCAMPO					e) HABITUS (Disposiciones)		
Empresa	a)Ubicación geográfica	b)Tamaño de la empresa	c) Años en el mercado	d)Sector y subsector	Vínculo familiar que conforma la empresa	Formación profesional	Edades aproximadas de los miembros de la familia que conforman la empresa
Las Margaritas	Bogotá (Localidad 2 de Chapinero)	Pequeña (más de 13 y menos de 65 empleados)	109	Alimentos (Restaurante. Expendio de alimentos preparados, transformación de productos alimenticios)	Esposos	Ingeniero civil	65 años
Pastelería la Florida Ltda.	Bogotá (Localidad 3 de Santafé)	Pequeña (más de 13 y menos de 65 empleados)	75	Alimentos (restaurante; pastelería; expendio de alimentos preparados, transformación de productos alimenticios)	Tres hermanos (dos mujeres, un hombre)	Socióloga, Ingeniera de alimentos, Arquitecto (no terminó la carrera)	Entre 45 – 55 años
La puerta falsa	Bogotá (Localidad 17 de la Candelaria)	Pequeña (más de 13 y menos de 65 empleados)	195	Alimentos (Restaurante; expendio de alimentos preparados, transformación de productos alimenticios)	Dos hermanos (hombre, mujer)	Cosmetóloga y Arquitecto	50-60 años
Productos Ramo S.A. (Sede Administrativa)	Bogotá (Localidad 12 Barrios Unidos)	Grande (más de 400 empleados)	60	Alimentos (panadería, Producción, Comercialización)	Hermanos, primos, tíos	Varias	4-80 años

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a los socios herederos de las empresas objeto de estudio.

Establecidos los datos de la muestra, se determinó la dinámica de las empresas objeto de estudio de acuerdo con cuatro características fundamentales en toda organización: visión y misión; programa de gestión de calidad, calificación del régimen de transparencia fiscal y legal; nivel jerárquico y organizacional.

Tabla 2. DINÁMICA DE LAS EMPRESAS OBJETO DE ESTUDIO

CARACTERÍSTICA	CUMPLIMIENTO POR EMPRESA			
	Las Margaritas	La Florida	La Puerta Falsa	Ramo
1. Visión, misión, objetivos que define la empresa.	Cumple	Cumple	No cumple (no está escrito)	**Cumple**
2. Programa de gestión de calidad.	Cumple	Cumple	Cumple	**Cumple**
3. Calificación en el régimen de transparencia fiscal y legal.	Cumple	Cumple	Cumple	**Cumple**
4. Nivel jerárquico y organizacional	**No cumple**	**Cumple parcialmente**	**No cumple**	**Cumple**

Fuente: elaboración propia con base en el estudio realizado a las empresas

Se encontró que sólo una de las cuatro empresas estudiadas (productos Ramo S.A.) cumple plenamente con las características descritas.

Hecho lo anterior, se procedió a señalar, en cada una de las empresas, objeto de estudio, las categorías atrás enunciadas. El resultado obtenido es como sigue (ver tablas 3 y 4):

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

Tabla 3. Caracterización de las empresas objeto de estudio en relación con el poder y las relaciones de poder desde la perspectiva de Bourdieu

EMPRESA	SUJETOS ACTUANTES	HABITUS (DISPOSICIONES)	LUCHA DE FUERZAS Y TOMAS DE POSICIÓN		
			Campo de fuerzas Internas		Fuerzas externas (Sistema de capitales: capital simbólico vs. Capital económico)
			Horizontales (socios herederos). El problema de la sucesión	Verticales (empleados)	La competencia
Las Margaritas (Fundado en 1902)	La madre hereda a dos hermanos (hombre y mujer). Julio Ríos, actual dueño y heredero, se pelea con la hermana y continúa sólo con la empresa.	– Pertenece a la quinta generación. – Estudia Ingeniería Industrial en la Universidad de Texas. – Regresa de Estados Unidos a trabajar en zonas petrolíferas. – Su mamá enferma y al ver que su hermana no le interesa el negocio; decide darle continuidad. – Asiste con frecuencia a los cursos que ofrece la Cámara de Comercio. – Estudió para chef. – Él mismo atiende a sus clientes que por generaciones han visitado el Restaurante.	– Confrontación, lucha entre hermanos, pérdida de la confianza. – Las Margaritas no cuenta con una estructura administrativa. – Sigue estando a la cabeza de la empresa el dueño heredero. Prevalece lo familiar sobre lo empresarial. – No se ha planeado la sucesión y es posible que no exista una próxima generación.	Ejemplo extraído en el momento de la entrevista: – Don Julio: Quiubo hermano. Tiene la próxima que llegar más temprano, ¿oyó? – Empleado: Sí señor. – Don Julio: La entrada es a las ocho en punto, faltando diez para las ocho, ala. – Don Julio: Por favor, vaya cámbiese allá donde le dije y salga a atender. A arreglar todas estas cuestiones, por favor. – Empleado: Sí señor. – Relaciones conflictivas. Nadie quiere "lavar ollas ni hacer empanadas"; "quieren el trabajo fácil". – "la gente quiere ganar lo máximo con el mínimo esfuerzo.	– No existe la competencia. – No le interesa ocupar un campo de liderazgo. – No hay innovación de productos. – Lenta incorporación de nuevas tecnologías. – Es uno de los restaurantes de mayor antigüedad en Bogotá. – Muchos turistas lo visitan y se han escrito artículos en revistas nacionales e internacionales sobre el restaurante. – Le gustaría imitar lo que han hecho restaurantes como el de Andrés Carne de Res. – Pretende "armar" una estrategia jurídica empresarial que le permita llevar a las Margaritas a otros lugares de la ciudad. – Las Margaritas están hechas con base en valores como el respeto, la honradez y el cariño., "eso no tiene precio".

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

Pastelería La Florida Ltda. (Fundado en 1936)	Eduardo Martínez compra el café el Florida a los hijos de José Granés. Muere Eduardo Martínez (2002) y quedan sus hijos, tres mujeres Miriam, Elsa, Gladis y un hombre, Eduardo.	– Corresponden a la cuarta generación de dueños de la Florida. – Miriam: Administradora de empresas (se va cuando muere su papá al entrar en conflicto con los hermanos. Aporta sus conocimientos en la transformación de la Florida. Ingresa a Trabajar en la Florida en 1985. – Gladis Estudia Ingeniería de Alimentos. Siempre trabajó en la parte de producción de la empresa. – Elsa estudia antropología y se desempeña por muchos años como profesora universitaria. – Ingresa a trabajar en la Florida el 2009. – Eduardo Martínez (hijo) no terminó la carrera de arquitectura.	– Confrontación y lucha de fuerzas con la hermana – Ella se va de la empresa cuando su padre muere y Pierde toda relación con sus hermanos. – La empresa queda para tres hermanos quienes actualmente continúan. **Actualmente:** – Prevalece lo familiar sobre lo empresarial. – Gerencia una persona externa la empresa. – Han establecido una estructura administrativa, hay un gerente (externo), un jefe financiero, un jefe de producción, un jefe de recurso humano. – El conflicto con la hermana se resolvió económicamente. – No hay escrito un protocolo familiar. – Lo más difícil después de un conflicto es restituir la confianza. – No han planeado la sucesión.	– Respeto por el empleado. – Muchos jefes adolecen de la parte humana. – Las mujeres cabeza de hogar son una prioridad. – Control de los "berrinches institucionales" en el manejo de las relaciones con los empleados. – Establecimiento de unas reglas de juego claras.	– No le interesa ocupar un campo de liderazgo. – No hay innovación de productos. – Lenta incorporación de nuevas tecnologías. **Frente a la competencia les preocupa:** – La optimización del recurso humano. – La continuidad de la empresa. – La diversificación del producto estrella, el chocolate. – La creación de nuevos puntos de venta. – La Florida hace parte del patrimonio inmaterial de la ciudad. – Tiene 75 años en ofrecer el mejor chocolate.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

La Puerta Falsa (Fundada en 1816)	Los hermanos Sabogal (hombre y mujer). Dueños Herederos de la Puerta Falsa	Pertenecen a la séptima generación. Doña Aura Teresa, además de administrar durante cuatro meses la Puerta Falsa, se desempeña como cosmetóloga. Su hermano, además de administrar la Puerta Falsa durante cuatro meses, se desempeña como arquitecto.	– Relaciones simétricas. Relaciones cordiales y basadas en el respeto. – Sus hijos desde pequeños siempre los han acompañado en el negocio. – Sus hijos son ya profesionales; no obstante, la calle 11 es la calle de los Sabogal Rubio – Ya planearon la sucesión. No hay escrito un protocolo familiar. – Consideran cordiales las relaciones entre hermanos y primos (futuros herederos). – No tienen establecida una estructura administrativa. Prevalece lo familiar sobre lo empresarial. – Hay sólo un contador externo (Humberto Nieto) quien se encarga de las finanzas.	– A los empleados se les exige disciplina y muy buen trato con los clientes. – A los empleados se les debe educar para que hagan las cosas bien. – La amabilidad y la cordialidad en el servicio.	– No le interesa ocupar un campo de liderazgo. – No hay innovación de productos. – Lenta incorporación de nuevas tecnologías. – No existe la competencia y si existe no les molesta. – La Puerta Falsa es un sitio, una historia de tradición, de muchas generaciones, que han pasado por allí y han formado parte de la historia de Bogotá. – La Puerta Falsa es un lugar. Muchos personajes que han hecho parte importante de la historia de Bogotá, pasaron por allí.
Productos Ramo (1951)	La mamá de don Rafael Molano, Doña Ana Luisa esposa de don Rafael.	– Los actuales dueños pertenecen a la tercera generación.	– La empresa pertenece en su totalidad a la familia. – Gerencia la empresa una persona externa. – La empresa tiene una organización vertical. – La empresa cuenta con un protocolo familiar. – Las relaciones entre socios (dueños, herederos) es muy cordial. – las relaciones se basan en la confianza.	– DISCOS (Disciplina y costos). – Protocolo de regulación. – Relaciones cordiales. – Se premia la fidelidad al trabajo. Ascensos y capacitación.	– Son competencia. – La competencia es bueno que exista porque moviliza y dinamiza cualquier empresa. – "La competencia en Ramo siempre es bienvenida". Productos Ramo S.A., De acuerdo con un estudio sobre las 500 empresas más grandes del país, ocupa el puesto No. 369 como empresa más grande del subsector de productos alimenticios y bebidas. – Lo que representa Productos Ramo para el imaginario de los colombianos, es el que sustenta la posición de esta empresa en el mercado. – Perspectivas de internacionalización.

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas realizadas.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Tabla 4. Caracterización de las empresas de estudio desde el análisis del poder propuesto por Foucault

			LAS ESTRATEGIAS[3] DEL PODER		
Empresa	Sujetos actuantes	Sistema de diferenciaciones que le permiten a uno actuar sobre las acciones de los otros	Los tipos de objetivos perseguidos por aquellos que actúan sobre las acciones de los otros	Los medios que dan origen a las relaciones de poder	Formas de Institucionalización
Las Margaritas	La madre hereda a dos hermanos (hombre y mujer). Julio Ríos, actual dueño y heredero, se pelea con la hermana y continúa sólo con la empresa.	Diferencias entre hermanos por estatus del hijo frente a la madre. - Conocimientos y aptitudes.	- Ningún interés en el negocio por parte de la hermana. - Deseos de ayudar a su madre y sacar el negocio adelante.	- Relaciones asimétricas caracterizadas por: preferencias, celos, envidia.	El Estado, la familia.
Pastelería la Florida Ltda.	Eduardo Martínez compra el café el Florida a los hijos de José Granés. Muere Eduardo Martínez (2002) y quedan sus hijos, tres mujeres, Miriam, Elsa, Gladis y un hombre, Eduardo.	- Diferencias establecidas por el estatus ganado frente al padre. - Formación profesional (conocimientos y aptitudes)	- La continuidad de la empresa. - La acumulación de beneficios (económicos). - La conservación del estatus. - Los intereses de la mayoría, no de todos.	- Relaciones asimétricas en la familia y en la empresa. - Celos, envidia, pérdida de la confianza.	El Estado, la familia.
La Puerta Falsa	Los hermanos Sabogal (hombre y mujer). Dueños herederos de la Puerta Falsa	- Administran la empresa en distintas épocas del año. - Ejercen sus profesiones (Cosmetóloga y Arquitecto) cuando no están en la empresa.	- Administrar la empresa. - Invertir y obtener sus propios recursos. - Conservar la empresa.	- Existen problemas que se solucionan con el diálogo cordial y respetuoso. - Relaciones simétricas de confianza y respeto.	El Estado, la familia.
Productos Ramo S.A.	La mamá de don Rafael Molano, Doña Ana Luisa esposa de don Rafael.	- Conocimiento, visión estratégica.	- Proyección de la empresa en el mercado a nivel nacional e internacional. - Los intereses de todos por encima de los intereses particulares.	- Relaciones conflictivas como en toda familia, que se han superado. - Relaciones basadas en la confianza y el respeto.	El Estado, la familia

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas realizadas.

[3] Se puede llamar estrategia de poder a la totalidad de los medios que se ponen en operación para aplicar el poder efectivamente o para mantenerlo (Foucaul, 1991)

Por lo anterior,

Es importante señalar que, excepto las empresas Productos Ramo S.A. y Pastelería la Florida, las empresas las Margaritas y La puerta Falsa no están organizadas administrativamente. Sus dueños prácticamente se encargan de todo, excepto de la contabilidad que, para el caso de la Puerta Falsa, le pagan a un contador externo a la familia; pero, para el caso de las Margaritas, su dueño lleva el registro contable. Este aspecto llama la atención pues dado el número de años que llevan en el mercado, no ha habido un crecimiento significativo; no obstante, han superado durante mínimo tres generaciones no sólo los cambios que ha tenido la ciudad, sino los cambios que ha tenido el mercado; han generado clientes fieles pertenecientes a varias generaciones y han creado no sólo un nombre y un producto sino que se han convertido en símbolo de identidad de los bogotanos.

Las relaciones de poder en el campo de lo privado (herencia) son relaciones horizontales dado que involucran, de manera directa, a la familia, padre, madre, hermanos, hermanas. Dichas relaciones se tornan conflictivas en un campo de fuerzas en donde está en juego la continuidad de la empresa y el rol que cada uno de los miembros de la familia va a ocupar en ésta. Tales relaciones de poder se desarrollan en una lucha de atracciones y repulsiones motivadas por sentimientos como el amor, el dio, la ambición y el resentimiento, que se entrecruzan y ponen en riesgo las relaciones familiares. La dinámica del poder a nivel de lo privado, si no se controla y se toman decisiones inmediatas, termina por externalizarse y no sólo debilitar, sino dividir y terminar con la organización. Los conflictos internos, de orden horizontal, en las empresas de familia, se presentan cada vez que una nueva generación asume la responsabilidad de la empresa. Con esta afirmación no se quiere decir que no haya siempre conflictos, lo que se quiere afirmar es que los grandes momentos de inestabilidad que han tenido las empresas (caso Las Margaritas y la Florida) son los que involucran el paso de una a otra generación. La supervivencia de las mismas obedece a decisiones radicales como dar la parte que le corresponde a la hermana "problema" y romper con los lazos sentimentales que siempre los unieron.

La Puerta Falsa, cuya dueña acepta que existen problemas que han solucionado con el diálogo cordial y sincero, ha pasado de una a otra generación por testamento. Un testamento en el que, en caso de ser dos hermanos (como sucede actualmente), uno es dueño por los

primeros cuatro meses del año y el otro, por los cuatro últimos meses. Al ser dueños administran la empresa asumiendo gastos y ganancias. ¿Qué pasará con las siguientes generaciones que superan el número?, parte de la solución está en que los actuales dueños de la Puerta Falsa han apoyado a sus hijos e hijas a adquirir los restaurantes de la calle 11 donde se venden los mismos productos de la Puerta Falsa.

Productos Ramo S.A., es una empresa que crece cada vez más en un mercado en el que logró posicionarse con el pasar de los años al estar presente en los momentos más significativos de la vida de los colombianos. Su dueño fundador la gerenció durante cincuenta años; la existencia de políticas administrativas claras; la presencia de personas externas en la empresa como cabezas visibles; el involucramiento de la familia como empleados miembros de las junta directiva; las posibilidades de permanencia y ascenso de sus empleados; las estrategias de mercadeo, entre otros aspectos, son algunos de los factores que han traído a Ramo hasta hoy y la están impulsando hacia el futuro en mercados extranjeros.

Las empresas objeto del presente estudio coinciden en poseer un capital simbólico que les asegura cierta estabilidad y permanencia en relación con la competencia y aunque algunos de sus dueños se atreven a afirmar que no la tienen, terminan por reconocerla y considerar como fundamental su existencia, pues gracias a esa competencia han logrado innovar en muchos de sus procesos (caso Productos Ramo S.A.). La competencia les dinamiza el mercado, les genera inestabilidad y los lanza a tomar riesgos al ver involucrado su capital económico. El capital simbólico permanece en tanto en cuanto el capital económico no esté en riesgo. Esto significa que son empresas que han tenido, con el paso de los años, que asumir relaciones de poder en relación con la competencia, que ahora, les preocupa el futuro y la dinámica del mercado; que reconocen que si no tienen una proyección clara, pueden, muy a pesar del capital simbólico acumulado con los años, desaparecer.

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Las relaciones de poder de acuerdo con el tipo de organización administrativa pueden darse tanto en forma vertical como horizontal y a la vez, internas y externas. El tipo de relaciones se constituyen en

una lucha de fuerzas por tomas de posición dentro de la empresa y fuera de ella (en el espacio social y en el campo empresarial).

Los intereses personales, los deseos de poder, las envidias, los celos, son sentimientos que afloran en las relaciones familiares y que afectan la buena marcha de las organizaciones. El poder en este tipo de empresas se ejerce siempre sobre sujetos actuantes que no sólo buscan una posición en el interior de las organizaciones sino que, a la vez, compiten en el campo empresarial con su propio sistema de capitales por la toma de posición en el campo social y de mercado con la competencia; las relaciones de poder que se establecen son legitimadas puesto que los sujetos actuantes luchan en un campo de fuerzas con sus propias estrategias, ya sean éstas económicas, de privilegios (preferencias por parte del padre, de la madre o entre hermanos), por tradición familiar o por efectos de la palabra.

El desplazamiento consciente e inconsciente de formas de comportamiento de la casa a la organización genera relaciones asimétricas que terminan generando conflictos entre los miembros de la familia que conforman la conforman.

El trabajo en función de metas comunes mediante el ejercicio de prácticas administrativas ("nos unimos los tres hermanos para sacar la empresa adelante", caso Pastelería la Florida) es un ejemplo de legitimización del poder; lo mismo que los sistemas de diferenciación de las acciones de unos sobre otros (sujetos actuantes) legitimados por las instituciones (el Estado, la Familia) en el espacio social y que funcionan también, como estrategias de poder. En tal sentido, el ejercicio del poder en las empresas de familia objeto de estudio es un juego de estrategias entre los miembros que la conforman por mantener la posición o por ascender a otra. El heredero quiere heredar, lo que no significa que quiera conservar la empresa.

El campo de poder es un juego de relaciones de fuerza. Éste estará determinado por las organizaciones que ocupan una posición dominante. Las empresas objeto de estudio, son empresas pequeñas, que no participan en el campo de juego de las organizaciones que compiten en economías de escala como sí lo hacen las grandes y medianas empresas. Por ello, dadas las dificultades para enfrentar la creciente internacionalización, son empresas que no les interesa ocupar una posición de liderazgo en el campo y en el espacio social; son limitadas, exceptuando la empresa Productos Ramo S.A, por la innovación en los productos y por una lenta incorporación de nuevas tec-

nologías y presentan, a la vez, grandes dificultades para enfrentar una restructuración administrativa o un nuevo cambio generacional. Tales factores se dan por la prevalencia de lo familiar sobre lo empresarial.

Las personas encuestadas para el presente estudio manifiestan, excepto los herederos de La Puerta Falsa, que los mayores conflictos que se han llevado a cabo entre los miembros de la familia, han sido en el momento de la sucesión; razón por la cual, han determinado estrategias como nombrar una persona externa a la familia para que oriente su destino (caso Ramo, Pastelería la Florida,).

Gracias al dinamismo del poder, los conflictos nunca acaban; simplemente se detienen gracias a acuerdos temporales y contratos inestables que pueden ser transformados.

Si bien el protocolo familiar ayuda al proceso y a la continuidad generacional, éste también establece y trata temas de diversa índole, como normas de comportamiento, principios valores etc., se observa que hay una ausencia, excepto en la empresa Productos Ramo S.A., de este mecanismo y está poniendo en riesgo la relación entre los miembros; hay, por su ausencia, un aumento en los conflictos que no sólo son a nivel empresarial, si no que llegan a nivel personal y están ocasionando grandes daños que terminan por desaparecer la empresa o enajenarla a terceros.

Las empresas objeto de estudio, excepto, Productos Ramo S.A, carecen de los órganos de gobierno, (consejo de administración, asamblea de accionistas, consejo de familia), si bien alguna de las empresas estudiadas, Pastelería La Florida Ltda., cuenta con algunos niveles de dirección, no es suficiente y en ninguno de los casos reemplaza la función que cada órgano desempeña en cada sistema de la empresa familiar (familia, empresa y propiedad), así entonces todos los miembros de familia están involucrados en todas las situaciones de la empresa, por lo que es preciso que este instrumento esté conformado pues ayuda a separar las diferentes situaciones y que la solución a éstas estén orientados a beneficiar cada sistema de la empresa familiar.

Para terminar, la investigación que se ha realizado pudiera ser de fundamental ayuda, dada la novedad de las perspectivas teóricas empleadas y aplicadas, para el estudio, comprensión y caracterización de otras empresas en relación con el poder y el ejercicio del mismo

dentro del espacio social para, de esa manera, comprender su dinámica en el mercado, las dificultades que vencidas las llevan a alcanzar el éxito o en su defecto, las pudieran lanzar inevitablemente al fracaso.

6. BIBLIOGRAFÍA

BOURDIEU, P. (1995). *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*. Kauf, Thomas [Trad.] Barcelona: Anagrama.

_____ (1997). *Capital cultural, escuela y espacio social.* [Jiménez, I. Trad.]. México: siglo XXI editores s.a.

_____ (2003). *Las estructuras sociales de la economía*. Kauf, T. [Trad.]. Barcelona: Anagrama.

CALVEIRO, P. (2005). *Familia y poder*. Buenos Aires: Araucaria, S.A.

FOUCAULT, M. (2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones.* (M. Morey, Trad.) Madrid, Alianza.

FOUCAULT, M. (1991). El sujeto y el poder. Precedido por tiempo y espacio en el discurso de Michel Foucault. Gómez, C. & Ochoa, J. [Trad.] Bogotá: Carpe Diem Ediciones.

ORTEMBERG, O. (2006) .Mediación de empresas familiares. Barcelona: Gedisa.

SALA, A. (2009). *Secretos de familia. Las guerras del poder*. Barcelona: Masterclass.

FUENTES DE INTERNET

ENGELS, F. (2004). El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Documento en línea. Ecuador: Comité Provincial de Sucumbíos del PCMLE. http://www.pcmle.org/an40/origen%20%20la%20familia.pdf [Consultado el 18 de mayo de 2011]

Modelos organizacionales de fusiones y adquisiciones de creación de valor estratégico basados en el cambio

Organizational models of mergers and acquisitions for strategic value creation based on the change

Jorge COLVIN DÍEZ
Universidad Antonio de Nebrija. Madrid
jorge.calvin@gmail.com

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 92-104)
Fechas: Entrada: 22-03-2013; Aceptado: 22-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El presente artículo trata de profundizar en los diversos modelos organizacionales de fusiones y adquisiciones orientados a la creación de valor estratégico basados en el cambio organizacional y, en particular, en el modelo organizacional de mayor creación de valor estratégicamente hablando: el modelo organizacional "simbiótico".

Son pocos los autores que han analizado los diversos modelos organizacionales que se fundamentan tanto en el cambio organizacional como en la vertiente estratégica. Aún menos los modelos organizacionales evolutivos enfocados a la creación de valor estratégico y, más en concreto, aplicado a la creación de valor estratégico en fusiones y adquisiciones. Dentro del cambio organizacional que existe en cada integración, este artículo pretende "abrir una puerta" a una mayor profundización del mundo de las fusiones y adquisiciones desde una óptica de creación de valor estratégico.

PALABRAS CLAVE

Modelos organizacionales, cambio, fusiones y adquisiciones, creación de valor.

ABSTRACT

This article attempts to explore the various organizational models of mergers and acquisitions for strategic value creation based on the organizational change and, in particular, on the organizational model of the most value creation: the "symbiotic" organizational model.

Few authors have analyzed the different organizational models that are based both on organizational change and strategic aspect. Even fewer organizational evolutionary models focused on creating strategic value and, more specifically applied to creating strategic value through mergers and acquisitions. Within the organizational change that exists in each integration, this article aims to "open a door" to a further deepening of the world of mergers and acquisitions from the perspective of value creation.

KEY WORDS

Organizational models, change, mergers and acquisitions, value creation.

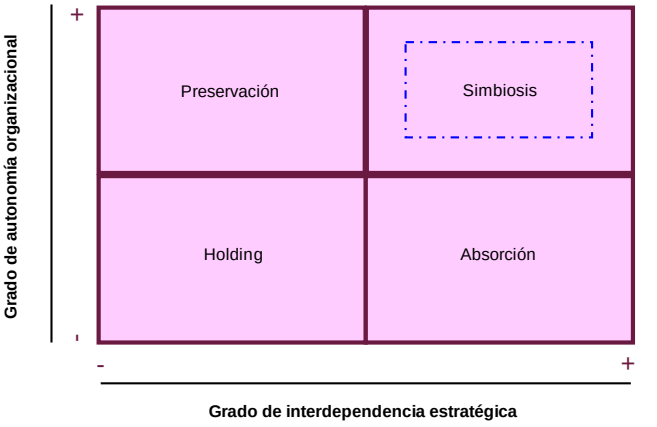
Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. MODELOS ORGANIZACIONALES BASADOS EN LA CREACIÓN DE VALOR ESTRATÉGICO EN FUSIONES Y ADQUISICIONES

Pocos autores han analizado los diferentes modelos organizacionales desde el punto de vista del cambio organizacional de la organización adquirente así como sus implicaciones estratégicas en las fusiones y adquisiciones[1].

Por otra parte, en las fusiones y adquisiciones, el momento en el que existe un cambio organizacional es en la fase de integración de la organización adquirente. De hecho, los primeros en realizar estudios empíricos del proceso del cambio organizacional en la fase de integración fueron Haspeslagh y Jemison (1991). Es por ello por lo que partiremos de su clasificación para profundizar en cada tipo de modelo organizacional y, en particular, el modelo de cambio organizacional de mayor impacto: el modelo organizacional "simbiótico".

Figura 1: Modelos organizacionales
en la creación de valor en fusiones y adquisiciones



Fuente: Haspeslagh y Jemison (1991)

[1] Por ejemplo, Marks y Lee Mirvis (2010) clasifica en cuatro modelos organizacionales estratégicos según el estado final tras la integración; Galpin y Herndon (2008) en función del nivel de integración necesario para el cumplimiento de los objetivos (integración total, moderada o mínima); o Murray y Richardson (2002), basado en el grado de interdependencia estratégica de la integración.

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

Absorciones

Según Haspeslagh y Jemison (1991), las adquisiciones de absorción son aquellas donde necesitan de un alto grado de interdependencia pero una baja autonomía organizacional para crear el valor esperado. Por tanto, este tipo de integración implica una total consolidación de las operaciones, organización y cultura de ambas organizaciones. Este tipo de integraciones generan bastante tiempo, ya que la visión de la empresa adquirente tiene que hacer que la empresa adquirida la comparta, especialmente cuando hay culturas diferentes.

Desde el punto de vista del estado final, Lee Marks y Mirvis (2010) señalan que este tipo de modelo organizacional es el caso donde la empresa adquirida es absorbida por la empresa adquirente y unida a su cultura organizacional[2]. La empresa adquirente, con frecuencia, trae a su equipo directivo y delimita las relaciones a nivel de procesos, sistemas y reporte con la empresa adquirente. Suele ser muy habitual en fusiones horizontales de la industria aeroespacial como la absorción de Delta a Northwest.

Un ejemplo del modelo organizacional de absorción son las políticas de adquisiciones de Cisco en 125 compañías adquiridas desde 1993 definidas por su consejero delegado, John Chambers[3] (Lee Marks y Mirvis, 2010):

- ✓ La empresa adquirida tiene que compartir una visión complementaria de la industria y el producto;
- ✓ La empresa adquirida tiene que tener una cultura compatible;
- ✓ La adquisición debe generar valor a corto plazo para los accionistas;
- ✓ La adquisición debe producir valor a largo plazo a los principales grupos de interés[4];
- ✓ La localización física de la empresa adquirida debe geográficamente estar cerca de las oficinas de Cisco.

[2] Por ejemplo, el modelo de adquisiciones de Cisco y GE Capital.

[3] Basado en las investigaciones de Lee Marks y Mirvis (2010).

[4] En concreto, accionistas, empleados, clientes y socios de negocio.

Desde el punto de vista del nivel de integración necesario para el cumplimiento de los objetivos definidos por Galpin y Herndon (2008)[5], en este modelo organizativo de absorción es donde se ubicaría la tipología de integración total definida por estos autores, donde todas las áreas y procesos de la compañía son susceptibles de fusión y consolidación. De hecho, todas las decisiones de gestión dirigidas al negocio adquirido serán integradas en los procesos de la empresa adquirente a través de la transmisión y revisión de conocimiento de "mejores prácticas";

Preservación:

Según Haspeslagh y Jemison (1991), en la preservación hay un alto grado de autonomía y una baja necesidad de interdependencia estratégica entre las organizaciones para crear el valor esperado. En este caso, la función principal de la dirección es mantener intacta la fuente de los beneficios de la empresa adquirida, ya que toda integración genera siempre una erosión de prácticas, gestión, e incluso de motivación. Las necesidades de interdependencia estratégica son bajas en las adquisiciones de preservación y ello, a veces, puede ser complicado de cumplir por la organización adquirente. El enfoque de la organización adquirente en este caso es considerar a la organización adquirida un brazo más de la organización adquirente, más allá de las áreas específicas en las que lógicamente son interdependientes[6]. De esta manera, la organización adquirente tiene como misión la de "nutrir" de las necesidades que necesite la empresa adquirida para que, cuando se integre dentro la organización como una unidad de negocio más, llegue a autofinanciarse. Fruto de estas interacciones, se genera una dinámica positiva en el equipo de gestión de la empresa adquirida al obtener los recursos que necesita, se va generando un aprendizaje organizacional en la propia base de negocio de la organización adquirente, así como puede suponer una plataforma de lanzamiento para futuras adquisiciones en este tipo de áreas. Por ejemplo, la entrada de BP en el negocio de la nutrición alimenticia.

Desde el punto de vista del estado final, Lee Marks y Mirvis (2010) señalan que este modelo organizacional es el caso donde la

[5] Asimilando a lo que llaman integración total.

[6] Por ejemplo, los departamentos corporativos financieros que señalan unas determinadas directrices con el objeto de compartir el riesgo financiero o determinadas políticas de gestión de recursos humanos (políticas formativas, por ejemplo).

empresa adquirida hace frente a un escaso grado de integración, manteniendo la forma de hacer negocios. Este aspecto suele ser estratégicamente deseable en compañías diversificadas que promocionan el pluralismo cultural entre sus unidades de negocio y las adquisiciones son una forma de preservar y construir un capital social y humano dentro de la organización. Para ello, la empresa adquirente protege a la empresa adquirida de las "intrusiones" del *staff* corporativo y minimiza la confrontación de las prácticas y sistemas entre ambas organizaciones. Las sinergias estratégicas[7] se generan del "intercambio" entre personas de ambas organizaciones así como la puesta en común de programas de trabajo conjuntos.

Desde el punto de vista del nivel de integración necesario para el cumplimiento de los objetivos definido por Galpin y Herndon (2008)[8], en este modelo organizativo de preservación es donde se ubicaría la tipología de integración mínima definida por estos autores, donde solamente determinadas funciones corporativas y de recursos humanos serán fusionadas y consolidadas, con el fin de lograr una sinergia en la planificación y gestión de la plantilla así como una mayor eficiencia de costes. Todas las decisiones estratégicas y aquellas que son relativas a las operaciones diarias continuarán siendo autónomas y descentralizadas, estableciendo procedimientos de información con la compañía matriz.

***Holding*:**

Según Haspeslagh y Jemison (1991), en el *holding,* la organización adquirente no tiene ninguna intención de integrar y crear valor por la integración, excepto las relativas a "transferencias" de valor financiero, compartir riesgos o apoyar a la organización adquirida con las capacidades de dirección general de la organización adquirente. Es, por tanto, básicamente una actividad de *holding*.

Desde el punto de vista de la función del nivel de integración necesario para el cumplimiento de los objetivos definido por Galpin y Herndon (2008)[9], en este modelo organizativo de *holding* es donde se ubicaría la tipología de integración moderada definida por estos auto-

[7] Creación de valor estratégico.

[8] Asimilando a lo que llaman integración total.

[9] Asimilando a lo que llaman integración total.

res, donde ciertas funciones o procesos clave[10] deberán ser fusionados y consolidados[11]. Aunque la planificación estratégica y el seguimiento de la función serán centralizados como parte de los procesos de la organización adquirente, las operaciones diarias continuarán llevándose a cabo de una manera independiente.

Murray y Richardson (2002), basándose en Haspeslagh y Jemison (1991), exponen un ejemplo en la compañía Textron. De hecho, ésta solamente hace adquisiciones estratégicas si: las potenciales organizaciones adquiridas son amistosas (incluidas las negociaciones); éstas se encuentran en industrias específicas donde los ejecutivos corporativos comprenden bien su negocio[12]; son líderes en sus mercados; no superan más del 20% del total de portafolio de inversiones corporativas de negocio en términos de activos e ingresos; así como que Textron pueda incorporar su equipo de dirección en la propia organización adquirida.

Otro ejemplo es la compañía *Cheung Kong (Holdings) Limited* (Datamonitor, 2012). CKL es un conglomerado multinacional situado en Hong-Kong con una facturación de 5.438,9 millones de dólares en el ejercicio 2011. Esta organización es uno de los principales promotores en el área residencial, comercial e industrial de Hong-Kong. Sin embargo, se ha establecido en otros negocios con el objetivo de crecer en ingresos, dotándoles de una gran autonomía bajo una estricta política de inversiones. De hecho, CKL está presente en biotecnología, distribución y transmisión de electricidad, servicios de consultoría de ingeniería y ciencias medioambientales. Según Datamonitor (2012), el objetivo de la presencia en varios segmentos de negocio permite generar un cauce de ingresos diversificados de múltiples sectores reduciendo el riesgo financiero de su *holding*.

Simbiosis:

Las adquisiciones "simbióticas" requieren de unas altas necesidades de interdependencia estratégica y de autonomía organizacional para crear valor estratégico. En las adquisiciones simbióticas las dos

[10] Por ejemplo, marketing y ventas o producción.

[11] Por ejemplo, la búsqueda de financiación conjunta o la diversificación de riesgos financieros.

[12] Por ejemplo, industrias cuyo valor y riesgos son intangibles, como es el caso de la alta tecnología o organizaciones de prestación de servicios profesionales.

organizaciones coexisten primero y gradualmente van incrementando su interdependencia estratégica. Estas adquisiciones necesitan simultáneamente de "barreras" de preservación y de "permeabilidad". Para que "triunfe" la simbiosis, ambas organizaciones deben aceptar las cualidades "originales" de la otra. Debido a que es el modelo organizacional más complejo y a la vez de mayor creación de valor, vamos a analizarlo más detenidamente en el epígrafe siguiente.

2. MODELOS ORGANIZACIONALES "SIMBIÓTICOS" DE CREACIÓN DE VALOR EN LAS FUSIONES Y ADQUISICIONES

Han surgido diversos estudios de organizaciones "simbióticas" como las investigaciones de Banerjee y Campbell (2009), Dolz y Iborra (2005) o Angwin (2004). Sin embargo, este término, desde el enfoque de intercambio de recursos entre ambas organizaciones que generan un modelo organización completamente nuevo, fue inicialmente analizado por Haspeslagh y Jemison (1991).

Las adquisiciones simbióticas se presentan como una relación de dependencia mutua entre la organización adquirida y adquirente, que encara una nueva evolución organizacional dentro del entorno (Sánchez *et al.*, 1996), así como una combinación de recursos complementarios que generan nuevas capacidades estratégicas específicas debido a la interactuación de éstas.

Estas adquisiciones generan una redefinición de los modelos de negocio de ambas organizaciones, más allá de las fronteras de negocio, entrando en nuevas reglas donde la demanda es creada en vez de obtenida mediante la lucha contra la competencia (Kim y Mauborgne, 2005). El máximo estandarte de la creación de valor en este tipo de modelos organizaciones es la "innovación de valor" definida por Kim y Mauborgne (1999) en la descripción de los "Océanos azules"[13]. Innovar en valor implica dar un salto cualitativo que abre

[13] Por ejemplo, el Circo del Sol. El Circo del Sol combina el espectáculo de Broadway con el circo tradicional. Elimina aspectos de la propuesta de valor que no son apreciados por el cliente (por ejemplo, al sustituir los animales por actores vestidos de animales), mantiene aquellos aspectos que son percibidos positivamente por el cliente (por ejemplo, mantener la tienda del circo) o aumenta lo que crea valor en el cliente (por ejemplo, las conversaciones de los payasos).

un espacio nuevo y desconocido en el mercado, donde la competencia se torna irrelevante, pues las reglas del juego no han sido fijadas[14]. La "innovación de valor" supone una ruptura de la estrategia, combinando la diferenciación en valor[15] con la diferenciación en menores costes, mediante: la creación de valor de lo que realmente valora el cliente; la eliminación aquellos factores que la industria ha competido durante gran parte del tiempo pero que ya no aportan valor[16]; el aumento de aquellas fuerzas que impulsan a la industria existente a crear clientes; y la reducción de determinados servicios o productos dentro de la propuesta de valor al cliente que están excesivamente "pulidos" y que producen un "sobre-servicio" que el cliente no valora.

En conclusión, el resultado de una organización simbiótica es una nueva forma de funcionar que combina, tanto la intención estratégica (Hamel, 1996) como el "movimiento" empresarial (Schumpeter, 2007)[17].

BIBLIOGRAFÍA

ANGWIN, D. (2004). <<The managing executive in post-acquisition management>>. Advances in Mergers & Acquisitions, Volumen 3, n.º 1.

ARGYRIS, C.; SCHOEN, D.A. (1978). Organizational learning. Estados Unidos de América: Addison-Wesley.

[14] Surgen multitud de ejemplos analizados, como Nestlé cuando inventó el café Nespresso en la década de los 70 (Miller y Kashani, 2003) o el caso Ikea en la década de los 50. De todas maneras, obsérvese que, según los comentarios realizados anteriormente por otros pensadores sobre la estrategia Océano azul, consideran que no siempre están exentos de riesgos empresariales, tanto desde el punto de vista de su "apuesta organizacional", moviendo todo el engranaje de la organización en esta orientación estratégica, como en la posibilidad de ser sobrepasados por un competidor más potente y preparado.

[15] Y, consecuentemente, un mayor precio al cliente.

[16] E incluso pueden llegar a disminuir el valor al comprador.

[17] Y que hemos denominado cambio organizacional.

BAIN, J.S. (1968). Industrial organization. Estados Unidos de América: Wiley.

BANERJEE, P.M.; CAMPBELL, B. (2009). <<Inventor Bricolage and firm technology Research and Development>>. R&D Management, Volumen 39, n.º 1.

BARNEY, JB. (1991). <<Firm resources and sustained competitive advantage>>. Journal of Management, Volumen 17, n.º 1.

BOEKER, W.P. (1988). Organizational origins: Entrepreneurial and environmental imprinting at the time of founding. Ecological models of organization. Reino Unido: Ballinger.

CHANDLER, A.D. (1962). Strategy and structure: chapters in the history of American industrial enterprise. Reino Unido: MIT Press.

CHILD, J. (1997). <<Strategic choice in the analysis of action, structure, organizations and environment: Retrospect and prospect>>. Organization Studies, Volumen 18, n.º1.

CYERT, R.M.; MARCH, J.G. (1963). A behavioral theory of the firm. Estados Unidos de América: Prentice-Hall.

DATAMONITOR. (2012). Cheung Kong (Holdings) Limited. Estados Unidos de América: MarketLine, a Datamonitor business.

DONALDSON, L. (1985). <<Organization design and the life-cycles of products>>. Journal of Management Studies, Volumen 22, n.º 1.

DIMAGGIO, P.J.; POWELL, W.W. (1991). The new institutionalism in organizational analysis. Estados Unidos de América: University of Chicago Press.

DOLZ, C.; IBORRA, M. (2007). <<El papel del conflicto en la exploración y explotación de conocimiento en las adquisiciones>>. Management, Volumen 10, n.º 1.

GALPIN, T.J.; HERNDON, M. Guía completa sobre fusiones y adquisiciones: herramientas para conseguir una integración a cualquier nivel en casos F&A. España: Ediciones Díaz de Santos.

GRETHER, E.T. (1970). <<Industrial organization: Past history and future problems>>. American Economic Review, Volumen 60, n.º 2.

HANNAN, M.T.; FREEMAN, J. (1977). <<The population ecology of organizations>>. American Journal of Sociology, Volumen 82, n.º 5.

HEDBERG, B. (1981). How organizations learn and unlearn. Handbook of organizational design. Reino Unido: Oxford University Press.

KIM, W.C.; MAUBORGNE, R. (1999). <<Strategy, Value Innovation and the Knowledge Economy>>. Sloan Management Review, Volumen 40, n. º 3, pp. 41-54.

KIM, W.C.; MAUBORGNE, R. (2005). <<Blue Ocean Strategy: From Theory to Practice>>. California Management Review, Volumen 47, n.º 3.

KIM, W.C.; MAUBORGNE, R. (2005). Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market and Make the Competition Irrelevant. Estados Unidos de América: Harvard Business School Publishing Corporation.

KHANDWALLA, P.N. (1977). The design of organizations. Estados Unidos de América: Harcourt Brace Jovanovich.

LEE MARKS, M.; MIRVIS, P.H. (2010). Joining Forces : Making One Plus One Equal Three in Mergers, Acquisitions, and Alliances (2ª Edición). Estados Unidos de América: Jossey-Bass.

LANT, T.K. (1992). <<Aspiration level updating: An empirical exploration>>. Management Science, Volumen 38, n.º 1.

LIEBERMAN, M.B.; MONTGOMERY, D.B. (1998). <<First-mover (dis)advantages: Retrospective and link with the resource-based view>>. Strategic Management Journal, Volumen 19, n.º 1.

MAHONEY, J.T.; PANDIAN, J.R. (1992). <<The resource-based view within the conversation of strategic management>>. Strategic Management Journal, Volumen 13, n.º 1.

MASON, E.S. (1959). The corporation in modern society. Reino Unido: Harvard University Press.

MEIER, O. (2012). Intention, mouvement et innovation stratégique dans le cas de fusions acquisitions. Francia: Gestion 2000.

MILLER, J.; KASHANI, K. (2003). <<Innovation and Renovation: The Nespress story>>. IMD Case Study, n.º #IMD046.

MURRAY, E.J.; RICHARDSON, P.R. (2002). Fast Forward : Organizational Change in 100 Days. Reino Unido: Oxford University Press.

NELSON, R.R.; WINTER, S.G. (1982). An evolutionary theory of economic change. Reino Unido: Harvard University Press.

ROMANELLI, E.; TUSHMAN, M.L. (1994). <<Organizational transformation as punctuated equilibrium: An empirical test>>. Academy of Management Journal, Volumen 37, n.º 1.

SELZNICK, P. (1957). Leadership in administration. Estados Unidos de América: Harper & Row.

THOMPSON, J.D. (1967). Organizations in action. Estados Unidos de América: McGraw-Hill.

TOLBERT, P.S. (1985). <<Institutional environments and resource dependence: Sources of administrative structure in institutions of higher education>>. Administrative Science Quartely, Volumen 30, n.º 1.

PFEFFER, J. (1993). <<Barriers to the advance of organization science: Paradigm development as a dependent variable>>. Academy of Management Review, Volumen 18, n.º 4.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G.R. (1978). The external control of organizations: A resource dependence perspective. Estados Unidos de América: Harper and Row.

PORTER, M.E. (1980). Competitive Strategy. Estados Unidos de América: Free Press.

PORTER, M.E. (1996). <<What Is Strategy?>>. Harvard Business Review, Volumen 74, n.º 6, pp. 61-78.

SANCHEZ, P. et al. (1996). Dynamics of competence-based competition. Estados Unidos de América: Pergamon Press.

SCHUMPETER, J. (2007). Prophet of Innovation: Joseph Schumpeter and Creative Destruction. Estados Unidos de América: McGraw-Hill.

WILLIAMSON, O.E. (1979). <<Transaction cost economics: The governance of contractual relations>>. Journal of Law and Economics, Volumen 22, n.º 2, pp.

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Dossier:

Los malos tratos hacia las personas mayores

Los malos tratos hacia las personas mayores

Coordinadoras

Gema PÉREZ ROJO

Alejandra CHULIÁN HORRILLO

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41.
Junio de 2013 (pp. 106-109) ISSN: 2254-724X

El dossier número 41 de la revista Sociedad y Utopía está dedicado a diferentes aspectos que pueden afectar a las personas mayores como es una imagen social distorsionada de la vejez que puede desencadenar situaciones de malos tratos; así como políticas de actuación que se están desarrollando en estos momentos para mejorar su calidad de vida y fomentar el desarrollo de buenas prácticas.

El hecho de tener que dedicar un dossier al fenómeno de los malos tratos hacia las personas mayores es debido a diferentes razones.

Por un lado, se trata de un complejo problema social con graves consecuencias para las personas mayores, las personas que les rodean y para la sociedad en general que exige tanto su análisis como el desarrollo de actuaciones que ayuden a resolver estas situaciones. Es importante hacer visible la presencia de este tema en nuestro entorno social, ya que a pesar de que no es un problema nuevo, continúa estando oculto tanto para la sociedad en general como para los profesionales que atienden a personas mayores en particular.

La violencia puede ser dirigida hacia diferentes grupos de población (por sexo, raza, religión, edad, etc); sin embargo, la atención que se le ha prestado ha sido desigual, tanto en el ámbito académico como en el no académico. Por ejemplo, alrededor de los años 60, comienza a investigarse la problemática de la violencia infantil y desde entonces hasta ahora existe una gran sensibilización y concienciación al respecto, se ha trabajado mucho tanto en la detección, como en la prevención e intervención. Posteriormente, en los años 70 el énfasis de estudio sobre la violencia se centra en la violencia de género, y, al igual que en el caso anterior, hoy en día tenemos mucha información y formación al respecto, así como leyes, normas, recursos, etc. Pero, en el caso de los malos tratos hacia las personas mayores, la primera vez que se trata públicamente es en el Reino Unido en el año 1975 con una carta al director en una revista médica titulada "Granny battering".

No es hasta el año 1995 cuando se promulga la definición más aceptada de los malos tratos hacia las personas mayores por Action on Elder Abuse, acuñada por la Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos a Personas Mayores (INPEA) y ratificada por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Toronto del 2000. En ese mismo año, durante la II Asamblea Mundial del envejecimiento (Madrid, 2002) se trató explícitamente la cuestión de los

malos tratos a los mayores. Concretamente, en el punto 107 de la cuestión 3 se señala que "*es necesario que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de los encargados, profesionales o no, de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales*". Desde ese momento se han puesto en marcha diferentes estrategias y actuaciones dirigidas a la sensibilización y concienciación, la detección, la prevención e intervención tanto a nivel nacional como internacional. De este modo, otra de las razones por las que se publica este dossier es precisamente porque los artículos que incluye ayudan a favorecer la sensibilización y concienciación respecto a esta cuestión.

Por otro lado, los malos tratos hacia las personas mayores no ocurren única y exclusivamente dentro de la familia, sino que están presentes en diversos ámbitos, como los medios de comunicación, instituciones, sociedad, etc. Su presencia en distintos contextos se debe a diferentes causas (individuales, interpersonales, sociales, culturales, etc), cuyo análisis ayudará a la prevención e intervención ante este tipo de situaciones. Una de las posibles causas es la pérdida del valor social de las personas mayores y los estereotipos negativos asociados al envejecimiento; creencias y actitudes negativas que conducen a la discriminación basada en la edad o al edadismo. Es por ello, que con este dossier se pretende mostrar una imagen real de las personas mayores que nos ayuden a identificar dichos estereotipos para poder comenzar a trabajar en su eliminación.

La temática tratada en este dossier es muy variada. En principio, se describen las características del envejecimiento en España y Europa, así como las diferentes formas de envejecer y la gran variabilidad existente entre las personas mayores, haciendo hincapié sobre una de esas formas, el envejecimiento activo, cuyas consecuencias positivas (por ejemplo, observadas en su influencia al cuidar de los nietos) inducen a los gobiernos a adoptar medidas que ayuden a incentivarlo y prevenir la dependencia. A continuación se trata el tema de los malos tratos hacia las personas mayores incluyendo aspectos más teóricos y conceptuales que ayuden a entender dicha problemática, para posteriormente analizar con mayor detalle algunas cuestiones relacionadas con la misma, como el lenguaje utilizado con las personas mayores, la infantilización en el trato, el uso de restricciones físicas y químicas, la imagen sesgada por los medios de comunicación, etc. Además se incluyen algunas intervenciones que se han llevado a cabo o se están realizando en diferentes ámbitos (familiar, comunitario, institucional) tanto a nivel nacional como internacional. También se

analizan algunas estrategias que pueden ayudar a la eliminación de situaciones de malos tratos hacia las personas mayores, como el papel de los cuidadores y las políticas de intervención centradas en la persona. Finalmente se muestran los aspectos éticos que favorecen el buen trato.

Las coordinadoras de este dossier esperamos que el material incluido les sirva, por un lado, para reflexionar sobre este tema y, por otro lado, como punto de inicio para la puesta en marcha de buenas prácticas.

Envejecer en España y en Europa

Ageing in Spain and Europe

Dra. Carme TRIADÓ
Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona
ctriado@ub.edu

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Mayo de 2013 (pp. 110-126)
Fechas: Entrada: 18-03-2013; Aceptado: 22-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El estudio que se presenta pretende dar una visión del envejecimiento en España y en Europa a partir de datos demográficos, y de características del estado de salud, económicas y sociales, y de cómo los gobiernos gestionan e intervienen para mejorar la calidad de vida de los mayores

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, demografía, salud, intervención, dependencia

ABSTRACT

The following research provides an overview of aging in Spain and Europe based on data on demographics, health, economic and social status characteristics and on how governments manage and intervene to improve the quality of life for the elderly.

KEY WORDS

Aging, demography, health, intervention, dependence

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

INTRODUCCIÓN

Una de las tendencias demográficas más sólidas en las sociedades desarrolladas es el progresivo envejecimiento de la población, ello es debido a la mejora de la esperanza de vida y al descenso de la natalidad, por lo que el peso relativo de las personas mayores aumenta. Tradicionalmente los estudios sobre la vejez y el envejecimiento se han centrado en los problemas que acontecen en el proceso de envejecer, si lo enfocamos desde una perspectiva individual la preocupación se centra en prevenir i/o intervenir en las pérdidas de salud y autonomía para mejorar el bienestar de los mayores. Desde un punto de vista social el interés se centra en aspectos como el impacto del envejecimiento de las poblaciones de los países desarrollados en el mercado laboral o en el sostenimiento de los sistemas de protección social (Villar, 2012).

Si el incremento de personas mayores aumenta también es cierto que un buen número de personas mayores tiene buena salud y puede acumular competencias y ganancias en edades muy avanzadas, lo que hoy día llamamos envejecimiento con éxito o envejecimiento activo, que implica no solo asociar envejecimiento a declive sino también explotar las potencialidades y competencias de los mayores.

El año 2012 ha sido el año Europeo del envejecimiento activo, cuyo objetivo ha sido manifestar la importancia que se da al buen envejecer, partiendo de sugerencias y puesta en marcha de actividades que se realizan en Europa para potenciar este buen envejecer.

El objetivo del presente artículo es dar a conocer el estado actual de la vejez en España y en Europa, presentado los datos demográficos y las características del estado de salud, económicas y sociales, así como las políticas llevadas a cabo por los gobiernos para prevenir los problemas pero también para incentivar el envejecimiento saludable, satisfactorio y productivo de los mayores. Estos conceptos son diferentes maneras de abordar la perspectiva positiva de la vejez, y el que ha tenido mayor proyección es el de "envejecimiento activo", la ONU lo define como "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para promover la calidad de vida a medida que se envejece" (WHO, 2002)

Europa envejece de forma progresiva y rápida lo cual repercute en las estructuras sociales, económicas y culturales. España es uno

de los países con nivel más alto de esperanza de vida, gracias a las mejoras sanitarias y sociales que se han desarrollado en las últimas décadas y actualmente uno de los países pioneros en materia de envejecimiento activo. Participamos activamente con la ONU en la organización de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, y en la organización de la Conferencia Ministerial de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas (CEPE) sobre envejecimiento celebrada en León en el año 2007. Como queda constatado en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (IMSERSO, 2011), de esta última conferencia se deriva la Declaración Ministerial de León, que recoge una serie de compromisos de los gobiernos de los países miembros de la CEPE para avanzar en materia de envejecimiento. Entre otras actuaciones, esta Declaración Ministerial promueve las destinadas a la prevención y atención de la salud, a fomentar el envejecimiento activo, la participación social y la educación a lo largo de la vida.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Según el padrón del INE de 2012, el 1 de Enero de 2012 había en España 8.221.047 personas mayores, 17,4 % del total de la población (47.212.990) y sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios que ahora representan el 5,3% de la población (Abellán y Ayala, 2012)

En la vejez predomina el sexo femenino, con un 35% más de mujeres que de hombres, por lo que podemos hablar de feminización de la vejez, debido a una mortalidad diferencial, mayor entre los hombres. Desde principios del siglo XX, con 93 varones por cada cien mujeres de edad, se observó un aumento de la diferencia entre sexos, siendo cada vez más numerosas las mujeres. Esta tendencia se acentuó en los años 40 y se mantuvo entre 70 varones de edad por cada 100 mujeres en las décadas de los cincuenta a los noventa, momento en que el descenso de mortalidad masculina, mayor que la femenina, esta conduciendo a una recuperación del equilibrio global entre sexos, 74 varones por cien mujeres en 2010, con estimaciones al alza a lo largo de todo el siglo XXI (IMSERSO, 2012)

Andalucía, Cataluña y Madrid, son las comunidades con mayor número de personas mayores. En datos relativos Castilla y León, Asturias y Galicia son las que presentan proporciones más altas de personas mayores.

Alemania, Italia, Francia, Reino Unido son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores, como corresponde también a los países más poblados. Alemania, Italia, Grecia y Suecia son los países más envejecidos en cifras relativas (Abellán y Ayala, 2012)

Desde 1960 todos los países europeos han incrementado su esperanza de vida siendo en España muy destacada. En 2009 la esperanza de vida era de 81,6 años (IMSERSO, 2012)

Las tendencias demográficas en esperanza de vida, tanto en España como en Europa tienen impacto en el mercado de trabajo, en el crecimiento económico, y .en los sistemas de protección social. Por todo ello es necesario proceder a una revisión de las políticas de envejecimiento, la Unión Europea aconseja hacer esta revisión.

CARACTERÍSTICAS DE ESTADOS DE SALUD

Los avances de la medicina sobre las enfermedades de la vejez, así como los factores de riesgo asociados y las conductas que protegen la salud permiten afirmar que hay un mejor estado de salud de las personas mayores.

En la vejez la buena salud es sinónimo de autonomía e implica poder ejercer control y mantener una vida independiente.

A medida que aumenta la edad el riesgo de sufrir enfermedades crónicas se intensifica. La presencia de estas enfermedades puede conllevar a la disminución de la calidad de vida y de la dependencia. La dependencia es un fenómeno multicausal, con factores biológicos y también psicológicos. Los comportamientos sobreprotectores por parte de la familia y los estereotipos de la sociedad pueden conducir a un exceso de incapacidad. La salud tiene un efecto sobre el estado emocional, pero parece que, en comparación con los jóvenes, las enfermedades crónicas tienen menor impacto emocional referido a un sentimiento de temor, ira o vergüenza.

Respecto a la relación entre capacidad funcional y enfermedad diversos estudios demuestran que determinados problemas físicos son importantes indicadores de discapacidad. La salud puede interferir en la cognición ya que algunos de los cambios cognitivos en la edad avanzada se relacionan con un deterioro de la salud. Cuando comparamos las puntuaciones en test de inteligencia de mayores

entre mayores sanos y mayores afectados por enfermedades crónicas, estos obtienen sistemáticamente rendimientos menores (Hulsss-tsch, Hammer y Small, 1996).

Entre estas enfermedades crónicas, destaca el efecto negativo que tiene la presencia de enfermedades cardiovasculares y óseo-articulatorias. El efecto de las primeras puede incluso ser directo, ya que el buen estado del sistema circulatorio es crítico para el mantenimiento de las estructuras y funciones cerebrales que soportan las capacidades intelectuales. Ambos tipos de enfermedades tienen también un efecto indirecto ya que pueden modificar el estilo de vida con pérdida de actividad y agilidad , lo que puede suponer mayores dificultades para obtener estímulos intelectuales y una menor velocidad a la hora de realizar tareas motoras, que están implicadas en algunas pruebas de inteligencia (Hultsch, Hammer y Small, 1996).

Los mayores en España suponen el 39,9% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas que todo el resto de la población. El patrón de mortalidad de la población española está determinado por las causas de muerte de los mayores. El 83,75% de todos los fallecidos en España son personas de edad. La principal causa de muerte de los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio. La segunda causa de muerte es el cáncer y en tercer lugar, pero a distancia, las enfermedades respiratorias. En la encuesta del ENS (2006) el 39,7 % de los mayores percibe su salud como buena o muy buena. La tasa de discapacidad también crece con la edad, a los 80 años, más de la mitad de los españoles tiene problemas para actividades de la vida cotidiana (Abellán y Ayala, 2012)

La valoración del propio estado de salud viene condicionada por las enfermedades que se han padecido, pero también por las características personales y otras razones socioeconómicas o residenciales.

La incentivación que tanto en España como en los países de la Unión Europea se está haciendo del "envejecimiento activo", comporta una revisión del estado de salud para fomentar los estilos de vida, y el envejecimiento activo, ya que los datos empíricos prueban la existencia de una gran plasticidad a lo largo de la vejez (Baltes y Willis, 1982).

Vivir un envejecimiento activo requiere ser protagonista de la propia vida y estar presente en todo lo que sucede a nuestro alrede-

dor, lo que permite mantener la capacidad de ser útiles y desarrollar la convivencia y la solidaridad.

También es posible disminuir la frecuencia e intensidad de la dependencia. La actuación sanitaria, la prevención, el control, el adecuado manejo de enfermedades y la recuperación de la función perdida, son las medidas necesarias para disminuir esta dependencia. Con los recursos que cuenta cualquier país de la Unión Europea se podría conseguir dicha disminución de la dependencia con sólo enfocar u orientar los recursos hacia la población envejecida que ahora necesita ser atendida.

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

Las personas mayores tanto en España como en Europa se mantienen económicamente por recibir alguna prestación económica del sistema público de pensiones, en las personas mayores actuales se percibe la pensión directamente o a través de la del conyugue. Según datos de Abellán y Ayala (2012) en España la mayor parte de pensiones del Sistema de Seguridad Social corresponden al régimen general (5,9 millones), le sigue el régimen de trabajadores autónomos (1,9 millones).

La población Europea envejece. En 2010 unos 87 millones de europeos eran mayores de 65 años, el 17% de la población. En los últimos cincuenta años, la esperanza de vida en el continente ha aumentado 8 años y las proyecciones demográficas dicen que volverá a aumentar 5 años hasta 2050. El proceso de envejecimiento demográfico, unido a la baja fertilidad de los años 70, será todavía más marcado en los próximos decenios.

Es uno de los grandes desafíos de la sociedad. Una población que ejerce una gran presión sobre los sistemas de prevención, sanidad. Este último aspecto, el cobro de una pensión, es el que ha permitido mejorar la salud de la población adulta mayor, y evitar que muchos ancianos acaben viviendo en la pobreza. Pero la crisis económica en los países del sur de Europa, ha tocado también en la puerta de estas personas. Países como Grecia, Italia, España y Portugal han recortado el sistema de pensiones, o no lo han equiparado a los precios, lo que ha empobrecido a gran parte de este colectivo.

Los hogares de personas de 65 años o más tienen proporcionalmente los menores ingresos de los hogares españoles, si bien la posi-

ción económica de los mayores ha mejorado en los últimos años, la tasa de riesgo de pobreza es superior en cuatro puntos que la media de los españoles.

La proporción de hogares unipersonales es más baja en España que en otros países de la Unión Europea. A medida que se envejece hay más probabilidad de vivir en soledad. La forma de convivencia más común entre los mayores es la pareja, en cuanto a los hombres casi un 50% de los casos, mientras que en las mujeres aumenta el porcentaje de las que viven solas. El 84% de los hombres están casados frente al 48,5% de las mujeres en las que la viudedad es común y aumenta notablemente con la edad.

La mayoría de hogares unipersonales están habitados por mujeres y es más frecuente el sentimiento de soledad. Para paliar este sentimiento es necesario contar con apoyo social, entendiendo por apoyo social la red de relaciones que proporciona compañía, ayuda y alimentación, siendo un facilitador de las conductas de promoción de salud pues disminuye el impacto de los acontecimientos vitales estresantes y, además amortigua sus efectos negativos. Las personas mayores que participan en redes sociales de manera activa y que reciben apoyo social informal (familia, amigos) tienen mejor salud física y mental (Minkler, 1985; Krause,1990)

En cuanto al nivel de instrucción de los mayores en España es más bajo cuanto más alta es la edad. Aún quedan bolsas de analfabetismo y población sin estudios, las generaciones de jóvenes actuales tienen un nivel de instrucción muy superior a sus abuelos por lo que en el futuro las cohortes que lleguen a la vejez serán más instruidas y tendrán más recursos para afrontar situaciones problemáticas.

Actualmente se han puesto en marcha en España y en prácticamente todos los países de la Unión Europea los programas universitarios para mayores y se constata que la participación en experiencias educativas es un factor muy importante para poder conseguir envejecer de manera satisfactoria, los principales beneficios podemos citar los siguientes:

- Desarrollo de nuevas competencias y conocimientos que permiten optimizar o funcionar de manera más autónoma en ámbitos diversos de la vida cotidiana

- Mejora del funcionamiento cognitivo general de las personas mayores, dado que mantener una vida activa y estimulante intelectualmente preserva el declive cognitivo.
- Aumento del bienestar y valoración personal, dado que la motivación para aprender en las personas mayores parece especialmente vinculada al propio placer y satisfacción que proporciona el proceso de aprendizaje.
- Participación en nuevos ámbitos de relación social, estableciendo nuevos lazos sociales satisfactorios
- Integración dentro de las corrientes de cambio social. (Villar y Solé, 2006)

Las experiencias educativas es un factor importante para un buen envejecer

ACTUACIONES DE LOS GOBIERNOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS MAYORES

El envejecimiento de la población en las últimas décadas se ha convertido en un importante reto para todos los estados miembros de la Unión Europea. El aumento de la esperanza de vida al que nos hemos referido conlleva el reto para Europa en transformar esta esperanza de vida en años de vida más activa y favorable y al mismo tiempo asegurarse que la población envejece recibiendo el cuidado y asistencia que necesita para envejecer con dignidad.

Vamos a referirnos al proyecto WEDO (For the Wellbeing and Dignity of Older people). WEDO es un proyecto europeo cofinanciado por la Comisión Europea y participaron 18 socios de 12 estados miembros de la Unión Europea, interesados en trabajar juntos para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que necesitan atención y asistencia.

El envejecimiento de la población se ha convertido en un importante reto para todos los estados miembros de la Unión Europea. Su importancia es aún más grande en el actual contexto de restricción presupuestaria. Uno de los principales retos para Europa es que el aumento de la esperanza de vida se transforme en esperanza de vida en años de vida más activa y saludable y asegurarse también que la población recibe el cuidado y asistencia que necesita para envejecer con dignidad.

El objetivo del programa WEDO es animar a:

Los responsables políticos a crear las condiciones necesarias para la Aplicación del Marco Europeo de Calidad para desarrollar sistemas de atención y servicios a largo término equitativos, sostenibles y eficientes, identificar buenas prácticas y consultar sistemáticamente a otras partes interesadas, como las organizaciones de personas mayores y los cuidadores. A los proveedores de servicios (residencias asistenciales, atención domiciliaria y servicios comunitarios para personas mayores, etc.) a consultar sistemáticamente a todas las partes interesadas, incluyendo las organizaciones de personas mayores y las de cuidadores. A los cuidadores profesionales para discutir la atención de calidad con sus colegas, directivos y personas mayores que necesitan atención y asistencia. La aplicación de este Marco de Calidad requiere una fuerte asociación y participación de todas las partes implicadas en la cual todos los interesados (responsables políticos, proveedores de servicios, investigadores, organizaciones de personas mayores, voluntarios, etc.) trabajen juntos para proporcionar una atención de calidad (para más información, pueden consultar el enlace www.wedo-partnership.eu).

Hay una gran diversidad en la prestación de servicios de atención en toda la Unión Europea, pero en todas partes el modelo de atención a las personas ancianas está cambiando rápidamente. Hay una tendencia general a posponer la institucionalización y mantener a las personas mayores en su domicilio, tanto tiempo como sea posible, con el fin de mejorar su calidad de vida y reducir los costos de atención a largo plazo.

En toda la Unión Europea las personas mayores se enfrentan a los mismos problemas en cuanto a su necesidad de atención y asistencia. Ejemplos de problemas comunes que deben afrontar los mayores en la Unión Europea son múltiples: falta de soporte a los cuidadores no profesionales, formación inadecuada y malas condiciones laborales de los cuidadores profesionales, etc. Hay también una preocupación creciente entre las autoridades públicas para mejorar la eficiencia de los costes de los servicios públicos, en particular de los servicios de salud, sociales, y de atención a largo plazo.

Los servicios para las personas mayores que necesitan atención y asistencia, así como las autoridades públicas que son responsables, han de respetar los derechos y las libertades fundamentales de las personas mayores, de sus familias y cuidadores, como se especifica

en las cartas de derechos humanos nacionales, europeas e internacionales.

La pérdida de autonomía puede ser muy traumática para una persona. Requiere un acercamiento humanitario que proteja la dignidad de la persona mayor hasta el final de su vida.

Los servicios para las personas mayores que necesitan cuidado y asistencia han de abordar de manera oportuna y flexible las necesidades cambiantes de cada individuo, respetando plenamente su integridad personal, con el objetivo de mejorar su calidad de vida así como de garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención. Cada persona tiene su carácter, intereses, historia de vida, circunstancias familiares y sus capacidades sociales, necesidades de salud y preferencias. Estas características han de ser la base para la planificación de servicios, gestión de la atención, desarrollo personal y seguimiento de la calidad

Los servicios han de tener en cuenta las perspectivas física, intelectual, cultural y social de las personas mayores, de sus familiares u otras personas próximas significativas para ellas en sus vidas. Además, los servicios han de asegurarse de proporcionar al personal el soporte, los recursos y las instalaciones necesarias para trabajar de esta manera. Los servicios centrados en la persona se han de organizar a partir de las necesidades de la persona mayor y, cuando sea apropiado o necesario, de las de sus familiares o cuidadores.

Todo esto significa:

- Tener en cuenta y respetar la libre voluntad y elección de vida de la persona mayor
- Tener en cuenta y respetar creencias éticas religiosas y del medio social de la persona mayor, sus deseos y necesidades.
- Ayudar a la persona mayor y reforzar su autonomía para expresar sus deseos en todas las fases de su vida, a corto y a largo plazo.
- Si la persona no puede tomar decisiones por sí misma, una tercera persona o su tutor han de tratar de respetar sus derechos fundamentales, opciones de vida y deseos.

Es necesario ofrecer una amplia gama de servicios con la finalidad de proporcionar a las personas mayores que necesiten atención y

asistencia una respuesta adecuada a sus necesidades. Los servicios han de estar disponibles como un soporte a la vida independiente y autodeterminada, además de ofrecer libertad de elección dentro de la comunidad, siempre que esto sea posible. Han de ser proporcionados en el lugar más beneficioso para la persona mayor, sus familias y cuidadores.

Los proveedores de servicios han de prestar la debida atención al género y a la cultura en la atención, es decir, a las necesidades específicas de mujeres y hombres, así como a las diferencias culturales entre los profesionales y los que reciben los cuidados. El concepto de cuidados sensibles a la cultura respeta la diversidad biográfica, lingüística, cultural, religiosa y sexual de la persona necesitada de cuidados y de sus cuidadores. Sus objetivos son: abrir a todos el sistema de atención, sensibilizar a los profesionales del sector, proporcionar la atención sanitaria y los cuidados de larga duración en la lengua materna de los inmigrantes o mediante el uso de intérpretes, y teniendo en cuenta la atención de los aspectos específicos de género.

Ya están implantadas en los países de la Unión Europea muy buenas iniciativas. Las nuevas se habrían de construir sobre lo que ya existe, con la ayuda de la selección de buenas prácticas que vamos a exponer y con la ayuda de datos en línea, disponibles en: www.wedo-partnership/good-practices.

Veamos qué se ha puesto en marcha en algunos de los países de la Unión Europea. En **Austria** se ha puesto en marcha la promoción de la autonomía a través de los servicios de recuperación de la independencia y de urgencias geriátricas creadas en diversos hospitales. A los pacientes se les ayuda a reintegrase a su vida cotidiana por medio de tratamientos puntuales de los centros de geriatría de agudos y centros de seguimiento de barrio. El cuidado de activación y la terapia son componentes importantes en el proceso. El equipo de barrio da soporte a las personas mayores con autonomía en peligro, lo que hace posible que sigan viviendo en su domicilio. El equipo está formado por médicos, enfermeras y cuidadores, terapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, dietistas, etc. También se ha puesto en marcha un equipo multidisciplinar de servicio a la demencia.

En **Bélgica** tienen las federaciones de ayuda y atención a domicilio, un gestor de caso para las personas mayores en el domicilio. Estas federaciones son redes de profesionales creadas para ayudar a las personas mayores a permanecer en su casa, el mayor tiempo po-

sible, ayudarlos a ellos y a sus familias en el cuidado profesional y la ayuda que necesitan. Estas redes multidisciplinarias y descentralizadas coordinan una amplia gama de servicios: atención médica, profesionales de la limpieza, soporte a las actividades cotidianas, etc. (para más información, pueden consultar el enlace www.fasd.be/fasd)

En **Finlandia** se ha establecido un derecho legal a una evaluación de las necesidades de las personas mayores de más de 75 años. La ley faculta a toda persona mayor de 75 años de edad a tener una evaluación que se hace en relación con las necesidades de los servicios, como la atención domiciliaria y los servicios domésticos, el soporte a los cuidados informales, los servicios sociales y de atención residencial (para más información, pueden consultar el enlace www.stm.fi).

En **Francia** tienen el programa MobiQual de formación para los profesionales, este programa es una iniciativa nacional que tiene como objetivo mejorar la calidad de los servicios profesionales para las personas mayores que necesitan atención y asistencia, y las personas con discapacidad. Se incluye en los Planes de Acción de Salud Pública para personas mayores y tiene el soporte del Fondo Nacional para la Autonomía. Está dirigido a todos los profesionales de la salud y sectores sociales, y cubre una buena atención y otros ministerios pertinentes (para más información, pueden consultar el enlace www.mobiqual.org).

En **Alemania** tienen la Asociación federal de líneas telefónicas de emergencia, consejos y servicios de denuncia de las personas mayores. Consta en la actualidad de 17 líneas regionales de ayuda diferentes, su objetivo es ayudar a las personas que necesitan atención y asistencia en sus quejas, sobre todo en situaciones de crisis, y en la reducción de los déficits de tratamiento o de abuso infligido a los mayores en casa en las residencias de ancianos (para más información, pueden consultar el enlace www.beschwerdestellen-pflege.de).

Italia tiene la plataforma de servicios y herramientas para los cuidadores familiares y los trabajadores de asistencia domiciliaria. Esta plataforma ofrece una gran cantidad de información gratuita, formación y herramientas en línea disponible (para más información, pueden consultar el enlace www.caregiverfamiliare.it)

Suecia tiene los servicios de conserjería para las personas mayores habilitación, estos servicios se han convertido en algo común en

los municipios, en los últimos años y no requieren ninguna habilitación. No obstante hay diferentes reglas para el uso que varía de un municipio a otro. El servicio ofrece ayuda para cambiar las cortinas, colgar y mover cuadros, estanterías o muebles. Los valores nacionales esenciales de los servicios de atención a largo plazo son una nueva legislación en Suecia que establece que la atención se ha de centrar en la dignidad y bienestar de las personas mayores, esto quiere decir que la atención ha de proteger y respetar el derecho de todos a la vida privada y a la integridad física, la autonomía, la participación y la personalización. Con esta legislación los municipios deberán desarrollar una nueva garantía de la dignidad y esto será verificado por las autoridades públicas. La Junta Nacional de Salud y Bienestar Social colabora con los valores nacionales esenciales (para más información, pueden consultar el enlace www.socialstyrelsen.se/nationellvardegrund).

Estos son algunos ejemplos de intervenciones y recursos que los países de la Unión Europea han puesto en marcha para el cuidado y asistencia a las personas mayores.

En **España**, las Cortes generales del Estado aprobaron en 2006 la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. La atención a este colectivo es del todo necesaria, los cambios en el modelo de familia, la incorporación de las mujeres en el mundo laboral hace imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que lo necesitan.

Los servicios que presta la ley tienen como objetivo la prevención de las situaciones de dependencia y la promoción de la autonomía personal: servicio de teleasistencia. Servicio de Ayuda a domicilio. Atención a las necesidades del hogar. Cuidados personales. Servicio de Centro de día y de noche. Centro de día para mayores. Servicio de atención residencial (BOE, 15 diciembre 2006).

La Unión Europea ha realizado varios proyectos tales como:

Proyecto para **romper el tabú,** se trata de romper el tabú de la violencia contra las mujeres mayores en la familia: como se puede

reconocer y cómo actuar, su objetivo era sensibilizar al público contra la violencia de las mujeres mayores en la familia (para más información, pueden consultar el enlace www.btt-project.eu). Mejora del **acceso a los servicios comunitarios** para personas mayores que viven en su domicilio, aborda la problemática de muchas personas mayores y sus familias, que necesitan ayuda y cuidado, que están en mala situación, y a menudo no utilizan los servicios de soporte existentes.

Proyecto de potenciación de aprendizaje de la salud para personas mayores (EHLE), tiene como objetivo mejorar las habilidades y competencias de los profesionales (para más información, pueden consultar el enlace www.ehle-project.eu).

Seguimiento del cuidado a largo plazo. Proyecto piloto sobre el maltrato a las personas mayores MILCEA, tiene como objetivo proporcionar a los países europeos un marco sobre cómo poner en marcha las estructuras necesarias para controlar el maltrato a los ancianos (para más información, pueden consultar el enlace www.milcea.eu).

La atención y cuidado de las personas mayores tanto en España como en Europa es un objetivo común para el que se está trabajando a diferentes niveles pero en todos los países de la Unión Europea.

CONCLUSIONES

La población española y europea envejece, los datos demográficos nos muestran que cada vez hay más personas mayores con mejor salud, y mayor nivel educativo, pero también crece el número de mayores en situación de dependencia, todo ello lleva a que los gobiernos adopten medidas para incentivar el envejecimiento activo y al mismo tempo para paliar las situaciones de enfermedad y dependencia. El año 2012 ha sido el año Europeo del envejecimiento activo, en todos los países se ha trabajado organizando Jornadas, debates y diversas actividades, se ha implicado a las propias personas mayores en colaborar en todos los actos celebrados sobre el buen envejecer. Por otra parte, hemos podido ver que paralelamente a la incentivación del envejecimiento satisfactorio, los gobiernos de los distintos países de la Unión Europea elaboran y ponen en marcha proyectos encaminados a intervenir en los problemas que el envejecimiento de la pobla-

ción conlleva, algunos de los cuales provienen de organizaciones o entidades que trabajan por la salud y bienestar de los mayores.

Los datos demográficos apuntan a que en el futuro la población mayor de 65 años aumentará, es cierto que los futuros mayores tendrán mejor salud y mejor nivel educativo, por lo que el objetivo debe ser vivir más años pero fundamentalmente dar vida los años, para que todo lo que se está haciendo actualmente de una futura generación de mayores con un mejor envejecimiento satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ABELLAN, A., AYALA, A. (2012) Un perfil de las personas mayores en España, 2012 Indicadores estadísticos básicos. Portal Mayores. Madrid: IMSERSO (131, 1-20)

BALTES, P.B., WILLIS, S. L. (1882) Plasticity and Enhancement of Intellectual Funtionioning in OLd Age. Penn State's Adult Development and Enrichement Project (ADEPT). En I.M, Craik y S.E. Trhund (EDs.) *Aging and cognitive processes* (pp 352-389) New York: Plenum Press

BOE (2006) LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

KRAUSE, N (1990) Perceived helth problems, formal/informal support and life satisfaction hmong older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 42* pp. S193-S205

HULTSCH, D.F.,HAMMER, M. y SMALL, B (1996) Age differences in cogntive performance in later life: Relationships to self-reported Elath actuvity life style. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 48B,* pp.1-P11

IMSERSO (2012) Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid: IMSERSO

MINKLER, M.(1985) Social support and Elath of the ederly. En S. Cohen y S. Syme (eds) *Social support and helth. New York: Academic Press*

VILLAR, F. (2012) Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Información psicológica 104* , pp.39-56

VILLAR, F. Y SOLE, C. (2006) Intervención psicoeducativa con personas mayores. En C. Triadó y F. Vilar (eds) *Psicologia de la vejez*. Madrid: Alianza (pp. 423-250)

WEDO (For the Wellbeing and Dignity of Older people. Proyecto Europeo (2010-2012) financiado por la Comisión Europea. www.wedo-partnership.eu

Intervención en Bélgica: www.fasd.be

Intervención en: Finlandia: www.stm.fi

Intervención en Francia: www.mobiqual.org

Intervención en Alemania: www.beschwerdestellen-pflege.de

Intervención en Italia: www.caregiverfamiliare.it

Proyectos Unión Europea:

Romper el tabú: Prevención maltrato mujeres mayores www.btt-project.eu

MILCEA (marco de prevención de maltratos a personas mayores, en la UE) www.milcea.eu

EHLE (potenciar aprendizaje de la salud) www.ehle-project.eu

WHO (2002) Active aging: A policy Framework. Ginebra: World Health Organization. Disponible online en http//whqlibdoc.who.int/hg/2002/WHO_NMH_NPH-02.8.pel

Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores

Conceptual framework of abuse of older persons

Gema PÉREZ ROJO
Universidad CEU-San Pablo
gemaperezrojo@gmail.com

Alejandra CHULIÁN HORRILLO
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 127-167)
Fechas: Entrada: 06-03-2013; Aceptado: 14-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El presente artículo tiene por objeto realizar una revisión no sistemática de las investigaciones que se han realizado a nivel nacional e internacional. Los estudios de prevalencia estiman que los casos de malos tratos hacia las personas mayores, tanto en el ámbito doméstico como institucional, están entre un 0,8% y 52%, un margen demasiado amplio debido fundamentalmente a la falta de consenso en la elección de una definición de los malos tratos hacia las personas mayores y de la definición de cada uno de los tipos de malos tratos. Otro de los problemas más habituales es establecer el perfil de las víctimas y de los responsables de los malos tratos, siendo un tema controvertido que se tratará con más detalle en este artículo. También se expondrán algunos de los programas que se han puesto en marcha para la detección, prevención y la intervención en los malos tratos, dado que aunque se está haciendo de una manera muy discreta, comienza a existir una mayor sensibilidad ante los malos tratos y por tanto un aumento de las iniciativas para su intervención. Aun así, se hace evidente la necesidad de seguir estudiando la influencia y los problemas que generan los malos tratos no sólo en las personas mayores, sino también en su entorno, en los profesionales y en la sociedad.

PALABRAS CLAVE

N I N G U N A

ABSTRACT

The aim of this article is to do a no systematic review about different national and international research. The prevalence rate about elder abuse, in familiar and institutional sphere, is between 0,8% and 5,2%, to much scope mainly due to the lack of consensus on the choice related to the definition of the term "elder abuse" and to the definition of the different kinds of them. Another usual problem is to establish the victims profile and the responsible of elder abuse profile, being a controversial theme that we will discuss with more detail in this article. We also include information on more specific programs that are being carried out for the prevention, the detection and the intervention strategies in elder abuse, because that although it is doing in a very discreet, begins to be a greater awareness of abuse and therefore increase its intervention initiatives. Even so, there is a clear need to further explore the influence and the problems caused abuse not only in the elderly, but also in their environment, professionals and society.

KEY WORDS

N O N E

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

Las tendencias poblacionales indican que en los próximos años se producirá un incremento de la población de personas de 65 años o más, y especialmente del grupo de 85 años y más. Estas personas tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud, incluyendo enfermedades crónicas y otras dolencias que les pueden llevar a tener dificultades para realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma y, como resultado, es más probable que necesiten cuidados de larga duración, encontrándose en una situación de gran vulnerabilidad. Desafortunadamente, esta situación podría incrementar la probabilidad de maltrato a mayores en el ámbito comunitario e institucional.

Los estudios realizados en el campo de los malos tratos se han centrado sobre todo en el maltrato infantil y, posteriormente, en la violencia de género (Rey y Browne, 2002). El interés por los malos tratos hacia las personas mayores es bastante reciente aunque, en los últimos años se viene trabajando, cada vez con mayor intensidad, en la violencia hacia este grupo de población. Y, a pesar de que queda mucho por hacer, es importante resaltar los avances, que en este tema en cuestión se están realizando especialmente en nuestro país.

Una de las razones que explican la presencia de malos tratos en la vejez es la pérdida del valor social de la vejez y los estereotipos que rodean esta etapa de la vida. El edadismo, como se conocen a los estereotipos negativos asociados a la vejez, pueden ser "el caldo de cultivo" de los malos tratos, ya que son creencias, actitudes, etc. que discriminan a las personas mayores por la edad. El infantilismo sería una de las consecuencias de la conducta asociada a los estereotipos, haciendo que algunas personas traten a los mayores "como a los niños", pensando que son "como niños": regañándoles, llevándoles de la mano, utilizando un lenguaje infantilizador con diminutivos incluso en sus nombres (de manera que Don Carlos de repente se convierte en Carlitos) o utilizando la primera persona del plural (el "nos" para todo o hablando de "nuestros" mayores) lo que denota un paternalismo, no dejándoles que tomen sus propias decisiones, etc. Parece claro pensar que si el edadismo no es eliminado, los malos tratos a personas mayores continuarán existiendo.

El barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (Mayor 2009) en el que se formulan preguntas relacionadas con la vejez, el 36,2% de la población española las define como "aquellas que no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados", siendo sólo el 6,2% de estas personas las que asocian a este grupo con "personas activas, que disfrutan de la vida", por lo que podríamos concluir que un gran número de personas tienen una percepción distorsionada sobre la realidad de las personas mayores, identificándolas con la fragilidad, las carencias y con la carga social, y por tanto con representaciones sociales que generan una infravaloración de la vejez como grupo que hace posible que la sociedad pueda convivir con un grado de tolerancia excesivo ante situaciones que en cualquier otro grupo de población serían inadmisibles.

El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, solicitó a "todos los gobiernos y a todos los agentes interesados para que formulen y apliquen estrategias de prevención más eficaces y leyes y políticas más rigurosas a fin de atender todos los aspectos del maltrato a las personas ancianas", al considerarlo un problema social mundial que afecta a los Derechos Humanos de las personas mayores de todo el mundo.

Y es que el tema de los malos tratos ha sido un fenómeno oculto durante décadas, al que se le ha prestado poca atención hasta el momento, comenzando el estudio formal y las investigaciones sobre la violencia contra las personas mayores en los años 90, aunque de forma limitada y tímida.

En el año 2002, las Naciones Unidas, a través de la OMS, impulsa el estudio de los malos tratos hacia las personas mayores, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en coordinación con la Red Internacional para la Prevención del Maltrato en el Anciano (INPEA), haciendo público el informe "Voces Ausentes" (Missing Voices), referente para los procesos de investigación-acción en muchos países del mundo, tanto para los organismos internacionales, como para las organizaciones de personas mayores, los profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y los responsables de las políticas sociales

En la Asamblea se señalaba que las respuestas frente a los malos tratos hacia las personas mayores se deberían centrar en la sensibilización y educación, en la legislación, en el desarrollo de programas de intervención sobre la violencia e intervenciones basadas en

los derechos. Esto ha generado que se lleven a cabo diferentes iniciativas a nivel de investigación, el establecimiento de redes europeas como INPEA (Internacional Network of Elder Abuse), el desarrollo de planes de actuación sobre todo a nivel internacional, etc.

También se han desarrollado o se están desarrollando estas iniciativas a nivel nacional, cuyo objetivo es siempre la supresión de conductas discriminatorias y abusivas hacia las personas mayores. Por ejemplo, el Gobierno Vasco en colaboración con la Fundación Matía-Ingema ha elaborado recientemente un documento denominado "Cien propuestas para avanzar en el Bienestar y Buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción". En este documento se aborda un trabajo innovador que persigue construir una sociedad en la que las personas mayores formen parte activa de su desarrollo y esa participación sea reconocida y valorada por el conjunto de la ciudadanía.

Además, la cuestión de los malos tratos hacia las personas mayores también se incluye como tema fundamental en la "Hoja de Ruta" de la investigación europea, elaborada por FUTURAGE. En este documento definen una serie de prioridades en la línea de investigación sobre envejecimiento, permitiendo la elaboración de un "Plan de Acción" europeo con los objetivos generales de llevar a cabo un acercamiento común y coordinado en esta área de investigación, promover una perspectiva multidisciplinar en la investigación del envejecimiento, y asegurar que tanto las prioridades como la producción investigadora se vean reflejadas en una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

2. TEORÍAS EXPLICATIVAS SOBRE LOS MALOS TRATOS

Las razones por las que se producen los malos tratos son múltiples, y son muchas las teorías que tratan de explicar las causas, aunque no existe consenso entre ellas (Pérez Rojo e Izal, 2007; Perel-Levin, 2008). Las propuestas teóricas que se han realizado sobre los malos tratos hacia las personas mayores parten de distintos factores: los relacionados con las características de las personas, los que analizan la interacción entre las personas y los que enfatizan la importancia de las estructuras sociales (Bazo, 2001), convirtiendo la violencia hacia los mayores en un fenómeno complejo y multidimensional.

MODELO SITUACIONAL: Es la primera teoría formulada para explicar los malos tratos a las personas mayores. Esta teoría defiende que la presencia de ciertos factores situacionales relacionados con el mayor (dependencia emocional y física del mayor, la mala salud, el estado mental deteriorado y la personalidad difícil del mayor), factores relacionados con el cuidador (crisis vitales, burnout, carga o agotamiento debido al cuidado, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas de violencia) y/o factores estructurales (tensiones económicas, aislamiento social y problemas ambientales), aumentaría la probabilidad de que se produjera malos tratos, dado que el cuidador podría percibir al mayor como fuente de estrés.

Este modelo se considera en la actualidad como inapropiado, debido fundamentalmente a los problemas metodológicos de los estudios en los que se basa.

MODELO PATOLÓGICO: Centrado en las características presentes en el responsable de malos tratos, como por ejemplo problemas psiquiátricos y problemas de abuso de drogas y alcohol; así como la disminución de la capacidad del cuidador para tolerar la frustración y controlar su conducta (Kosberg y Nahmiash, 1996; Adelman, Siddiqui y Foldi,1998).

TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL: Esta teoría se basa en que la interacción social incluye el intercambio de recompensas (recepción de recursos y/o servicios, sentimientos positivos, etc.) y castigos (sentimientos negativos, retirada de recursos y servicios y el intercambio de conductas de castigo) entre las personas, por lo que los individuos intentan maximizar las recompensas y minimizar los castigos. Por tanto, cuando el intercambio es equilibrado se percibe que la situación es justa. Cuando este intercambio no es equilibrado, surge la ira, el resentimiento y el castigo (Schiamberg y Gans, 2000; Homans,1961).

TEORÍA DEL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO: Según este modelo, la interacción social es un proceso en el que hay una interacción al menos de dos personas a lo largo del tiempo, con fases identificables recurrentes, interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible y que requiere negociación renegociación constante para establecer un consenso sobre este encuentro (McCall y Simmons, 1966). Incluye un proceso cognitivo, la improvisación, la atribución y la consolidación de roles, la reciprocidad y la compatibilidad. Cuando se produce un des-

fase en alguna de ellas surge la posibilidad de conflicto y la representación inadecuada o inapropiada de la persona.

MODELO FEMINISTA: Se basa en el desequilibrio de poder entre mujeres y hombres (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Sufre el sesgo sexista que no tiene en cuenta que los hombres también sufren malos tratos.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE LA ECONOMÍA CRÍTICA Y LA ECONOMÍA POLÍTICA DEL ENVEJECIMIENTO: Hace referencia a la imagen de los mayores en la sociedad y al impacto de ésta sobre la vida de las personas mayores. Los malos tratos serían debidos a la marginación de las personas mayores por la sociedad (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

DEMANDAS EXCESIVAS o estrés interno o del cuidador "agotado": Defiende que el estrés causado por cuidar a una persona mayor aumenta el riesgo de que el cuidador se comporte de forma abusiva (Henderson, Buchanan, y Fisher, 2002).

TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE LA VIOLENCIA: Basada en la transmisión intergeneracional de violencia dentro de las familias (Ansello, 1996; Quinn y Tomita, 1997; Gordon y Brill, 2001). El cambio de poder donde los hijos se convierten en adultos que cuidan de sus padres mayores, proporciona a la persona que fue maltratada cuando fue pequeña, la oportunidad de vengarse a través del abuso o la negligencia hacia sus padres.

Esta teoría, apoyada en estudios sobre la violencia de género y la violencia infantil, aún no cuenta con datos suficientes para explicar los malos tratos hacia personas mayores.

MODELO ECOLÓGICO: explica los factores que pueden llevar a que en una situación concreta sucedan los malos tratos (Tabueña, 2009):

1. Factores individuales: desórdenes de la personalidad del responsable de los malos tratos, la dependencia del responsable de los malos tratos, el estatus inferior de las mujeres, los mayores muy mayores y el déficit cognitivo. También lo es el conflicto marital y las reacciones adversas de otros miembros de la familia por y hacia la persona mayor.

2. Factores interpersonales: una mala relación preexistente entre la víctima y el responsable de malos tratos, un cambio de estilo de vida (involuntario), el conflicto marital y las reacciones adversas de otros miembros de la familia por y hacia la persona mayor.

3. Contexto social: el aislamiento social, el apoyo social insuficiente, la dificultad de acceso a los servicios, las imágenes negativas sobre la vejez o la discriminación por la edad

4. Contexto socioestructural: la migración hacia los centros urbanos, la disminución "aparente" de la interdependencia generacional, la pauperización de sectores significativos de la sociedad, una pérdida de la estabilidad económica, las jubilaciones bajas y los servicios sociales y de salud inadecuados.

3. DEFINICIONES Y TIPOS DE MALOS TRATOS

La detección de las situaciones de malos tratos a mayores es extremadamente importante, pero existen una serie de barreras que dificultan este proceso. Una de ellas, es el hecho de que no existe una definición consensuada de este fenómeno. Diferentes autores han elaborado distintas definiciones que, aunque tienen aspectos comunes también incluyen cuestiones diferentes.

Esta situación provoca una serie de consecuencias que afectan a las propias personas mayores, como por ejemplo, que ante la misma situación, dos profesionales lleguen a conclusiones diferentes por el hecho de aceptar definiciones distintas (Barbero y Moya, 2007).

No obstante, la definición desarrollada por Action on Elder Abuse en 1995, acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA) en ese mismo año y posteriormente promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Toronto (2002), es la más aceptada y ha sido uno de los puntos clave para la aceptación social y profesional de la existencia de los malos tratos hacia las personas mayores como un problema universal. Según esta definición, los malos tratos a personas mayores serían considerados como "la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una

persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza". (OMS, 2002).

A esta definición sería interesante añadirle un aspecto adicional y es que los malos tratos pueden ser intencionales y no intencionales, y, concretamente, en el caso de los mayores, la mayoría de las situaciones suelen ser de tipo no intencionado. El hecho de que no sean intencionales no significa que sean justificables, ni mucho menos; sin embargo, si se detecta una situación de malos tratos intencionados o no intencionados, la intervención deberá ser diferente. Mientras que en una situación intencionada, la intervención inicial más adecuada sería a nivel legal, en caso de situaciones no intencionadas, esa no sería la primera intervención a llevar a cabo.

Otra de las barreras que obstaculizan la detección hace referencia a los términos utilizados al hablar de este fenómeno. Se utilizan muchos y diversos como maltrato, mal trato, malos tratos, trato inadecuado, negligencia, abuso, etc. Esto significa que no existe un término consensuado que se utilice universalmente y, cada uno de ellos, tienen unas connotaciones diferentes. Estos diferentes significados dependen, por un lado, de lo que cada uno considere como situación de malos tratos y, por otro lado, de la imagen mental que cada uno de ellos evoque. Por ejemplo, la palabra maltrato suele estar asociada a situaciones muy graves y extremas como las que podemos ver en los medios de comunicación. Por supuesto que esas situaciones son constitutivas de malos tratos, pero también es cierto que los malos tratos hacia las personas mayores implican situaciones mucho más frecuentes que pueden ser muy sutiles e incluso llegar a pasar inadvertidas como el infantilismo, el trato de silencio, ignorarles o la violación de derechos. Por ello, es extremadamente importante consensuar el término utilizado para mejorar la sensibilización y concienciación, la detección y la intervención.

También, respecto a la terminología, es interesante hacer referencia a los distintos términos utilizados para referirse a la persona que ejerce los malos tratos como: maltratador, agresor, perpetrador, victimizador, etc. Algunos de ellos se han traducido literalmente del contexto anglosajón, otros se han extraído de distintos contextos e incluso algún término no existe en el diccionario de la Real Academia Española. Utilizar un término u otro puede ser más o menos fácil en función de una serie de variables. Por ejemplo, si se detectara una situación de malos tratos intencionados seguramente no se tendría reparo en etiquetar a la persona que ejerce los malos tratos como

maltratador. Pero, si en la situación detectada se incluye a una cuidadora familiar que además del cuidado de la persona mayor, tiene otro tipos de responsabilidades: laborales, familiares, etc., y que debido al estrés al que está sometida le grita o le zarandea a la persona mayor en un momento determinado pero sin intención de hacer daño, o descuida su cuidado, porque ni siquiera conoce qué es lo que tiene que hacer, utilizar el mismo término, maltratadora, sería mucho más "complejo". Además, algunos de estos términos, si no todos, son muy estigmatizadores y, una vez implantadas, quitarse algunas etiquetas puede ser muy costoso, e incluso imposible aunque se demostrara que no son ciertas, con las posibles consecuencias de las mismas, como la culpabilización.

El término que se ha considerado como más adecuado para hacer referencia a la persona que ejerce los malos tratos es responsable de los malos tratos. Cuando alguien es responsable de algo que ha, hecho mal los sentimientos de culpa es menos probable que aparezcan y trabajar hacia el cambio es más fácil con los sentimientos de responsabilidad que con los de culpabilidad.

También está presente la falta de consenso en la definición de los tipos de malos tratos hacia personas mayores (Pérez-Rojo, 2004). Una adecuada clasificación de los tipos de malos tratos permitiría realizar una apropiada detección e identificación de los malos tratos mediante indicadores específicos, y poner en marcha las estrategias y protocolos de intervención más adecuados. Pérez-Rojo, Izal y Montorio (2008), tras una revisión de las diferentes tipologías existentes, destacan que los malos tratos hacia personas mayores podrían clasificarse en:

Físico: cualquier acción como golpear, abofetear, quemar, privación de libertad, uso inapropiado de medicación, etc., llevada a cabo por otras personas y que causa daño o lesión física de forma intencional. Los indicadores de este tipo de maltrato podrían ser: moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido restricciones de algún tipo (p.ej. marcas de cuerdas o niveles anormales de fármacos), hipotermia, dolor al ser tocado, etc.

Psicológico: implica acciones como la agresión verbal, el uso de amenazas, el abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes edadistas en forma de infantilismo,

tratándolo como si fuese un niño. Este tipo de malos tratos provoca entre otras resultados: impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables. Los indicadores de este tipo de maltrato serían: indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado.

Sexual: Conlleva cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos lo incluyen dentro del maltrato físico, y otros, como categoría independiente. Entre los posibles indicadores de este tipo de maltrato podemos encontrar: moratones alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre.

Económico: Supone robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona. Las personas que viven en institucionales de cuidado a largo plazo podrían experimentar el robo de sus propiedades personales por parte del personal de la institución, familiares, visitas u otros residentes (Buzgová y Ivanová, 2009). Los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser: patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc., firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor

Negligencia: cualquier acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle "trato de silencio" (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc. En el ámbito residencial, podría ser el resultado del fallo o no cumplimiento por parte de un empleado o del sistema (p.ej. insuficiente número de trabajadores) o por falta de motivación (Buzgová y Ivanová, 2009). Entre los indicadores de este tipo de maltrato se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, ignorar a la persona mayor, aislar a la persona mayor, excluirle de sus actividades

Abandono: abandonar a una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia. Algunos lo incluyen en negligencia y otros como categoría independiente. Los indicadores de este tipo de maltrato serían que la persona mayor fuera abandonada en un hospital, centro comercial o una gasolinera

Violación de los derechos básicos. Relacionado a menudo con el maltrato psicológico, consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa). Algunos la incluyen dentro de la categoría de explotación. Los indicadores podrían ser: ocultarle o que le abran el correo, que no se le permita ir a la iglesia, que no se le permita tener la puerta de su habitación abierta.

En todas las tipologías revisadas se incluyen los malos tratos físicos, psicológicos, sexuales, económicos y negligencia, mientras que la violación de derechos o el abuso social no aparecen en todas ellas. Además, es importante hacer alguna consideración al respecto de algunos de los tipos de malos tratos.

En referencia al abuso sexual, es importante destacar que, a pesar de ser un tipo que aparece en todas las clasificaciones cuando se pregunta por tipos de malos tratos a grupos de edad jóvenes no es un tipo que suele aparecer. Parece que se piensa que se abusa de alguien a quien se considera atractivo o deseable y, como la vejez es vista como algo feo y nada deseable, no se asocia el abuso sexual con los mayores. Pero, lo que no tienen en cuenta, es que también se abusa de la gente vulnerable y es aquí donde los mayores pueden estar incluidos.

Otro tipo, que no se ha mencionado, pero que también aparece con mucha frecuencia en la literatura es la autonegligencia. Bajo este término se incluiría a aquellas personas que no cuidan de sí mismas. Si se tiene en cuenta este tipo como posible situación de malos tratos podría significar que si se detecta que alguien mayor no se cuida bien (alimentación, toma de medicación, etc.), se podría intervenir. Personalmente, no estamos de acuerdo con este término, ya que esta expresión no se plantea con personas adultas, sino que se hace sólo con personas mayores y puede ser entendida como una actitud paternalista hacia las personas mayores. Realmente cuando se profundiza mucho más en el término se observa que en esta categoría se incluye a personas con trastorno mental, bien sea un síndrome de

Diógenes o demencias y, realmente, en estos casos, no es que la persona no se cuide, sino que hay un trastorno que no le permite cuidarse.

Como se señalaba anteriormente tampoco se incluye en todas las clasificaciones la violación de derechos. Actualmente se está trabajando bastante en este ámbito a nivel de formación especialmente, pero no así a nivel de investigación, ya que en los estudios sobre prevalencia de los malos tratos no se incluye la violación de derechos. Esta categoría está muy relacionada con el maltrato psicológico y consiste en privar de derechos básicos a una persona mayor que legalmente le corresponden como dignidad, intimidad, opción religiosa, capacidad para toma de decisiones, etc. La situación con esta categoría hace que afloren sentimientos ambivalentes, por un lado, es una muy buena noticia que se empiece a trabajar en uno de los tipos de malos tratos que, según la percepción de los propios mayores sería uno de los más frecuente, pero al mismo tiempo esto hace pensar que algo se ha hecho mal, ya que uno nace con derechos y estos no desaparecen con la edad. Esta violación de derechos viene derivada de algunos estereotipos negativos relacionados con el envejecimiento por un lado, y, por otro lado, de la poco valoradas que están las personas mayores, de manera que, cuando uno llega a mayor, parece que pasa de ser ciudadano de primera a ciudadano de segunda y a formar parte de la población pasiva.

Finalmente, respecto al tema de los tipos de malos tratos, otra entidad que aparece muy poco en la literatura y nada en la investigación, es el abuso social. Curiosamente es el tipo más frecuente de malos tratos según la opinión de las personas mayores, y el peor, e incluye la falta de respeto. En un estudio realizado en diferentes países denominado "Missing Voices" (OMS, 2002) uno de los participantes reflejaba esto con una frase muy interesante "el respeto vale más que la comida y la bebida".

4. DATOS DE PREVALENCIA EN MALOS TRATOS

Conocer la prevalencia del fenómeno de los malos tratos a personas mayores nos permite, no sólo conocer cuál es la realidad social actual de los malos tratos y la magnitud de los mismos, sino que también aumenta la sensibilización y concienciación al respecto. Es este uno de los puntos en los que más se ha trabajado, tanto a nivel internacional como nacional. La mayoría de los estudios se han reali-

zado en el ámbito comunitario donde muestran tasas muy dispares que se encuentran comprendidas entre el 0,8 al 52,6% (Pillemer y Finkelhor, 1989; Podnieks, 1992; Compton et al., 1997; Kurrle et al., 1997; Comijs et al., 1998; NCEA, 1998; Bazo, 2001; Risco et al., 2005; O´Keeffe et al., 2007; Yaffé et al., 2008; Pérez-Cárceles et al., 2008; Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2008a; Iborra, 2008; Lowenstein et al., 2009; Sancho et al., 2011). No obstante, debido a los problemas metodológicos de los que adolecen muchos de estos estudios, la comparación de los resultados no es posible y, por lo tanto, todos estos datos deben ser tenidos en cuenta como información meramente orientativa. A nivel institucional, se han realizado muchos menos estudios de prevalencia y todos ellos se han realizado a nivel internacional, pues en España no se ha realizado ninguno. Pese ello, aunque se desconoce la dimensión real del problema, como afirma Tabueña (2009), nos encontramos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave.

Algunos autores señalan que el hecho de que la prevalencia de los malos tratos sea mayor en el ámbito doméstico puede ser debido a que se trata de una violencia intramuros, convirtiéndose, en muchas ocasiones, en situaciones difícilmente valorables e insalvables que representa la investigación sobre los malos tratos. Aunque también es cierto que las investigaciones realizadas sobre malos tratos en residencias u hospitales son muy escasas, y algunos países como el nuestro son todavía inexistentes, estando la incidencia de los casos directamente relacionados con el grado de desarrollo del modelo de servicios para las personas mayores.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

4.1 Datos de prevalencia en estudios internacionales

Año	Autores	País	Nº Entrevistados	Resultados
1979	Lau y Kosberg	EE.UU.	404	– 9,6% síntomas de malos tratos – Más de un tipo de maltrato – 77% eran mujeres
1979	Block y Sinnott	EE.UU.	73 PM	– 4% eran maltratadas física, psicológica o económicamente – Víctimas y Responsables eran con mayor frecuencia mujeres – presentes varios tipos de malos tratos de forma simultánea
1983	Gioglio y Blakemore	New Jersey	342 PM	– 1% admitieron sufrir algún tipo de malos tratos (el más frecuente fue el económico).
1989	Pillemer y Finkelhor	Boston	2020 PM no institucionalizadas	– 3,2% víctima de algún tipo de malos tratos – 52% de las víctimas eran hombres – 58% de los responsables eran cónyuges, seguidos de los hijos (24%)
1989	Tornstam	Suecia y Dinamarca		– 17% de los participantes conocían a una persona mayor que había sido maltratada.
1990	Horner y Gilleard		51 cuidadores	– 45% admitió alguna forma de malos tratos
1992	Podnieks	Canadá	2008 PM	– 4% sufrían uno o más tipos de malos tratos por su pareja, su familia u otras personas significativas – Tipología más frecuente es malos tratos económicos (2,5%), malos tratos psicológicos (1,4%), físicos (0,5%) y negligencia (0,4%)
1992	Kivela et al.	Finlandia	1125 PM	– 17% declaró conocer a alguna persona que había sufrido malos tratos tras la jubilación – 6,7% había experimentado malos tratos – la tasa de mujeres maltratadas fue más alta que en hombres – La violencia psicológica fue el tipo más común de malos tratos en ambos sexos.
1992	Ogg y Bennet	Reino Unido	2130 PM	– 5% había experimentado malos tratos psicológicos – 2% maltratado físicamente – 2% malos tratos económicos – por parte de un familiar cercano o un pariente en un pasado reciente
1992	Kurrle y Sandler	Australia		– 4,6% de casos de malos tratos
1993	Bennet y Kingston	Gran Bretaña		– 5,4% de malos tratos psicológicos (verbales), 1,5% malos tratos físicos y 1,5% malos tratos económicos.
1993	Pittaway y Westhues	Canadá	385 PM de 55 años	– 14,3% para malos tratos físicos, – 14% para el psicológico (verbales), – 20% malos tratos económicos – 14% negligencia – Más frecuentes en mujeres

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

Año	Autores	País	Nº Entrevistados	Resultados
1993	Hydle	Dinamarca, Finlandia y Suecia		– 1,8% de malos tratos eran causados por parte de familiares cercanos
1995	Pitsiou-Darroug y Spinellis	Grecia	506 PM	– 15,5% habían sufrido al menos un tipo de malos tratos durante el último año – Víctimas con más frecuencia mujeres – Responsables con mayor frecuencia un pariente (cónyuges o hijos).
1997	Compton et al	Irlanda del norte	38 cuidadores de mayores con demencia	– 37% malos tratos psicológicos (verbales) – No se encontró ningún caso de negligencia (en la definición utilizada se exigía que tuviera lugar en al menos en 10 ocasiones) – 8% estaba presente de forma simultánea los malos tratos físicos y psicológicos (verbales)
1997	Kurrle et al	Australia	5246 personas mayores	– 1,2% de malos tratos – Más frecuente el maltrato psicológico – Seguido del maltrato físico, económico y la negligencia – Mujeres eran maltratadas con mayor frecuencia que los hombres – Responsables el 57% eran hombres (38% cónyuges y 43% hijos)
1997	Lachs et al		2812 personas mayores	– 1,6% había experimentado algún tipo de malos tratos – el más común la negligencia (64%), seguida de los malos tratos físicos o psicológicos (19%) y los malos tratos económicos (17%) – Responsables frecuentemente los hijos (45%) seguidos de los cónyuges (26%).
1998	Conijs et al	Holanda	1797 personas mayores	– 5,6% eran víctimas de malos tratos – Más frecuente el psicológico (3,2%).
1998	National Center of Elder Abuse	Estados Unidos	PM de 60 años	– 2,4% casos de malos tratos – La negligencia el tipo más frecuente (48,7%) seguida de los malos tratos psicológicos, económicos, físicos, abandono y sexuales – Las mujeres eran las víctimas con mayor frecuencia – Los responsables eran frecuentemente hombres, a excepción de los casos de negligencia en la que las mujeres eran con más frecuencia las responsables
1999	Hirsch y Brendebach	Bonn (Alemania)	PM	– 10% de casos de malos tratos – Los más frecuentes los malos tratos psicológicos y los económicos
2002	Vida et al	Montreal	126 PM de psiquiatría geriátrica	– 16% de los casos con sospecha o confirmación de malos tratos – El tipo más frecuente el económico (13%), seguido de la negligencia (6%).
2004	Yan y Tang	Hong Kong	276 personas mayores	– 27,5% habían experimentado al menos un tipo de malos tratos – El más prevalente el maltrato psicológico (26,8%) seguido de la violación de los derechos personales (5,1%) y del físico (2,5%).
2006	Oh et al	Corea	15230 PM	– El 6,3% víctimas de malos tratos – El más frecuente el maltrato psicológicos, seguido de los económicos, negligencia y físicos.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

Año	Autores	País	Nº Entrevistados	Resultados
2006	Cooney et al	Irlanda	82 cuidadores	– El 52% admitió haber cometido malos tratos – Los malos tratos psicológicos los que se produjeron con más frecuencia (51%), seguidos de los físicos (20%) y de la negligencia (4%).
2007	O´Keeffe et al	Reino Unido	2111 PM de 66 años	– 2,6% de casos de malos tratos – El tipo de malos tratos más frecuente fue la negligencia (1,1%), seguidos de los malos tratos económicos (0,7%), psicológicos y físicos (ambos con un 0,4%) y sexuales (0,2%) – El 6% había experimentado al menos dos tipos de malos tratos simultáneos – Las mujeres informaron de más casos de malos tratos que los hombres. – Los responsables eran con mayor frecuencia el cónyuge (51%).
2007	Cohen et al	Israel	730 PM	– 5,9% víctimas de malos tratos – La negligencia fue el tipo más frecuente, seguido de malos tratos psicológicos y económicos.
2008	Yaffé et al		953 PM de 65 años	– 11,9% de mayores con sospecha de malos tratos – El tipo más frecuente era el psicológico y las víctimas más frecuente las mujeres.
2009	Lowenstein et al.	Israel	1045 PM	– 18,4% víctimas de los malos tratos – El más frecuente el maltrato verbal (14,2%), seguidos de la explotación económica (6,4%) – Al incluir la negligencia en el análisis de los datos, fue el tipo de malos tratos más frecuente (26%).

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

4.2. Datos de prevalencia en estudios nacionales

2001	Bazo	España	PM usuarias de SAD	– El 4,7% de personas mayores eran víctimas de malos tratos – Las víctimas más frecuentes mujeres – Los responsables más frecuentes los hijos/as – El tipo más frecuente la negligencia
2005	Risco et al	Badajoz	209 PM de 72 años	– sospecha de malos tratos en un 52,6%.
2008	Pérez-Cárceles et al		460 PM de centros de salud	– 44,6% de los casos existía sospecha de malos tratos – el tipo más frecuente la negligencia – El perfil de las víctimas que obtuvieron fue el de mujeres con 75 o más años, solteras/os o viudas/os, que vivían solos o con hijos y con bajo nivel socioeconómico.
2008	Pérez-Rojo, Izal y Montorio	España	396 PM de 65 años	– 12,1% víctimas de malos tratos – El tipo más frecuente el maltrato psicológico – presencia simultánea de varios tipos.
2008	Iborra	Centro Reina Sofía contra la violencia	2401 PM de 64 años	– 0,8% consideraban que estaban siendo maltratadas por alguno de sus familiares – 1,5% en el caso de personas mayores dependientes.
2008	Iborra	Centro Reina Sofía contra la violencia	789 cuidadores	– Perfil del responsable de los malos tratos era mujer de edad media, con algún trastorno psicológico y sobrepasada por la situación.
2009	Garré Olmo et al	Girona	676 PM de 75 años o más	– sospecha de malos tratos en un 29,3% – El tipo más frecuente fue el de negligencia (16%), seguido de los malos tratos psicológicos (15,2%), económicos (4,7%) y físicos (0,1%) – La presencia simultánea fue de 3,6%.
2011	El Gobierno Vasco		1207 PM de 60 años	– 0,9% malos tratos percibidos por el mayor – 1,5% malos tratos percibidos por los entrevistadores – El tipo de maltrato percibido con mayor frecuencia fue el psicológico, seguido de la negligencia, los malos tratos físicos y los sexuales, no encontrándose malos tratos económicos.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales
Nº 41
Jun. 2013

1981		Québec (Canadá)	140 profesionales	– Se registraron 974 acciones de malos tratos – El 35,5% fueron observadas en centros residenciales u hospitales y un 28,4% en instituciones.
1989	Pillemer y Moore	EE.UU.	Profesionales de residencias de mayores	– 36% reconoció que habían sido testigos de al menos un incidente de malos tratos físicos por parte de otro miembro del personal – 10% admitió haber cometido malos tratos – El 81% observó malos tratos psicológicos y un 40% admitió haberlos cometido
1993	Colegio de Enfermeras	Ontario (Canadá)	804 enfermeras y 804 auxiliares	– 20% testigos de malos tratos en residencias – 31% testigos de un manejo brusco con los pacientes – 28% presenció gritos, insultos y comentarios embarazosos, de empleados a los pacientes – 10% testigos de situaciones en las que un profesional golpeaba o empujaba a pacientes.
1999	Savernan et al	Suecia		– 11% de los empleados eran conscientes de que los malos tratos hacia las personas mayores se producían en su institución
2005	Ens	Canadá		– 20% de los empleados había sido testigo de malos tratos hacia mayores institucionalizados
2004	Goergen	Alemania	empleados de instituciones de cuidados de larga duración	– 23,5% reconocieron haber cometido malos tratos físicos – 53,7% haber cometido malos tratos psicológicos.

4.3. Datos de prevalencia de malos tratos institucionales

5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN LOS MALOS TRATOS

El interés por identificar el perfil de la víctima y el perfil del responsable de los malos tratos ha centrado muchas de las investigaciones realizadas en los últimos años. Sin embargo, predecir un perfil exacto se muestra como una actividad harto imposible, dado que los malos tratos pueden estar presentes y afectar a todas las edades y a todos los niveles socioeconómicos, y ajustar un perfil podría llevarnos al error de diagnosticar falsos positivos o bien falsos negativos, con el daño que eso puede producir tanto en la víctima como en el responsable.

Analizar los factores de riesgo que suelen estar presentes en las situaciones de malos tratos nos permite estar alerta ante la posibilidad de que surjan o acontezcan en una situación que nos pueda llevar a sospechar de la ocurrencia de los mismos, razón por la cual ha sido abordado ampliamente tanto en el ámbito formal como informal.

La presencia de estos factores no implica o no justifican que se diagnostique una situación de malos tratos, pero pueden servir como señal de alarma para estar atentos ante su posible ocurrencia. Por ello, una evaluación pormenorizada tanto a la persona mayor, como al posible responsable de los mismos así como al contexto de la situación es necesaria para su confirmación.

Aunque vamos a hacer un repaso sobre algunos de los factores de riesgo de malos tratos a mayores tanto en el ámbito comunitario como institucional, más destacados en la literatura científica, es preciso señalar que son factores que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de aparición, y no todas las investigaciones obtienen los mismos resultados, siendo en ocasiones contradictorios, debido fundamentalmente a las poblaciones estudiadas, los instrumentos utilizados, los métodos de recogidas de datos, etc., por lo que se irá señalando en cada uno de ellos.

La sensibilización y concienciación también se incrementa con el conocimiento de los factores de riesgo asociados a este fenómeno. Este tema se ha abordado ampliamente tanto en ámbito informal como formal. Los malos tratos hacia las personas mayores no son el resultado de la presencia de un único factor sino de la combinación

de diferentes factores que pueden estar presentes en la propia persona mayor, en el responsable de los malos tratos o en el contexto de la situación.

En primer lugar, entre los factores presentes en la persona mayor cabe destacar: sexo (Sancho et al., 2011; Pérez-Cárceles, et al., 2009; Pérez-Rojo et al, 2008a; Kivelä et al., 1992; Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Payne y Cikovic, 1995), edad (Nacional Center on Elder Abuse, 1998), estado civil (Lowenstein et al., 2009; Schiamberg y Gans, 2000; Vida et al. 2002; Sancho et al, 2011), nivel educativo (Lowenstein et al.,2009 y Sancho et al., 2011), comportamientos provocadores y/o agresivos, presentes especialmente en personas con demencia (Kosberg, 1988; Pérez-Rojo, et al., 2008c; Pérez-Rojo, et al., 2008d; Cooper et al., 2010; Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010), deterioro cognitivo (Kosberg y Nahmiash, 1996; Cooper, 2008; Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010), salud percibida, habilidades de comunicación, dependencia (física, económica, etc.) (Schiamberg et al., 2011; Sancho et al., 2011; Pérez-Cárceles, et al., 2009; Lowenstein et al., 2009; Pillemer y Finkelhor, 1988; Kosberg, 1988; Glendenning, 1993), sentimientos de culpabilidad (Quinn y Tomita, 1997; Schiamberg y Gans, 2000), lealtad excesiva hacia el responsable (Kosberg, 1988), o resignación (Schiamberg y Gans, 2000), número de visitas recibidas en las instituciones (CGPJ, 2009; NCEA, 2005; Payne y Cikovic, 1995), cambio frecuente de domicilio y centro sanitario, desconocimiento de sus propios derechos (CGPJ, 2009), asumir estereotipos edadistas (discriminación basada en la edad), vivir con una persona con que padece enfermedad mental, consumo de alcohol, sintomatología depresiva, ansiedad, sentimientos de soledad, incontinencia urinaria, situación económica, satisfacción con la vida, presencia de enfermedad y calidad de vida.

En segundo lugar, entre los factores de riesgo presentes en el responsable de los malos tratos cabe señalar: sexo (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 1993; Payne y Cikovic, 1995), edad (Sancho et al.,2011), parentesco con la persona maltratada (algunos estudios señalan que son los hijos (Sancho, et al, 2011; Lowenstein et al., 2009) y otros a los cónyuges (Pérez-Rojo, et al., 2008), categoría profesional (p.ej., auxiliares, enfermeras), inexperiencia (falta de conocimientos y entrenamiento adecuados) en el cuidado de una persona mayor (CGPJ, 2009; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, demencia) (Tomita, 1990; Quinn y Tomita, 1997; Pérez-Rojo, et al., 2008c), afrontamiento, abuso de sustancias (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008a; Godkin, Wolf

y Pillemer, 1989), deterioro cognitivo debido a demencia o enfermedad de Parkinson, sentimientos negativos (ira y hostilidad) (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998), estrés o sobrecarga (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008b; Cooper et al., 2010; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Anetzberger, 2005; Pérez-Rojo, et al., 2008c y 2008d), bajos sentimientos de autoeficacia (Pérez-Rojo, et al., 2008c), dependencia económica (CGPJ, 2009) o para el alojamiento de la persona mayor (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), edadismo (CGPJ, 2009).

Finalmente, entre los factores de riesgo presentes en el contexto, podemos indicar que entre los que pueden aumentar el riesgo de malos tratos se encuentran: cantidad de ayuda (formal e informal) recibida (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008c, 2008d; Wolf y Pillemer, 1989; Kosberg y Nahmiash, 1996; Sancho et al., 2011), aislamiento social, tanto en el cuidador (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000; CGPJ, 2009) como en la persona mayor (Garre-Olmo, et al., 2009; Pérez-Rojo et al, 2008a; Payne y Cikovic, 1995; Homer y Gilleard, 1990), situación económica, tipo de convivencia, calidad de la relación anterior (Sancho, et al., 2011; CGPJ, 2009; Kosberg, 1988; Pérez-Cárceles, et al., 2009 y actual (Buzgová y Ivanová, 2009; Clough, 1999; Pérez-Rojo, et al., 2008d; Glendenning, 1993), conflictos familiares (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008a; Kivelä et al., 1992), satisfacción (Goergen, 2001), historia previa de violencia familiar (CGPJ, 2009).

En relación a los factores de riesgo en las instituciones: la no existencia de una política de prevención en la institución de los malos tratos, es decir, una declaración pública que remarque el compromiso de la institución hacia la comunicación abierta que reconoce y apoya la dignidad de los residentes (NCEA, 2005); mala organización del trabajo (Buzgová y Ivanová, 2009); el régimen o normas de la institución, como la hora de levantarse, irse a dormir o comer (Buzgová y Ivanová, 2009; CGPJ, 2009); la escasez de personal (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Buzgová y Ivanová, 2009; NCEA, 2005; Goergen, 2001; Clough, 1999); alta rotación del personal (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; NCEA, 2005; Clough, 1999); inadecuada selección de los empleados (NCEA, 2005); historial de deficiencias o quejas (NCEA, 2005; Clough, 1999); tendencia a la obstinación diagnóstica y terapéutica (CGPJ, 2009); falta de controles e inspecciones (CGPJ, 2009); la apariencia de la institución (Clough, 1999); la "cultura" (incluyendo objetivos, tradiciones, valores, actitudes compartidas, sanciones, etc.) (NCElA, 2005). Además de las ausencias por enfermedad de los trabajadores, la poca supervisión (Clough, 1999), número de

residentes en la institución (Jogerst et al., 2006; Lowenstein, 1999); falta de tiempo para la atención de los mayores (National Center on Elder Abuse, 2005; directores poco profesionales (National Center on Elder Abuse, 2005; Clough, 1999); diseño ambiental no adaptado a las necesidades de las personas mayores (CGPJ, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005); además de la precaria situación laboral; los problemas personales de los trabajadores; burnout (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Pillemer y Brachman-Prehn, 1991); mala relación con los residentes; la falta de detección y notificación de los casos o la inadecuada formación de los profesionales (Schiamberg et al., 2011; Buzgová y Ivanová, 2009; CGPJ, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005); vocación (Tellis-Nayak y Tellis-Nayak, 1989); presiones en el trabajo (Pillemer y Brachman-Prehn, 1991); si han sido testigos de malos tratos por otros trabajadores y creen que es una norma social de la institución y ese trato es esencial para la integración en la cultura organizacional (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Payne y Cikovic, 1995); carga de trabajo (Schiamberg et al., 2011); ser agredidos por los residentes (Astrom, Karlsson, Sandvide, et al., 2004); y el alto consumo de alcohol (Clough, 1999), que pueden suponer un riesgo para los mayores institucionalizados.

6. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN CONTRA LOS MALOS TRATOS

Tras analizar y valorar los datos de prevalencia de malos tratos existentes tanto a nivel nacional como internacional, y tal como propuso la la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, el siguiente paso para abordar los malos tratos en las personas mayores debería ser la elaboración y aplicación de programas de detección e intervención, que permitan el desarrollo y la implementación de estrategias efectivas para la prevención y el manejo de estas situaciones, atendiendo tanto a la persona mayor como a los responsables de las situaciones de malos tratos, no debiendo olvidar la necesidad de continuar realizando investigaciones que permitan conocer la magnitud real del problema.

6.1. Proyectos de investigación entre España y otros países

Una de las iniciativas más recientes llevadas a cabo en España fue la realizada por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud

(OMS): "Respuesta Global al Maltrato hacia las Personas Mayores, incluyendo la Negligencia: Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial", cuyo objetivo era la adaptación de un instrumento de screening para la detección de malos tratos a persona mayores y su aplicación en diferentes países.

El proyecto MILCEA (Monitoring in Long Term Care. Pilot Project on Elder Abuse, 2009-2012) (VS/2009/0557) fue concedido por la Comisión Europea, para desarrollar un sistema de monitorización aplicado a situaciones de cuidado prolongado que identificara y detectara los malos tratos a mayores.

En tercer lugar, otro de los estudios más recientes llevados a cabo para analizar las consecuencias de los malos tratos en mujeres mayores y cuyo fin es contribuir a crear una mayor conciencia de las necesidades y dificultades de las mujeres mayores es el Proyecto Daphne JUST/2009-2010/DAP/AG/0992: "Stop a la violencia contra las mujeres mayores: STOP VIEW", en el que han participado 6 países socios (Italia, España, Bulgaria, Francia, Portugal y Eslovenia).

6.2. Programas de intervención

A pesar de todos los datos presentados acerca de las investigaciones y estudios llevados a cabo para el conocimiento de la presencia de malos tratos en las personas mayores, la intervención en casos potenciales o reales ha recibido una menor atención.

Teniendo en cuenta que en un porcentaje muy elevado de las situaciones de maltrato las acciones no son intencionadas y el responsable de las mismas no es consciente de ello, las intervenciones deberían plantearse desde una perspectiva positiva y no punitiva.

Hasta ahora, la mayoría de los programas de intervención existentes para la reducción y/o eliminación del riesgo de maltrato al mayor, se han centrado principalmente en la persona mayor (Vladescu et al., 1999), y no tanto en el responsable de los mismos, aunque algunos autores como Kingsley y Johnson (1995) o Scogin, et al. (1989) y otros profesionales han desarrollado programas de intervención centrados específicamente en el cuidador informal o formal (Davis et al., 2001; Davis y Medina-Ariza, 2001; Richardson et al., 2002, 2004; Brownell y Heiser, 2006). No obstante, la revisión de estos estudios sugiere que no se dispone de evidencia suficiente para apoyar las pocas intervenciones centradas en los malos tratos hacia las

personas mayores e incluso algunos estudios no incluyen grupo control.

En las dos últimas décadas se han desarrollado programas de intervención destinados a cuidadores de personas mayores con demencia con el objetivo principal de reducir principalmente el malestar causado por la situación de cuidado (Losada, Márquez-González, Knight, Yanguas, Sayegh y Romero, 2010; Knight, Lutzky y Macofsky-Urban, 1993; Gallagher-Thompson, Lovett, McKibbin, Coon, Futterman, et al., 2000); los pensamientos disfuncionales (Losada, Márquez-González, Knight, Yanguas, Sayegh y Romero, 2010; Losada, Knight y Márquez, 2003; Márquez- González, Losada, Izal, Pérez-Rojo y Montorio 2007); la frustración (Gallagher-Thompson y De Vries, 1994; Coon, Thompson, Steffen, Sorocco y Gallagher-Thompson, 2003); la depresión (Coon, Thompson, Steffen, Sorocco y Gallagher-Thompson, 2003);o la carga (Ostwald, Hepburn, Caron, Burns y Mantell, 1999); o investigaciones multicomponentes centrados en los factores de riesgo (Pillemer et al., 2007)que aunque no estaban diseñados específicamente para la reducción del riesgo de maltrato, pueden prevenirlos de forma indirecta tratando algunos de los factores que propician su aparición.

En el año 1989, Sogin, Beall, Bynum, Stephens, Grote, Baumhover y Bolland propusieron un modelo para la intervención en casos de malos tratos a personas mayores basado en un programa de formación en habilidades e información para cuidadores informales (aspectos biopsicosociales del envejecimiento, solución de problemas, manejo del estrés y la ira y la utilización de recursos comunitarios).

Kingsley y Jonson (1993) elaboraron un programa de intervención aplicado al responsable de la situación de malos tratos, con el desarrollo de habilidades y estrategias para la prevención, confrontación de comportamientos abusivos y sentimientos negativos relacionados con el cuidado, etc.

Davis y Medina-Ariza (2001) implantaron un programa de intervención con 403 personas, distribuidas entre aquellos que fueron asignados a a recibir o no dos intervenciones diseñadas para disminuir la frecuencia de estos episodios (información sobre malos tratos y visitas a domicilio de un equipo de profesionales).

Brownell y Heiser (2006) desarrollaron un programa de apoyo para mujeres mayores víctimas de malos tratos en el que se aborda-

ban diferentes temas como la violencia doméstica, el maltrato y la negligencia, los conflictos familiares, la evaluación de la historia familiar, el fomento de autoestima, la atención a la depresión, ansiedad y estrés, el abuso de sustancias y juego, el afrontamiento de la pérdida y el cambio en las relaciones con las personas queridas y estrategias para el cambio.

En España, respecto a las intervenciones con los posibles responsables, desde hace años se aborda la intervención con cuidadores familiares, aunque, estos programas no están centrados específicamente en la prevención de situaciones de malos tratos (López y Crespo, 2008). Y, en cuanto a la intervención con cuidadores formales, aunque existe evidencia de formación de profesionales para aumentar la sensibilización y concienciación, existe poca documentación científica que evidencie su desarrollo y resultados. En España, no se dispone de datos que muestren la eficacia de la formación aplicada a cuidadores formales.

En los últimos años, se han desarrollado programas educativos o de formación para profesionales de diferentes disciplinas: médicos (Ahmad y Lachs, 2002; Lachs y Pillemer, 2004), enfermeras (Bond, 2004; Richardson, Kitchen y Livingston, 2002), trabajadores sociales (Richardson, Kitchen y Livingston, 2002) y otros profesionales.

En el año 1992, Hudson, publicó un artículo en el que incluía información sobre un programa de 8 módulos, llevado a cabo con auxiliares. Los módulos trataban de: comprensión del fenómeno de malos tratos institucional, identificación y reconocimiento de tipos de malos tratos, posibles causas, entender los sentimientos hacia el cuidado, perspectivas cultural y étnica y sus implicaciones en las dinámicas residente-profesional, malos tratos a los profesionales por los residentes, cuestiones éticas y legales respecto a informar de sospecha de malos tratos y estrategias de intervención para la prevención de los malos tratos. Sin embargo, no se dispone de información sobre su eficacia.

En 1996, Goodridge et al., aplicaron un programa de prevención para 126 auxiliares o gerocutores y descubrieron que los conflictos entre estos profesionales y los residentes disminuía tras el programa.

Los objetivos de la intervención, desarrollada por Anetzberger et al. (2000), eran aumentar la detección, mejorar la planificación de los cuidados y promover la prevención de los malos tratos en personas

mayores con demencia con sospecha o en riesgo de malos tratos. El programa demostró ser una aproximación eficaz para estas cuestiones.

En cuanto a los programas realizados con profesionales, una muestra de ellos es el llevado a cabo en 1992 por Hudson con auxiliares para tratar temas como la comprensión de los malos tratos a nivel institucional, la identificación y el reconocimiento de tipos de malos tratos y sus posibles causas, los sentimientos hacia el cuidado y sus implicaciones en las dinámicas residente-profesional o las estrategias de intervención para la prevención de los malos tratos.

En ese mismo año, Wilkner y Shenkman, desarrollaron un programa de prevención para auxiliares que mostró sus beneficios tanto para el personal que participaba como para la propia institución. Otro programa publicado por Frontline Publishing constaba de módulos de formación diseñados para mejorar la autoestima así como las habilidades de los/as auxiliares.

Richardson, Kitchen y Livingston (2002) desarrollaron una intervención educativa en la que participaron enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales que trabajaban con personas mayores, obteniendo efectos positivos en el grupo que participaba en la intervención educativa.

Mason (2003) desarrolló un programa psicoeducativo de 12 sesiones para enseñar a los responsables de malos tratos a reconocer conductas inaceptables y proporcionarles opciones aceptables, aunque no se encontró efecto sobre el cambio de conducta.

Richardson et al., (2004) probaron el efecto de un programa de formación para enfermeras en el reconocimiento de malos tratos y manejo de casos en pacientes con demencia. Asignaron aleatoriamente a 64 profesionales al grupo experimental o grupo control. Los resultados demostraron que los participantes del grupo experimental mejoraron su conocimiento y sus habilidades para manejar los malos tratos a mayores.

Hsich et al. (2009) analizaron la efectividad de un grupo educativo de apoyo para disminuir el maltrato psicológico a las personas mayores, reducir el estrés laboral y promocionar el conocimiento sobre los cuidados geriátricos en un grupo de 100 cuidadores profesionales (50 en el grupo experimental y 50 en el grupo control). Los

resultados mostraron que la intervención tenía efectos significativos en la disminución del maltrato psicológico así como en el incremento del conocimiento sobre los cuidados en el grupo experimental.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de trabajar en el desarrollo y aplicación de programas de intervención, tanto para cuidadores familiares como profesionales, que ayuden, por un lado, a eliminar factores de riesgo y prevenir situaciones de malos tratos, y por otro lado, a fomentar situaciones de buen trato hacia las personas mayores.

En España existe carencia de experiencias relacionadas con la intervención en malos tratos a mayores. Una de ellas es un proyecto liderado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid desde 2009 denominado "Atención a Personas Mayores especialmente vulnerables". En este proyecto un equipo multidisciplinar (una psicóloga, una trabajadora social y una enfermera), acuden al domicilio de personas mayores víctimas de malos tratos para su atención y la de los responsables de los mismos.

6.3. Programas de sensibilización y concienciación

Tanto en España como en otros países desde hace unos años se hace hincapié en el aumento de la sensibilización y concienciación en los malos tratos a mayores a través de la formación especialmente dirigida a profesionales, dado que la falta de sensibilización y concienciación puede tener como consecuencia la no identificación ni detección de situaciones de malos tratos, tanto por parte de profesionales, como por la sociedad en general y las propias personas mayores.

Existe poca evidencia estadística de la eficacia de los programas para el aumento de la concienciación y sensibilización, aunque algunos estudios señalan que la educación de los profesionales aumenta el conocimiento sobre los malos tratos a personas mayores (Anetzberger et al., 2000; Richardson, Kitchen y Livingston, 2002), lo que permiten aumentar su detección, mejorar la planificación de los cuidados y promover la prevención de los malos tratos en personas mayores con demencia con sospecha o en riesgo de malos tratos.

En los últimos años, se han desarrollado programas educativos o de formación para profesionales médicos (Ahmad y Lachs, 2002; Lachs y Pillemer, 2004), enfermeras (Bond, 2004; Richardson, Kitchen y

Livingston, 2002), trabajadores sociales (Richardson, Kitchen y Livingston, 2002; Wilke y Vinton, 2003) y otros profesionales, orientados en el aumento de sensibilización y concienciación sobre los malos tratos a mayores, así como en la mejora de la detección de casos de malos tratos, pero no así en la disminución del riesgo mismo de malos tratos. Por ejemplo, Radensky y Parikh (2008) realizaron formación para profesionales con el objetivo de que reconocieran signos y síntomas de malos tratos a mayores y para la detección e información de casos. Sin embargo, estas iniciativas de formación no han sido diseñadas ni incluyen, en la mayoría de las ocasiones, un programa propiamente de intervención con evaluación pre y post, sino que se realizan con el único objetivo de despertar sensibilidades en los destinatarios.

Además, para el desarrollo de la sensibilización y concienciación, tanto a nivel internacional como nacional se han elaborado diferentes guías dirigidas a diferentes poblaciones como profesionales de diferentes disciplinas, población en general, etc. como la publicada por el IMSERSO Barbero et al. (2005) o la desarrollada por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y publicada en 2011.

Por otro lado, se han desarrollado campañas de sensibilización y concienciación como la campaña Stop Elder Abuse desarrollada en Holanda o campañas realizadas en Canadá por ONPEA (Ontario Network of Prevention Elder Abuse).

A nivel nacional, en Octubre, el Gobierno Vasco lanzó, por primera vez en nuestro país, una campaña a través de los medios de comunicación orientada a la sensibilización y concienciación de la población general, que ponía a disposición de toda la población un número de teléfono al que llamar para solicitar información o para desvelar o denunciar una situación posible o real de malos tratos en personas mayores (http://www.nodejesqueocurra.com/).

7. CONCLUSIONES

El abordaje de un problema que afecta a la seguridad y a la calidad de vida de las personas mayores es complejo y complicado; no sólo por la multitud de definiciones y teorías que intentan darle explicación, sino porque, al igual que ocurre en otros tipos de violencia interpersonal, provoca un fuerte choque emocional tanto entre la sociedad como entre los profesionales que tienen que atender a las

víctimas y a los responsables de malos tratos (Cuesta, 2006; Tabueña, 2006), lo que en ocasiones puede convertirse en una barrera al intervenir con ellos.

El desconocimiento y la falta de formación sobre las personas mayores y los malos tratos puede convertirse en una barrera que dificulta la detección (Pérez Rojo e Izal, 2007) y un factor de riesgo en la intervención en situaciones de violencia contra las personas mayores, sobre todo si ésta se realiza de forma episódica y no sistemática (MacNamara, 1992).

Por ello, es preciso formar e informar a los profesionales, personas mayores y a la sociedad en general acerca de la forma y tipo de malos tratos que se ejercen contra las personas mayores, conocer las características que distinguen a las personas mayores para erradicar mitos y estereotipos asociados a la vejez; y dotar de habilidades y estrategias a los profesionales con el fin de que puedan prevenir, detectar e intervenir correctamente en casos de violencia hacia los mayores. Además de, como indicó la II Asamblea del Mundial Envejecimiento, el desarrollo campañas de concienciación y la elaboración de documentos y guías para facilitar su conocimiento y la detección de casos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ADELMAN, R; SIDDIQUI, H. y FOLDI, N. (1998) Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. En: Hersen M, Van Hasselt VB. Handbook of Clinical Geropsychology . New York: Plenum Publishing Company.

AHMAD, M. y LACHS, M.S. (2002). Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. *Cleveland Clinical Journal of Medicine, 69*(10), 801-808.

ANETZBERGER, G.J.; PALMISANO, B.R.; SANDERS, M.; BASS, D.; DAYTON, C.; ECKERT, S.; y SCHIMER, M.R. (2000). Model intervention for elder abuse and dementia. *Gerontologist, 40(4)*, 492-497.

ASTROM, S., KARLSSON, S., SANDVIDE, A., et al. (2004). Staff´s experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Science, 18(4)*, 410-416.

AYUNTAMIENTO DE MADRID (2011). Buen trato a las personas mayores.

BACCHUS, L.; MEZEY, G y BEWLEY, S. (2002). Women´s perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. British Journal of Obstretrics and Gynaecology, 109: 9-16.

BARBERO, J.; BARRIO, I.M.; GUTIERREZ, B.; IZAL, M.; MARTÍNEZ, A.; MOYA, A.; PÉREZ, G.; SÁNCHEZ del Corral, F. y YUSTE, A. (2005). Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Manual teórico-práctico sobre el maltrato a mayores. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf

BAZO, M.T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 36*(1), 8-14.

BENNET, G. y KINGSTON, P. (1993) Elder Abuse: Theories, Concepts and Interventions. London: Chapman and Hall.

BEAUVOIR, S. (1970) : La vieillissement. Buenos Aires .Editorial Sudamericana.

BLOCK, M.R. y SINNOTT, J.D. (Eds.) (1979). The battered elder syndrome: An exploratory study. University of Maryland Center on Aging :College Park, MD

BOND, C. (2004). Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse. *Professional Nurse, 20* (4) 39-41.

BRADLEY, F., et al. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. British Medical Journal, 324: 271-274.

BUZGOVÁ, R. e IVANOVÁ, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics, 16(1)*,110-126

CLOUGH, R. (1999). Scandalous Care: Interpreting Public Enquiry Reports of Scandals in Residential Care. *Journal of Elder Abuse and Neglect 10(1/2),* 13-27.

COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (1993). *Abuse of Clients of Registered Nurses and Registered Nursing Assisstants*. Reporting to Council on Results of Canada Health. Monitor Survey of Registrants, 1-11.

COMIJS, H.C.; POT, A.M.; SMIT, J.H. y JONKER, C. (1998). Elder abuse in the Community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society; 46,* 885-888.

COMPTON, S.A.; FLANAGAN, P., y GREGG, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*(6), 632-635.

CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL (CGPJ) (2009). *Personas mayores vulnerables: Maltrato y abuso*. Centro de documentación judicial. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cgpj-personasmayores-01.pdf

D´AVOLIO, D. et al., (2001). Screening for abuse: barriers and opportunities. Health Care for Women International, 22: 349-362.

ENS I. (2005). *Abuse of older adults in institutions*. Ottawa, ON: National Clearinghouse on Family Violence.

FUNDACIÓN LA CAIXA (1994): Mayores y adolescentes. Estudio de una relación. Barcelona.

FUTURAGE. (2011). A road map for European Aging Research. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/futurage-aroadmap-01.pdf

GARRE-OLMO, J.; PLANAS-PUJOL, X.; LÓPEZ-POUSA, S.; JUVINYÁ, D.; VILÁ, A. y VILALTA-FRANCH, J. (2009). Prevalence and Risk

Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older. Journal of American Geriatrics Society, 57: 815-822.

GERBERT, B. et al. (1999). When asked, patients tell: disclosure of sensitive health-risk behaviors. Medical Care, 37: 104-111.

GIELEN, A.C. et al. (2000). Women´s opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. American Journal of Preventive Medicine, 19: 279-285.

GIOGLIO, G. y BLAKEMORE, P. (1983). Elder abuse in New Jersey: The knowledge and. experience of abuse among other New Jerseyans. Trenton, New Jersey

GLENDENNING, F. (1993) What is Elder Abuse and Neglect. En: Decalmer P, Glendenning F. The Mistreatment of Elderly People. London-Newbury Park-New Delhi: SAGE Publications.

GLENDENNING, F. (1999). Elder abuse and neglect in residential settings: the need for inclusiveness in elder abuse research. Journal of Elder Abuse, 10(1-2): 1-11.

GOBIERNO VASCO (2012). Cien propuestas para avanzar en el bienestar y buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/1489/100_propuestas_para_avanzar.pdf?1317378358

GOLDBERG, D.; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P. et al (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J, 97: 897-899.

GODKIN, M.; WOLF, R.; PILLEMER, K. (1989) A Case-Comparison Analysis of Elder Abuse and Neglect. International Journal of Aging and Human Development, 28(3): 207-25.

GOERGEN, T. (2001). Strees, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professionals caregivers. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 13(1),* 1-27.

GOODRIDGE, D.M.; JOHNSTON, P. y THOMPSON, M. (1996). Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing

assistants: Implications for institutional elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 8(1),* 49-67

GORDON, R. M. y BRILL, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. International Journal of Law and Psychiatry, 24, 183-197

HENDERSON, D.; BUCHANAN, J.A. y FISHER, J.E. Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: Schewe PA (Ed). Preventing violence in relationships: Interventions across the life span. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2002; p. 223-45.

HIRST, S.P. (2002). Defining resident abuse within the culture of long term care institutions. *Clinical Nursing Research, 11(3)*, 267-284.

HOMER, A.C. y GILLEARD, C.(1990) Abuse of elderly people by their carers. British Medical Journal , 301: 1359-62.

HOWE, A.; CRILLY, M.; FAIRHURST, R. (2002). Acceptability of asking patients about violence in accident and emergency. Emergency Medicine Journal, 19: 138-140.

HSICH, H.; WANG, J.; YEN, M. y LIU, T. (2009). Educational support group in changing caregivers´ psychological elder abuse behaviour toward caring for institutionalized elders. *Advanced in Health Sciences Education, 14*, 377-386

HSU, S. (2006). The development and testing of the caregiver psychological elder abuse behaviour scale. Unpublished.

HUDSON, B. (1992). Ensuring and Abuse-Free Environment: A Learning Program for Nursing Home Staff. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 4(4),* 25-36

IBORRA, I. (2008). Malos tratos de personas mayores en la familia en España. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía).

JEFFERY, M. y LEVING, M.D. (2003). Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics, 58(10),* 37-39.

JOGERST, G.J. et al. (2006). Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse. *Journal of the American Medical Directors Association, 7(4),*203-207.

KESSEL, H.; MARÍN, N. y MATURANA, N. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. Revista Española de Geriatría y Gerontología 31, 367-372.

KINGSTON, P. y PENHALE, B. (1995) (Eds.) Family Violence and the Caring Professions, Basingstoke: Macmillan.

KIVELÄ, S. L., et al. (1992). Abuse in Old Age: Epidemiological Data From Finland. Journal of Elder Abuse & Neglect 4(3): 1¬18.

KOGAN, N. (1961). Attitudes toward old people: the development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 62,* 44-54.

KOSBERG, J.I. (1988) Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions. The Gerontologist, 28(1): 43-50.

KOSBERG, J.I. y NAHMIASH (1996) Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect. En: Baumhorer LA, Bell SC (Eds.). Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention. Baltimore, MD: Health Professions Press.

KURRLE, S.E.; SADLER, P.M.; LOCKWOOD, K. y CAMERON, I.D. (1997). Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four aged care assessment teams. *Medical Journal of Australia, 166*, 119–122.

LACHS, M.S., et al. (1998). The mortality of elder mistreatment. Journal of the American Medical Association, 280 : 428-432.

LACHS, M.S. y PILLEMER, K. (2004). Elder Abuse*. Lancet, 364*, 1263-1273.

LOBO, A.; EZQUERRA, J., GÓMEZ, F.; SALA, J. y SEVA, A. (1979) El "Mini-Examen Cognoscitivo": Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1979; 3: 189-192.

LÓPEZ, J. y CRESPO, M. (2008). *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar "Cómo mantener su bienestar.* Madrid: IMSERSO.

LOSADA, A., MÁRQUEZ, M., KNIGHT, B.; YANGUAS, J.; SAYEGH, P. y ROMERO-MORENO, R. (2010). Psychosocial factors and caregiver´s distress: Effects of familism and dysfunctional thoughs. *Aging & Mental Health, 14(2),* 193-202.

LOWENSTEIN, A. (1999). Elder abuse in residential setting in Israel – myth or reality? *Journal of Elder Abuse & Neglect, 10(1/2),* 133-151.

LOWENSTEIN, A. EISIKOVITS, Z., BAND-WINTEERSTEIN, T. y ENOSH, G.(2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. Journal of Elder Abuse and Neglect, 21(3):253-77.

MASON, A. (2003). Stop elder abuse and mistreatment: A psycho-educational program for abusers of the elderly. *Victimization of the Elderly and Disabled, 5(5)*, 67

MÁRQUEZ, M.; LOSADA, A.; IZAL, M.; PÉREZ-ROJO, G. y MONTORIO, I. (2007). Modification of Dysfunctional Thoughts about Caregiving in Dementia Family Caregivers: description and outcomes of an Intervention Program. *Aging & Mental Health, 11*, 616-625.

MENA, M.J.; SÁNCHEZ, C. y TRIANES, V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista multidisciplinar gerontológico, 15(4)*, 212-220

MIGUEL-TOBAL, J.J., CANO-VINDEL, A.; CASADO, M.I. y SPIELBERG, C.D. (2001). Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo – STAXI – 2: Spanish Adaptation. Madrid: TEA.

MORENO-JIMÉNEZ, B.; BUSTOS, R.; MATALLANA, A. y MIRALLES, T. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 13*(2), 185-207.

MORANTE, M.E.; MORENO-JIMÉNEZ, B. y RODRÍGUEZ, A. (2006). Traducción del instrumento de evaluación Professional Satisfaction and Fatigue Subscales - version IV (ProQOL).

http://www.isu.edu/~bhstamm. Universidad Autónoma de Madrid.

NAAPSA (2003): *Formative Evaluation of Adult Protective Services Curricula,* en: http://www.apsnetwork.org/Resources/docs/FormulativeEvaluation.pdf

NATAN, M.B.; LOWENSTEIN, A. y EISIKOVITS, Z. (2010). Psychosocial factors affecting elder´s maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review, 57,* 113-120.

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (NCEA). (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report.* Available at http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (2005). Nursing home abuse risk prevention profile and checklist. National Association of State Units on Aging.

OGG, J. y BENNETT, G.C.J. (1992). Elder abuse in Britain. British Medical Journal, 305, 998-999.

O´KEEFFE, M.; HILLS, A.; DOYLE, M.; McCREADIE, C.; SCHOLES, S.; CONSTANTINE, R.; TINKER, A.; MANTHORPE, J.; BIGGS, S. y ERENS, B. (2007). UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence survey report. National Centre for Social Research.

PAPADOPOULOS, A. y LA FONTAINE, J. (2000) Elder Abuse. Therapeutic Perspectivas in Practice. United Kingdow: Winslow Press Ltd.

PAYNE, B.K. y CIKOVIC, R. (1995). An empirical examination of the characteristics, consequences and causes of elder abuse in nursing home. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 7(4),* 61-74.

PECKOVER, S. (2002). Domestic abuse and women´s health: the challenge for primary care. Primary Health Care Research and Development, 3: 151-158.

PENHALE, B. (1993). The abuse of elderly people: Consideration for practice. British Journal of Social Work; 23(2): 95-112.

PEREL-LEVIN, S. (2008). Discussing Screening For Elder Abuse at Primary Health Care. World Health Organization.

PÉREZ-CÁRCELES, M.D.; RUBIO, L.; PEREÑIGUEZ, J.E.; PÉREZ-FLORES, D.; OSUNA, E. y LUNA, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 49,* 132-137

PÉREZ-ROJO, G.; IZAL, M. y MONTORIO, I. (2008a). Estudio multicéntrico sobre la sospecha de malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito comunitario*. Tesis no publicada.*

PÉREZ-ROJO, G.; IZAL, M. y MONTORIO, I. (2008b). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. Revista Española de Geriatría y Gerontología

PÉREZ-ROJO, G.; IZAL, M., MONTORIO, I. y PENHALE (2008c). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. Archives of Gerontology and Geriatrics, p.000-000

PÉREZ-ROJO, G.; IZAL, M., MONTORIO, I. y NUEVO, R. (2008d). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 8(1): 105-117

PÉREZ-ROJO, G. e IZAL, M. (2007). Marco conceptual. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

PILLEMER, K. y FINKERLHOR, D. (1989). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist, 28,* 51-57.

PILLEMER, K. y FINKERLHOR, D. (1989). Causes of Elder Abuse: Caregiver Stress Versus Problem Relatives. American Journal of Orthopsychiatry, 59(2), 179-187.

PILLEMER, K. y MOORE, D.W. (1989). Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist, 29*(3), 314-320.

PILLEMER, K.A. y BRANCHMAN--PREHN, R. (1991). Helping and hurting: predictors of maltreatment of patients in nursing home. *Research on Aging, 13(1),* 74-95.

PITSIOU-DARROUGH, E.N. y SPINELLIS, ID (1995). Mistreatment of the Elderly in Greece. Journal of Elder Abuse and Neglect, 6(3/4).

PITTAWAY, E. y WESTHUES, A. (1993). The Prevalence of Elder Abuse and Neglect of Older

PODNIEKS, E. (1992). National survey on abuse of elderly in Canada. *Journal of elder abuse and neglect, 4*, 5-58.

QUINN, M.J. y TOMITA, S.K.(1997) Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies (2nd edition). New York, NY: Springer Publishing Company.

RADENSKY, L., Y PARIKH, D. (2008). Developing a « Train the Trainer » Program to Identify Elder Abuse and Neglect: The Jewish Home Lifecare System Model. *Home Health Care Management & Practice, 20*(3), 254-259.

RADLOFF, L.S. (1977) The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Journal of Applied Psychological Measures, 1(3): 385-401.

REAY, A.M. y BROWNE, K.D. (2002). The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. Journal of Interpersonal Violence, 17(4), 416-431.

REIS, M. y NAHMIASH, D. (1995). Validation of caregiver screen (CASE). Canadian Journal on aging, 14(2): 45-61.

REIS, M. y NAHMIASH, D. (1998). Validation of the indicador s of abuse (IAO) screen. Gerontologist, 38: 471-480.

RICHARDSON, B.; KITCHEN, G. y LIVINGSTON, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: A randomized controlled trial. Age and Ageing, 31: 335-341.

RICHARDSON, B.; KITCHEN G. y LIVINGSTON, G. (2004). What staff know about elder abuse in dementia and the effect of training. *Dementia, 3(3*), 377-384

RISCO, C; PANIAGUA, M.C.; JIMÉNEZ, G.; POBLADOR, M.D.; MOLINA, L. y BUITRAGO, F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de malos tratos en la población anciana. *Medicina clínica 125*(2), 51-55

RODRÍGUEZ, M.A., et al., (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. Journal of the American Medical Association, 282: 468-474.

RUIZ, A.; ALTET, J., PORTA, N., DUASO, P., COMA, M. y REQUESENS, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospechade maltrato a ancianos. Atención Primaria.

SANCHO, M.T.; PÉREZ-ROJO, G.; DEL BARRIO, E.; YANGUAS, J. e IZAL, M. (2011). Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Gobierno Vasco.

SAVEMAN, B.; ASTROM, S.; BUCHT, G. y NORBERG, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 10(1/2),* 43–60.

SCHIAMBERG, L.B.; BARBOZA, G.G.; OEHMKE, J.; ZHANG, Z.; GRIFFORE, R.J.; WEATHERILL, R.P.; VON HEYDRICH, L. y POST, L.A. (2011). Elder abuse in nursing homes: an ecological perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 23(2),* 190-211.

SCHIAMBERG, L.B. ; GANS, D.M. (2000) Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. International Journal of Aging & Human Development, 50(4): 329-59.

SPIELBERG, C.D. (1999) State-Trait Anger Expression-2. Professional Manual. Psychological Assessment Resources Inc.

STENSON, K. et al. (2001). Women´s attitudes to being asked about exposure to violence. Midwifery, 17: 2-10.

TAKET, A. et al. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health setting. British Medical Journal, 327: 673-676.

TELLIS-NAYAK, V. y TELLIS-NAYAK, R. (1989). Quality of care and the burden of two cultures. When the world of the nurse's aid enters the world of the nursing home. *Gerontological Society of America, 29(3),*309.

TITUS, K. (1996). When physicians ask, women tell about domestic abuse and violence. Journal of the American Medical Association, 275: 1863-1865.

VLADESCU, D.; EVELEIGH, K.; PLOEG, J. y PATTERSON, C. (1999). An evaluation of a Client-Centered Case Management Program for Elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 11(4)*, 5-22.

YAFFÉ, M.J.; WOLFSON, C.; LITHWICK, M. y WEISS, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*

YAN, E.C. y TANG, C.S. (2004). Elder Abuse by Caregivers: A Study of Prevalence and Risk Factors in Hong Kong Chinese Families. Journal of Family Violence. 19(5):269-277.

WEBSTER, S.; STRATIGOS, S. y GRIMES, K. (2001). Women´s responses to screening for domestic violence in a health care setting. Midwifery, 17: 289-294.

WOLF, R.S. (1998) Domestic Elder Abuse and Neglect. En: Nordhus I, VandenBos G, Berg S, Fromholt P (eds.). Clinical Geropsychology. Washington, D.C.: American Psychological Association.

ZARIT, S.H. y ZARIT, J. (1982) Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1: 461-71.

Domestic violence victims in later life: Older women and intimate partner abuse (IPV)

Las mujeres mayores y el maltrato por parte de sus parejas

Patricia BROWNELL, PhD
Professor Emerita of Social Services Fordham University
brownell@fordham.edu

Jasmine LATAILLADE, LMSW
Consultant, International Opportunities Industrialization Centers (OIC)
jasmine.lataillade@gmail.com

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 168-185)
Fechas: Entrada: 20-03-2013; Aceptado: 05-04-2013 / ISSN: 2254-724X

ABSTRACT

Domestic violence is a social problem framed by both gerontologists and feminists in the 1970s. Old age is defined as 60 years of age and older and this can be a time of vigor and renewal as well as a time of frailty and decline. Domestic violence against older women is defined as physical, sexual, financial, neglect and abandonment. Quantitative research has examined prevalence of abuse affecting older women, and qualitative research captures the stories of intimate partner and family abuse in older women's own words. Together findings help shape interventions designed to promote women's safety and well-being in old age. An overview of definitions, theoretical frameworks, research, and interventions including programs for older women victims of intimate partner and family abuse is provided using case examples as illustrations.

KEY WORDS

Older women, Domestic violence, Intimate partner abuse, Elder abuse, Elder abuse interventions, Elder abuse research

---

RESUMEN

La violencia doméstica es un problema social enmarcado tanto por gerontólogos como feministas en los años 70. La etapa de la vejez se establece a partir de los 60 o más años y puede ser una etapa de vigor y renovación, así como de fragilidad y declive. La violencia doméstica contra las mujeres mayores es definida como física, sexual, económica, negligencia y abandono. La investigación cuantitativa ha examinado la prevalencia del maltrato hacia las mujeres mayores y, la investigación cualitativa se centra en las historias de violencia en las propias palabras de las mujeres mayores. Ambos tipos de investigación ayudan en la elaboración de intervenciones diseñadas para promover la seguridad y el bienestar de las mujeres mayores. En este artículo se revisan las definiciones, marcos teóricos, investigación e intervención, incluyendo programas para mujeres mayores víctimas de violencia doméstica.

PALABRAS CLAVE

Mujeres mayores, violencia doméstica, violencia infligida por la pareja, maltrato a mayores, intervenciones, investigación

- Maria, age 76, has been married for 40 years to her second husband, Franco. He verbally abused her in the beginning of their marriage but now he is suffering from Alzheimer's Disease and he has begun to hit her when she is providing care to him. She feels she cannot leave him because he married her when she was a single mother with a young son who was abandoned by his father, and adopted her son. Now an adult, her son is estranged from her and Franco because of Franco's behavior toward her, for which he blames her.
- Juana, age 80, is divorced and lives with her nephew, Roberto, the son of her diseased sister. Roberto suffers from bipolar disease and is a substance abuser. Juana feels she cannot ask Roberto to leave because she promised her sister before she died that she would care for him. Roberto does errands for Juana, styles her hair, and is kind to her when he is feeling well; however he is abusive when he is drinking or not taking his medication. Recently Juana called the police when Roberto hit her, but was so upset by their rough treatment of him during the arrest that she refused to testify against him. She subsequently let him back into her home, where he continues to behave erratically toward her, and she continues to support him financially.
- Portia, age 69, lives with her husband, Eduardo, a prominent architect and a civic leader. She has been physically and emotionally abused by him for over 40 years, during which time he has also had many affairs with other women. She has tried to leave him several times, but he refuses to discuss a divorce and will not give her money to live apart from him. Portia was trained as a nurse before she was married but has no money of her own.

Elder abuse was first defined as a significant social issue in the 1970's in the USA as a form of domestic violence that affects care dependent elderly victims and is perpetrated by caregivers, often adult daughters (Steinmetz, 1988). Unlike abuse of women of reproductive age, in the 1970's, domestic violence against the elderly was framed by the professional community as a medical and social problem. Recommended interventions included mandatory reporting of elder abuse, adult protective services in the community, screening in

emergency rooms, hospitals and nursing homes, caregiver support groups for the caregivers presumed to be at risk of developing caregiver stress, a presumed risk factor for abusive behavior, respite programs, and legislation to criminalize endangering vulnerable adults. Research on elder abuse in this paradigm found that victims were most likely to be older white women in their 80's and their adult daughter caregivers (Brownell, 1998).

Advocates for the elderly and for women soon realized that while important as it is to ensure protection of frail care dependent elderly at risk of abuse in their homes or care facilities, this approach was overlooking many older women who were not care dependent and lived independently, but who were in long term abusive relationships and/or were supporting care dependent abusive loved ones (Bergeron, 2001). This profile of victim/abuser dyad looked more like that of battered women of reproductive age. However, the difference was that older women experiencing abuse were past reproductive age and in some cases struggling with issues related to aging, and the abuse included not only intimate partner violence but also abuse by adult children and other relatives (Brandl & Cook-Daniels, 2002).

The age at which a victim is identified as an older woman is related to the paradigm of abuse under discussion (Leisley & Cooper, 2009). Old age in the domestic violence (DV) and intimate partner violence (IPV) framework may begin as early as 50 years, in community samples, 60 years, and in medical settings, 65 years of age and older (WHO, 2008). Elder abuse is defined as "a single or repeated act or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person" (WHO, 2008, p. 6).

THEORETICAL FRAMEWORKS

Early studies of elder mistreatment suggested that care dependent older women were most likely to be abused by overwhelmed caregivers, most notably adult daughters (Steinmetz, 1988). Other studies, in particular a large scale prevalence study conducted in Boston (USA), challenged these findings and suggested that caregiving older adults were most a risk of abuse by impaired adult relatives for whom they were providing care (Pillemer & Finkelhor, 1988).

More recently, studies of older women and domestic violence note similarities in dynamics of abuse for women of all ages (Raymond & Brandl, 2008). Power and control dynamics are used to explain the cause of abuse of older women by perpetrators of all ages (Brandl, 2000). Some studies diverge from this frame in explaining abuse of caregiving older women by impaired spouses with dementia like Alzheimer's Disease (Paveza, 2010).

Critical feminist gerontology is a framework used to conceptualize research that reflects women's own experience of growing older as well as the social construction of values related to women's old age (Freixas, Luque & Reina, 2012). Practice implications of this theoretical perspective for older women and IPV in the US have been examined by Vinton (1999) and for older women suffering from neglect in Sweden by Jönson & Åkerström (2004).

PREVALENCE OF IPV AND OLDER WOMEN: CROSS NATIONAL COMPARISONS

While overall prevalence of domestic violence involving older women victims is lacking, some studies have begun to gather data on this. Some prevalence studies have been conducted in the USA and in the European Union (EU). In a recent USA study reported in the Gerontologist (Bonomi, Anderson, Reid, Carrell, Fishman, Rivira & Thompson, 2007), lifetime partner prevalence rate for women age 65 and above is 26.5%, with 18.4% women experiencing physical or sexual violence, and 21.9% experiencing non-physical abuse. In this study, past five year prevalence is 3.5% and past year prevalence is 2.2%. Prevalence differs based on sampling criteria, including whether old age is defined as beginning at 50 years, 60 years or 65 years (Fisher, Zink & Regan, 2010).

One of the most ambitious recent prevalence studies on IPV and older women includes the European Union DAPHNE study (Montoya, 2011). In contrast to the findings of the US prevalence study referenced above, overall abuse reported by older Portuguese women age 60 and above is 39.4%, with 32.9% reported emotional abuse, 16.5% reported financial abuse, 12.8% violation of rights, 9.9% neglect, 3.6% sexual abuse and 2.8% physical abuse (Ferreira-Alves & Santos, 2011).

In a study of German older women and abuse, the lifetime prevalence of physical and sexual partner violence is 23% among women 50-65, and 10% among women 66-86 years of age (Stöckl, Watts & Penhale, 2012). Data are limited for older women in Asian cultures including Chinese older intimate partner violence survivors in North America, due to cultural reticence and definitional issues according to Shibusawa & Yick (2007).

Existing prevalence data on older women and domestic violence suggests that age cohort and cultural factors can influence findings. However, existing data also demonstrate that the problem of DV and older women is significant, especially if viewed from a life course perspective.

FINDINGS FROM QUALITATIVE RESEARCH: IN THEIR OWN VOICES - OLDER WOMEN AND VIOLENCE

In addition to prevalence studies on DV and older women, feminist researchers have begun to give voice to older women in sharing their experiences of violence (Mears, 2002; Penhale, 1999). One purpose is to give women the opportunity to speak up about violence. Another is to bring the hidden problem of violence against older women to the fore, in order to educate and influence policy makers, convince organizations serving battered women that they have a role to play in combating domestic violence against older women as well as those of reproductive age, and ultimately to reduce violence of all kinds experienced by older women (Mears, 2002).

Sexism and ageism have been identified as barriers to understanding the central themes and dilemmas of older women DV victims. Bergeron (2001) suggests that such constructions as older battered women being defined as elder abuse victims shape policy and practice as well as legal approaches that do not respond adequately to the problem of late life domestic violence. Recent studies on older battered women by qualitative researchers (Smith, 2012; Buchbinder & Winterstein, 2003) demonstrate the salience of adult children and the ambivalence older women struggle with in attempting to resolve life choices in the face of DV and IPV.

Paradigms of abuse from research on older women and domestic violence are varied, taking into account the more complex family and life situations of older women compared with younger women of reproductive age. In addition to class, race/ethnicity and cultural differences, older women's health due to age related changes may fluctuate, with vision and mobility issues more prominent in older women compared with younger women. Older battered women may also suffer from undiagnosed depression, a not uncommon mental health issue that may be related to the aging process (Berman & Furst, 2010) as well as adverse life experiences.

Most significantly, the relationships between older women victims of abuse and their abusers are more varied than reported by younger battered women. Abusers may include spouses and partners, some of whom may be experiencing age related illnesses like Alzheimer's Disease or frailty due to heart disease, as examples. They may also be impaired or unimpaired adult children and grandchildren, dependent younger grandchildren, and other family relatives. Older women victims may be providing caregiving and other support to some of these abusive partners and family members. Understanding the profiles of abuse and experiences of DV and IPV from older women victims' experience is essential for a full understanding of needed interventions and services that can lead to their safety and increased quality of life (Dakin & Pearlmutter, 2009).

Recommendations for interventions have emerged from qualitative research on older women victims of IPV and domestic violence (Mears, 2002). They can be divided into four categories: surviving with violence, getting help, leaving the violence, and achieving independence and empowerment. Surviving with violence coping strategies include blocking out memories of violence, self-medicating, escaping into a fantasy world, and channeling energy into other activities such as reading, going to school, and work. Getting help includes reaching out and divulging secrets, with the fear of being rebuffed - especially because of age - as a key impediment. Leaving the violence is seen as contingent upon identifying available resources either within the family or in the community. Finally, achieving empowerment and independence is viewed as a necessary final step to achieving a life free of violence. Developing and sustaining support networks, particularly with other women, is identified as essential to this, and includes sharing experiences and having experiences validated (Mears, 2002).

BARRIERS TO HELP-SEEKING AMONG OLDER WOMEN VICTIMS OF ABUSE

While help-seeking is identified as a critical step that older battered women need to take in order to move toward and achieve a violence-free life, there are significant internal and external barriers to taking this step (Beaulaurier, Seff & Newman, 2008). Internal barriers are identified as self-perception of powerlessness, self-blame, felt need to keep abuse a secret, need to protect family members such as children by keeping family intact, protecting income and resources, fear of not being believed, and fear of rejection by children and other family members (Buchbinder and Winterstein, 2003). Finally, there are expressed fears that the batterer is sick and needs help from the older woman victim. The internal barriers cited appeared to override concerns about personal safety.

External barriers include fears about family response, concerns that clergy will not be supportive, and apprehension that law enforcement and the courts will not provide needed assistance and by not adequately protecting the victim after her disclosure of abuse, will expose her to more violence. Victims also feel that community resources for domestic violence are only available to younger women with dependent children, a perception that can be reinforced by lack of responsiveness to the plight of older women victims (Beaulaurier et al., 2008).

Abuser tactics or behaviors can also create barriers to older women victims leaving a violent situation (Beaulaurier et al., 2008). These tactics include isolating the victim from extended family and friends, intimidating the older woman victim by threatening to harm her family members and pets, interrupting phone conversations, and limiting the victim's contact with others.

Impairment of the abuser is considered a risk factor for abuse in later life among women (Pillemer & Suitor, 1991). As noted above, older women victims identify concerns about the health of their spouse/partner abuser as both a rationale for their abusive behavior and the victim's inability to leave the abusive situation.

When the abuser is a mentally impaired adult child who is dependent on the older victim for support, this dilemma becomes even more acute. Narrative analysis allows discovery of the lived conflicts

parents providing caregiving of impaired and abusive adult children in later live, and provides a life course perspective on these struggles, sometimes defined as ambivalence Smith, 2012).

INTERVENTIONS FOR OLDER WOMEN VICTIMS OF FAMILY ABUSE

Understanding ambivalence as both a sociological and a psychological construct for older adults can provide clinicians working with families with elderly caregivers and impaired adults children a framework for helping older women parents sort through their conflicts and stay safe (Smith, 2012). Effective clinical services for older women experiencing abuse by spouse/partners have been found to include ensuring that victims feel welcome and engaged, letting victims tell their stories, and assisting in the process of empowerment (Tetterton & Farnsworth, 2010). Clinicians should be knowledgeable about services in the community for addressing safety concerns as well.

Older women who provide caregiving to spouse/partners with progressive dementia like Alzheimer's Disease may find themselves at risk of physical harm from the impaired partner (Paveza, 2010). Studies on the dangers of caring for older adults with Alzheimer's Disease have identified communication failures as triggers for abusive behavior toward caregivers. Training older caregivers on how to communicate more effectively with their loved ones with Alzheimer's Disease and other forms of dementia has been found to be effective in eliminating or reducing aggressive behavior toward caregivers, most of whom are older women family members (Paveza, 2010). In situations like this, as well as other examples of family abuse against older women, prosecution has not been found to be a strong deterrent against further mistreatment (Roberto, Teaster & Duke, 2004).

Support groups for older women struggling with IPV are important resources (Brownell & Heiser, 2006; Raymond & Brandl, 2008; Brownell & Lataillade, unpublished manuscript). According to Kaye (1995), support groups are considered crucial in providing a buffer against the negative consequences of aging. Cited benefits of support groups for older women victims of family mistreatment include mutual feedback, empowerment, assistance with coping strategies, and social support (Podnieks, 1999).

Social support provided by groups for older women struggling with DV and IPV is considered especially important in view of tactics used by their abusers to socially isolate them (Brandl et al., 2003). Key issues in planning support groups include timing of group meetings (holding group sessions when older women are likely to be able to attend), providing transportation and food, ensuring freedom to leave the group, and funding. Confidentiality and safety have been identified as important considerations as well; underlying assumptions of support groups with DV and IPV victims in later life address power and control as an underlying motive in the abusive treatment unless proven otherwise (Brandl et al., 2003).

IPV support group models can range from peer led groups without set topic agendas to those centering around activities like sewing, quilt making or art with discussions about abuse secondary, to professionally led groups with structured learning content. One psychoeducational support group model that has been evaluated for effectiveness was developed for a battered women's shelter (Schmuland, 1995), and tested in the community (Brownell & Heiser, 2006). The 8-session group covered the following topic areas: overview of domestic violence in later life; abuse and neglect of older women; the legacy of troubled families; family history and its link to abuse; enhancing self-esteem; depression, anxiety, substance abuse and gambling; coping with loss and change in relationships with loved ones; and services and interventions. Pre-and post evaluations, using a control and intervention group, examined changes in social supports, depression and anxiety, substance use and abuse, locus of control and self-esteem. While findings didn't show significant changes in measures used, participant self-surveys stated strong positive feelings about the group experience. Strengths of the evaluation were that it used a control group and standardized instruments; small sample size was one limitation and the necessary bias in favor of older women participants with minimal cognitive, physical and psychiatric impairments was another (Ploeg et al., 2009).

Empowerment support groups represent another intervention model that has been developed for older women victims of abuse (Brownell & Lataillade, Unpublished Manuscript). The Women's Empowerment in Later Life (WELL) is another group intervention model developed by Schmuland (1995) and evaluated in the community (Brownell & Lataillade, Unpublished Manuscript).

The WELL program is a psycho-educational support group model designed to educate and prepare elder abuse survivors to be peer counselors for other women experiencing elder abuse, public speaking for community outreach, educating the public on elder abuse, and becoming advocates with legislative officials to influence government policies (Schmuland, 1995). .

The support group curriculum was adapted from the Nova House, Selkirk, Manitoba, Canada Facilitator's Manual (Schmuland, 1995). The curriculum included content on the goals of peer counseling (session one); ethical considerations in peer counseling (session two); leadership training for peer counselors (session three); facilitating small group discussions (session four); enhancing communication skills (session five); active listening (session 6); assertive behaviors (session 7); giving and receiving criticism (session 8); public speaking (session 9); and public advocacy (session 10).

The study included 12 participants. The group was facilitated by two trainers, a licensed clinical social worker, and a graduate student of social work. Participants were asked to attend a 10 week, 2 hour per week, training program, held at the office of the Jewish Association for Services to the Aged (JASA), located in New York, USA. Participants were paid a stipend of $20 for each session they attended. They also received transportation to and from the sessions and refreshments at each session. At the end of the study, participants were invited to become peer counselors, public speakers, and or legislative advocates. Three graduates volunteered to speak at an elder abuse survivors' panel at an elder abuse conference held at a local university and one graduate was the closing keynote speaker for the conference. A fifth graduate joined a senior action organization that promoted legislative action for and by older adults.

At the end of the study, participants were asked to participate in a focus group to discuss their experiences with the study and the extent to which they felt the study intervention achieved its goal. The study goal was to encourage and increase participant's self-esteem, peer empowerment, and change at the legislative level, as well as to decrease elder abuse by building the capacity of older people to be empowered (Brownell & Lataillade, Unpublished Manuscript).

Most of the participants reported after attending the sessions they felt confident about their ability to share their personal experience with their peers about elder abuse and know when to share

information with professionals if someone needed help. All participants reported they had gained interpersonal skills on how to relate to their peers and use the highest ethical degree by maintaining confidentiality, not using position of peer counselor for personal gain or power over others, and giving positive feed back. Although participants felt they were well equipped to serve as peer counselors, most expressed interest in joining a group that advocated with legislative offices. It appeared that many of the participants felt more empowered operating as a group rather than as individuals (Brownell & Lataillade, Unpublished Manuscript).

Battered women's shelter programs have not always been successful for older battered women. This is because of limited resources that have led to prioritizing shelter beds for younger battered women and their dependent children, as well as a general lack of fit between shelter programs and the needs of older women victims (Vinton, 1998; Vinton, Altholz & Lobell-Boesch, 2008).

Outreach and education of providers in service systems like aging service networks including senior centers and adult protective service systems are also considered critical to effective utilization of shelter services by older women.

Most domestic violence shelters were found not to offer special programs for older women (Vinton, 1998). Very few shelters have been developed in long term care facilities (Reingold, 2006)), due to expense and lack of reimbursement by government and other funders. A shelter in a long term care facility can accommodate older women victims of abuse who are also physically or cognitively impaired, but may have limited appeal for unimpaired victims.

DISCUSSION OF CASE EXAMPLES

Reviewing the case examples in the beginning of this article, it is possible to see what interventions may be useful in addressing the abuse. For Maria, one question is whether the abuse she is experiencing from Franco is related to power and control (Brandl, 2000) or Franco's impairment due to Alzheimer's Disease. An intervention like an educational support program for caregivers of Alzheimer's patients may also help Maria understand how to communicate with Franco to

avoid triggers to lashing out behavior that may be due to behavioral disinhibitions associated with second stage Alzheimer's Disease (Paveza, 2010).

For Juana, therapy with a psychiatrist as well as a support group for older battered women may be helpful in her moving toward safety. Having an opportunity to explore the roots of her ambivalence about her nephew, in view of her promise to her sister that she would look after Roberto when her sister died, could help her decide how much she really wanted to risk her safety and well-being to honor her sister's memory. The support group could help her realize that she was not alone in struggling with the abusive behavior of her dependent impaired family member.

Portia reflects the profile of a traditional battered woman: she is financially dependent on a wealthy husband with considerable prestige and stature in the community, and he refuses to divorce her. Portia's efforts to escape her abusive marriage are met with considerable external barriers, ranging from lack of availability of legal services for older battered women, lack of domestic violence shelter facilities and lack of counseling and other support services in her community. However, she has education and nursing skills; what she needs is transitional housing and work opportunity with an option to upgrade her skills. Portia was fortunate in that she was able to find a program for older battered women that was able to provide her with these needed services. She has been unable to obtain pro-bono legal services to assist with her divorce proceedings but hopes to save money from her new nursing job so that she can afford to pay for this on her own. The supportive housing she obtained is for older adults and is below market rent, which helps her manage on her own. She is unable to afford to live in the luxury she is used to with her husband, but she values her new life free of abuse and is receiving supportive counseling from the elder abuse program in the community.

Each of the women profiled above are benefiting from increased awareness that older battered women have unique life problems but all benefit from expanded services for older women victims of abuse.

CONCLUSION

There is a growing awareness of older women victims of family mistreatment both in terms of prevalence and in terms of commonalities and differences when compared to younger battered women. Both quantitative and qualitative research studies have begun to identify salient factors in cultural differences, age related needs, and service needs and gaps for older women victims. Feminist scholarship has begun to examine the application of frameworks for practicing effectively with older women who are victims of abuse. It is critical that this continue in view of the aging of the world's population, which will result in proportionally more older women and the potential for more abuse.

Clearly, more research is needed to better understand the prevalence of domestic violence including intimate partner abuse at the intersection of age and gender for older women. In addition, qualitative research is needed to develop a clearer picture of need from an older women victim's perspective, particularly in culturally diverse communities and developing nations where this social issue has not been examined as yet. In addition to a feminist frame, in light of a growing concern about human rights and older persons, viewing abuse of older women from a human rights perspective is also important (United Nations, 2010)

Finally, these is a need for more empirically based research on program effectiveness for different populations of older women victims of domestic violence, including intimate partner violence. If research and advocacy are going to lead to a demand for more resources and services to meet the needs of older women victims of DV and IPV, there needs to be evidence for the effectiveness of proposed interventions in preventing and eliminating violence. this is the challenge moving forward.

WOMEN AND ABUSE REFERENCES

Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., and Newman, F. L. (2008). Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: a descriptive model. Journal of Women & Aging, 23, 3/4, 231-248.

Bergeron, R. (2001). An elder abuse case study: caregiver stress or domestic violence? You decide. Journal of Gerontological Social Work, 34, 4, 47-63.

Berman, J. and Furst, L. M. (2010). Depressed older adults: education and screening. New York: Springer Publisher.

Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P.A., Rivara, F. P., and Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. The Gerontologist, 47, 1, 34-41.

Brandl, B. (2000). Power and control: understanding abuse in later life. Generations, XXIV, 2, 39-45.

Brandl, B. and Cook-Daniels, L. (2002). Domestic violence in later life. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Retrieved on February 9, 2013, from www.vawnet.org/applied-research-papers/print-documents.php?.

Brandl, B., Hebert, M., Rozwadowski, J. and Spangler, D. (2003). Feeling safe, feeling strong: support groups for older abused women. Violence Against Women, 9, 1490-1503.

Brownell, P. (1998). Family crimes against the elderly. New York: Garland Publishing Company.

Brownell, P. and Heiser, D. (2006). Psycho-educational support groups for older women victims of family mistreatment. Journal of Gerontological Social Work, 46, 3, 145-160.

Buchbinder, E, and Winterstein, T. (2003). "Like a wounded bird": older battered women's life experiences with intimate violence. Journal of Elder Abuse and Neglect, 15, 2, 23-44.

Dakin, E. and Pearlmutter, S. (2009). Older women's perceptions of elder maltreatment and ethical dilemmas in adult protective services: a cross-cultural, exploratory study. Journal of Elder Abuse and Neglect, 21, 15-57.

Ferreira-Alves, J. and Santos, A. J. (2011). Prevalence study of violence and abuse against older women. Results from the Portugal Survey (AVOW Project). Portugal: Minho University, Braga.

Fisher, B. S., Zink, T., and Regan, S. L. (2010). Abuses against older woman: prevalence and health effects. Journal of Interpersonal Violence, 26, 254-268.

Freixas, A., Luque, B., and Reina, A. (2012). Critical feminist gerontolgoy: in the back room of research. Women & Aging, 24, 44-58.

Jönson, H. and Åkerström, M. (2004). Neglect of elderly women in feminist studies of violence - a case of ageism? Journal of Elder Abuse and Neglect, 16, 1, 47-63.

Kaye, L. W. (1995). Assessing the efficacy of a self-help support group program for older women. Journal of Women & Aging, 7, 4, 11-30.

Leisley, M., Kupstas, P. K., and Cooper, A. (2009). Domestic violence in the second half of life. Journal of Elder Abuse and Neglect, 21, 141-155.

Mears, J. (2002). "It's my life now": older women speak up about violence. Retrieved on January 14, 2013, from www.austdvclearninghouse.uns.edu.au/exp-horizon/mears/pdf.

Montminy, L. (2005). older women's experiences of psychological violence in their marital relationships. Journal of Gerontological Social Work, 36, 2, 22.

Montoya, C. (2011). A new era of enforceable rights? Recent EU initiatives to combat violence against women. APSA 2011 Annual Meeting Paper. Retrieved from the internet on February 10, 2013, from http://papers.ssrn.com/so13/papers.cfm?abstract_id=1901316.

Paveza, G. J. (2010). Alzheimer's Disease and elder abuse. Presentation at NGO Committee on Ageing, United Nations, New York City, June 2010.

Penhale, B. (1999). Bruises on the soul: older women, domestic violence and elder abuse. Journal of Elder Abuse and Neglect, 11, 1, 1-22.

Pillemer, K. and Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. The Gerontologist, 28, 1, 51-57.

Pillemer, K. and Suitor, J. (1991). Will I ever escape my child's problems? Effects of adult children's problems on elderly parents. Journal of Marriage and the Family, 53, 585-594.

Ploeg, J., Hutchison, B., MacMillan, H., and Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. Journal of Elder Abuse and Neglect, 21, 187-210.

Podnieks, E. (1999). Support groups: a chance at human connections for abused older adults. in Prichard, J. (Ed.) Elder abuse work: best practice in Britain and Canada. London: Jessica Kingsley Publishers, 457-483.

Raymond, J. A. and Brandl, B. (2008). In their own words: domestic abuse in later life. Washington, DC: U. S. Department of Justice, Office of Justice Programs.

Reingold, D. A. (2006). An elder abuse shelter program: build it and they will come, a long term care based program to address elder abuse. Journal of Gerontological Social Work, 46, 3/4, 123-135.

Roberto, K. A., Teaster, P. B., and Duke, J. O. (2004). Older women who experience mistreatment: circumstances and outcomes. Journal of Women & Aging, 16, 1/2, 3-16.

Schmuland, F. (1995). Shelter support groups for abused older women: a facilitator's manual. Selkirk, Manitoba: Nova House Women's Shelter.

Shibusawa, T. and Yick, A. (2007). Experiences and perceptions of intimate partner violence among older Chinese immigrants. Journal of Elder Abuse and Neglect, 19, 3/4, 1-17.

Smith, J. R. (2012). Listening to older adult parents of adult children with mental illness. Journal of Family Social Work, 15, 2, 126-140.

Steinmetz, S. (1988). Duty bound: elder abuse and family care. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Stöcki, H., Watts, C., and Penhale, B. (2012). Intimate partner violence against older women in Germany: prevalence and associated factors. Journal of Interpersonal Violence, 27, 2545-2564.

Tetterton, S. and Farnsworth, E. (2010). Older women and intimate partner violence: effective interventions. Journal of Interpersonal Violence, 26, 2929-2942.

United Nations (2010). General recommendation No. 27 on older women and protection of their human rights. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW/C/GC/27): GE: 10-47253.

Vinton, L. (1998). A nationwide survey of domestic violence programming for older women. Violence Against Women, 4, 5, 559-571.

Vinton, L. (1999). Working with abused older women from a feminist perspective. In Garner, d. (Ed.), Fundamentals of feminist gerontology. Binghamton, NY: The Haworth Press, Inc.

Vinton, L., Altholz, J. A., and Lobell-Boesch, T. (1997). A five-year follow up study of domestic violence programming for older battered women. Journal of women & Aging, 9, 3-15.

World Health Organization (2008). A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide. Geneva, Switzerland: Ageing and Life Course Health.

Malos tratos y negligencia hacia las personas mayores en el ámbito comunitario en Canadá: Un resumen de lo que se sabe y no se sabe

Abuse and Neglect of Older Adults in the Canadian community: an overview of what we know and don't know

Daphne Nahmiash
President of NDG Community Committee on Elder Abuse
and member of McGill Center for Studies on Aging
Montreal, Canada
daphnen@sympatico.ca

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 186-208)
Fechas: Entrada: 12-02-2013; Aceptado: 04-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

En este artículo se realiza una revisión de la situación del fenómeno de los malos tratos y la negligencia hacia las personas mayores en Canadá. Con el análisis de los artículos publicados en revistas científicas en Canadá, se estudian cuestiones como la incidencia y la prevalencia de los malos tratos y negligencia hacia las personas mayores, con el objetivo de determinar la extensión de este fenómeno así como los problemas relativos al uso de términos y definiciones.

Se analizan algunos indicadores y factores de riesgo, y cinco cuestionarios de cribado desarrollados en Canadá, con algunas de sus ventajas y limitaciones. Una breve exposición revela algunos de los principales marcos teóricos utilizados por los investigadores y la falta de progreso reciente en esta área.

Finalmente, también se incluye información sobre intervenciones realizadas en Canadá. La conclusión de esta revisión es que, aunque se ha avanzado en una mayor concienciación sobre los malos tratos y la negligencia hacia las personas mayores por el aumento del uso de instrumentos de cribado, de estrategias de intervención y de la revisión de las leyes existentes, todavía queda mucho trabajo en investigación sobre definiciones, indicadores, estandarización de estrategias de intervención y programas. No obstante, parece que hay indicios de incluir el edadismo y otras formas de malos tratos en las definiciones, causas y marcos teóricos por parte de las personas mayores, los investigadores y las organizaciones Es necesario promover investigaciones, que requerirán la financiación por parte de los gobiernos, y las fundaciones, debiendo ser, los malos tratos hacia las personas mayores, una prioridad para las organizaciones, gobiernos y políticos

PALABRAS CLAVE

Malos tratos, negligencia, personas mayores, edadismo

ABSTRACT

This article reviews the societal phenomenon of elder abuse and neglect in Canada. Through a review of the Canadian articles published in scientific journals, the issues of incidence and prevalence are explored to determine the extent of the phenomenon and the problems regarding the use of terms and definitions of elder abuse and neglect.

Some indicators of risk and risk factors are discussed and five Canadian validated screening tools are presented along with some of their strengths and weaknesses. A brief discussion highlights some of the main theoretical frameworks used by the researchers and the lack of recent progress in this area.

Finally some Canadian intervention issues are discussed briefly, arising from the literature review. The conclusion of this review is that even though some progress has been made in the domain of public awareness of abuse and neglect of older adults through a greater use of screening tools, intervention strategies and revisions to the laws, much work still remains through future research of definitions, indicators and standardization of intervention strategies and program models. However, it seems there is evidence from seniors, research and organizations to include ageism and other forms of systemic abuse in the definitions, causes and theoretical frameworks. Further research is needed and will require additional government and corporate funding and the importance of elder abuse must remain as a priority for organizations, governments and policy makers.

KEY WORDS

Abuse, neglect, older adults, ageism

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCTION

An 85 year old lady telephones the intake department of a Local Community Service Centre in Montreal and tells (through her tears) the social worker answering the telephone-: "I'm Mrs Renaud ....Can you help me? It's my daughter... she got drunk last night...and started yelling at me and asking for money. Then when I said no she yelled at me more, calling me a bitch and started banging my head against the wall. She threw my dishes at me breaking them ...then she left me on the floor crying. She said she's not coming back till next Friday and I need my medication...can you help me", (Reis &.Nahmiash,1995,p.75).

This excerpt from a Montreal case study shows an actual situation of abuse and neglect of an older adult. It raises many questions about the complexity of the relationships of the two family members involved in the situation and about the difficulties the victims and perpetrators of the violence have extracting themselves from the situation because of their codependent relationships.

The subject of abuse and neglectful behavior is increasingly becoming a topic of conversation in various social media, schools, and scientific publications. This is due to a number of reasons and not because it did not formerly exist in private relationships in our society, but rather because we were not aware of its existence. It was a taboo subject until after the 1960s and 70's when we became aware of child abuse and other forms of family and domestic violence.

This article specifically addresses the phenomenon of abuse and neglect of older adults, which incites such feelings of horror and distaste inside of us that most people prefer to ignore it, hide it away or keep it a secret. The article will specifically address abuse and neglect in Canada as experienced by seniors living in their own homes in the community. We observe that even if the context of abuse and neglect of older adults is part of a broadening awareness of domestic and societal violence, abuse and neglect of older adults has its own specific characteristics.

Initially the article will focus on the incidence and prevalence of such abuse in Canada and the difficulties in establishing the extent of the problem. Next the literature will be reviewed to discuss the prob-

lems and disagreements regarding the terms and definitions of abuse and neglect used in the various Canadian research studies.

Following this will be a review of some of the indicators and risk factors of abuse and neglect and some of their strengths and weaknesses. We will discuss issues around the use of Canadian screening tools and describe those which are validated in Canada. We will also briefly identify a few of the main theoretical frame works which are used to provide some explanations for the phenomenon.

Finally we will discuss some issues relating to Canadian interventions which are raised from the review of Canadian literature.

2. WHAT DO WE KNOW ABOUT THE EXTENT OF THE PEHOMENON IN CANADA?

One of the many reasons why abuse and neglect is such a concern is the growing cohort of older adults in the Canadian and western populations. According to statistics Canada in 1999 the population of adults over the age of 65 years numbered 3.8 million persons or 12%. However, this percentage is projected to rise to 17% by 2016 and 23% by the year 2041. This increase will have a considerable impact on Canadian society (Pottie-Bunge,2000), especially in terms of health and social services. It is also likely that the prevalence and incidence of abuse and neglect will increase (McDonald,2008) given that 78% of seniors who require assistance live at home(Cranswick and Dosman,2008), that formal home care services are being continually reduced leaving family caregivers with increased responsibilities (National advisory Council on Aging,2006) and that social support and receipt of services have been found to be an important social determinant of health(Chappell et al. 2011). Guberman and her colleagues also found that the role of caregivers has not only increased but that the majority of professional caregivers have high expectations of caregiver participation in treatment plans, albeit as quasi nurses' aides(Guberman et al.2006).

Dr. Lynn Mcdonald (2011) recently reviewed what we know in Canada about the extent of elder abuse. However, in spite of the increase in prevalence studies throughout the world, there are only two community prevalence studies from Canada (Podnieks, 1993; Pottie-Bunge, 2000) among the 12 studies which met the guidelines of inclusion relevant to the research program used. Dr. McDonald

notes that due in part to variations in age inclusion criteria, the overall prevalence rates of these 12 studies vary widely between countries (from 2.6% in the UK versus 29.3% in Spain and within countries, as is the case for the United States and Spain).

In the two Canadian studies, the Podnieks national study (1993) reported prevalence rates of 4% overall mistreatment; 5% of physical abuse; 1.4% psychological/emotional abuse; 2.5% financial abuse and .4% neglect (no sexual abuse was reported). The Pottie-Bunge (2000) national survey did not report the overall percentage of mistreatment and did not collect sexual abuse or neglect. They reported 1% physical abuse; 7% psychological/emotional abuse and 1% financial abuse. The Pottie-Bunge survey was done in 1999 over a period of 5 years interviewing 4,324 randomly selected older adults, over 65 years of age by telephone. The Podnieks study was also done through telephone interviews of 2,008 older adults over a period of one year and unfortunately different types of abuse were collected in both studies and different measures of abuse were used. Financial abuse measures were also not the same in the two studies.

We can conclude from these studies that it is difficult to accurately state in Canada whether or not there has been an increase or decrease in mistreatment, prevalence or incidence rates. We have been citing a 4% prevalence rate since the Podnieks study (1993) but most if not all professionals and others believe the rate to be higher as most cases are not reported and hidden until they are uncovered by professionals, community workers, neighbours and family members, etc. As well, we know that some respondents in telephone surveys do not report incidents of abuse or under-report their frequency especially if they are confined to their homes or rooms without access to telephones or they are isolated for other reasons (Pottie-Bunge,2000), such as fear of reprisals from the perpetrator of the abuse.

3. DEFINITIONS AND TERMS USED

A national study is presently underway to undertake the challenge of attempting to define the terms and concepts used in the research and practice domains of abuse and neglect of older adults (National Initiatives for the care of the elderly, 2010). This study is funded by the Canadian Government through Human Resources and Skills Development Canada to establish consistent definitions of elder abuse and neglect, theoretical development and definitions of risk

factors that most Canadians can agree on, with the aim that prevalence studies can be conducted in the community and institutions sometime in the future (PHAC, 2010). Thus, at this point the definitions presented in this article are limited and not necessarily agreed upon by most Canadians.

Meanwhile, the National Initiatives for the Care of the Elderly project (NICE) has already published a pamphlet on their website with some basic definitions developed by participants in the Defining and Measuring Elder Abuse (DMEA) study which will be used below in this article. As well, an example of each sub category of mistreatment will be added to illustrate how seniors define the types of abuse they endure. These are taken from a doctoral dissertation (Nahmiash, 1997).

Broad Conceptual Definition:

- Mistreatment

"Mistreatment of older adults refers to actions/behaviours or lack of actions that cause harm or risk of harm within a trust relationship".

Sub-Category Definitions:

- Physical Abuse

"Actions or behaviors that result in bodily injury, pain, impairment or physical distress".

A 73 year old spouse talks about the long standing physical abuse she suffered from her now 83 year old husband. "*Laughing he took his fist and hit me on the head, like squashed me down, and his mother and sisters were laughing, like he was showing his superiority."(Nahmiash 1997 ,interview no10, p102).*

- Emotional/Psychological Abuse

"Severe or persistent verbal/nonverbal behavior that results in emotional or physical harm".

A 72 year old lady describes how her 72 year old spouse treated her."*He didn't beat me, but he yelled a lot, screamed a lot. Everything*

*is my own fault. He got so nervous and sometimes I was afraid. I was afraid a lot of times....He called me a liar, called me a lot of names. I couldn't go out with a friend for lunch....I couldn't say what I wanted to say because he is going to get mad at me...he doesn't like me to talk on the phone...he forces me to clean my house if it's clean"(*Nahmiash,1997, interview no.9, pp.9-25).

- Financial/Material abuse

"An action or lack of action with respect to material possessions, funds, assets, property, or legal documents, that is unauthorized, or coerced, or a misuse of legal authority".

An 83 year old man living with his 49 year old common law partner and 20 year old step daughter explains how he is robbed by his stepchildren. *"The kids started stealing...money from us...from the clothes from the bureau, from the mother's purse...broke into my house. She used her key...and stole 100 dollars from my purse" (*Nahmiash, 1997, interview no. 8, p.51).

- Sexual abuse

"Direct or indirect sexual activity without consent".

A 73 year old mother has great difficulty naming the sexual abuse she experienced on an ongoing basis from her 40 year old substance abuser son. *"(he had) no boundaries, he would come into wherever you were and no privacy....I said to him please stay away...get out of here...at least as a favour, in the shower, a little privacy ...I said don't do that to me"(Nahmiash,1997, interview no. 1,pp.104,105).*

- Neglect

"Repeated deprivation of assistance needed by an older person for activities of daily living" (NICE, 2010).

A 78 year old lady who is the caregiver of her husband suffering from dementia describes how her daughters neglect him. *"No one of my daughters were in the picture because my daughters are in the picture when they need me and that's it. They said you were there Mummy ...we didn't need to come.* Her husband complained, "*People don't want us anymore."* And the wife replies that *"Sickness can bring*

people together or it can divide...In my case it divided. When the father died," I called the children. Oh they all telegraphed after everything was finished" (Nahmiash,1997, interview no.11,p.20).

Neglect has also been defined as active or passive neglect or intentional and non-intentional neglect. Self-neglect has been also defined as an individual's failure to provide adequate care for herself or himself. Although there is no perpetrator of this type of abuse, relatives or others may be aware of the problem and fail to help (Kosberg & Nahmiash, 1996). It will not be further discussed in this article.

The above types of abuse are all generally accepted in Canada and more and more researchers and practitioners are also using the concept of Ageism or Systemic abuse.

4. AGEISM / SYSTEMIC ABUSE

The term ageism was first coined by Dr. Robert Butler in 1968 when he defined it as "Ageism allows the younger generation to see older people as different from themselves; thus they subtly cease to identify with their elders as human beings" (Butler, 1975). Dr. Butler defined ageism as a process of systematic stereotyping and discrimination against people because they are old (Butler,1969, p.243). A recent study found specific relationships between young adults' attitudes and their likelihood of endorsing abusive behaviours towards older persons (Yongjie Yon et al., 2011). Dr. Butler explains that ageism is more than attitudes, images and actions and that it is deeply engrained in society (2005). The Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse (CNPEA,2012) further defines it as follows-:

- *Ageism is a social attitude. It is a way of looking at older people that stereotypes them, just as people of particular races are stereotyped as being "smart"," thrifty", "lazy", or "easy going" or when men and women are stereotyped as being "strong", "nurturing" or "sensitive" because of their gender.*
- *Ageism is also part of attitudes where people believe that older adults can be treated in demeaning ways (Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse (CNPEA), 2012).*

Dr. McGregor (2006) observes neglect of elders in the workplace, which he describes as ageist. He discusses the fact that employment equity and diversity concerns have minimal traction for those workers

who are over 60 or 65 years. He also discusses the absence of laws and legal protection for older workers from discrimination by employers and unions. In Canada with the exception of the workers from Quebec and Manitoba, which abolished forced retirement in the 1980s, workers face an array of mandatory retirement policies, which McGregor describes as ageist.

Other examples of ageism are noted in the following paragraphs by the seniors in the qualitative doctoral research study (Nahmiash,1997).

In interview no. 13 a 78 year old female talks about how her neighbours in their mid twenties abused her and her husband for two years because of ageism. *(The) "abuse (was) because of age and it gave her the idea, like she's old to be gone soon. We're hoping to get the house for his (the abusers) brother...you know we are young. We have the right to do things like that. We work hard" (*Nahmiash, 1997, interview no . 13, p28).

A second 83 year old victim of abuse talked about how his stepdaughters were abusing him. "*The girls were getting older now and getting more cheeky in roundabout ways .You know like telling me off 'Now look you're going cuckoo, you're losing it. You're going senile...sort of like telling me you're not thinking properly" (*Nahmiash,1997, interview no.8 ,p.94).

The Revera report on Ageism (International Federation on Aging (IFA), 2012) states that ageism is the most tolerated form of social discrimination in Canada. The study addressed a sample group of 1,501 Canadian adults online from the following 5 age groups: 18-32; 33-45; 46-65; 66-74 and 75+ of seniors and younger adults. Seniors stated they encountered most discrimination from younger people (56%). Next they encountered most from Government policies and the health care system. Examples reported of types of government and healthcare system discrimination were as follows:

- *Government programs/policies do not take into account the needs of people my age*
- *Public transportation does not account for the needs of seniors and restricts my mobility*
- *Health care professionals have dismissed my complaints as an inevitable part of aging*

- *I have been refused medical treatment because of my age*
- *I have been unable to access appropriate Government funded long term care*
- *Unable to access home care*
- *Was not accepted as a patient by a family physician*
- *I received more privileges not discrimination (Revera report, 2012).*

In spite of what all of these seniors and senior organisations state, in Canada ageism has not yet been officially recognised as a specific type and category of abuse or mistreatment, is rarely used as a concept in research studies with other types of abuse and neglect and was not included in the DMEA-NICE (2010) study. Although in the domain of institutional abuse it is recognised by professional caregivers that there are many factors which contribute to abuse and neglect which relate to institutional rules or policies and practices, such as lack of training or union and employment policy issues.

In terms of experiencing abuse and neglect, the Center for Families Work and Well-Being (Sept.2007) reports that aboriginal people are three times more likely to experience violent crime compared to their non-Aboriginal counterparts (Canadian centre for Justice Statistics, 2001) and that half of the aboriginal female elders in one study revealed that they had been or were victims of more than one type of abuse in 1997 (Dumont-Smith, 1997). They also do not use the term elder abuse as the word "elder" has a special meaning for them. A second study noted that language barriers and lack of culturally appropriate services often discourage aboriginal seniors from asking for and receiving help (Habjan et al., 2012). Another study reports that disrespect is the key form of elder abuse reported by Chinese Communities in Canada (Tam & Neysmith, 2006). The authors of this study report that as a culturally specific form of abuse, disrespect remains invisible under categories of elder abuse from a western perspective.

5. INDICATORS OF ABUSE AND SCREENINGTOOLS

Charmaine Spencer did an environmental scan and critical analysis of elder abuse screening tools for the Public Health Agency in Canada (PHAC) in 2009 (PHAC, 2009). She states that the primary purpose of screening is to identify the existence of a particular prob-

lem or concern. Screening tools are also intended to heighten health care or other professionals' awareness and guide them through a systematic process of observing and documenting (Spencer in PHAC, 2009, p9). She also points out that screening is not a neutral, risk free or cost free process. The recognised benefit is that early identification of abuse and neglect and appropriate assistance has the potential for improving the health care and the quality of life for older victims. There is evidence that victims of elder abuse and neglect after a 13 year follow up period from cohort inception had poorer survival rates (9%) than either those seen for self-neglect (17%) or other non-investigated cohort members. Reported and corroborated elder mistreatment and self neglect are associated with shorter survival after adjusting for other factors associated with increased mortality in older adults (Lachs et al., 1998). Lachs concludes his study by suggesting that multi-disciplinary interventions directed at stopping elder mistreatment could avert the associated increased mortality and is an area worthy of investigation, which surely suggests that prevention and early screening could help. Early identification may help health providers treat the underlying causes of problems and not just the symptoms (PHAC, 2009). It may also lead to more efficient and effective health care services targeting those persons at risk, improved client outcomes and reductions in health care costs (PHAC, 2009).

On the other hand, Spencer suggests that screening may sometimes cause harm by prematurely labelling older adults as suspected victims and labelling caregivers as suspected abusers. Screening tools are merely guides to appropriate intervention and there is no perfect tool. However it is important for practitioners to use tools which have gone through a rigorous validation process. Even though there are some validated screening tools which identify indicators of abuse for the potential perpetrators of abuse of older adults in the community and the potential victims, Dr. Lynn Mcdonald (2012) maintains in her recent article that there are risk factors validated by substantial evidence for which there is unanimous or near unanimous support from a number of international studies; there are possible risk factors for which the evidence is mixed or limited; and there are contested risk factors for which the potential for increased risk has been hypothesized but for which the evidence is lacking. She names seven risk factors clearly indicating risk through evidence based by several research studies as follows:

- Shared living situation
- Social isolation and poor social networks
- The presence of dementia for physical abuse
- Mental illness of the perpetrator (mainly depression)
- Hostility of the perpetrator
- Alcohol abuse of the perpetrator
- Perpetrator abuse on the older dependent.

Reis & Nahmiash (1997) in the quantitative study Project care, found a strong relationship between caregivers who were depressed and abusive behaviours. They also found social isolation and lack of social supports as a strong indicator for the abused senior. In a qualitative study (Nahmiash,1997) older adults , who were victims of spousal abuse and other types of abuse described themselves as feeling lonely and isolated because they were not allowed to share the family secrets of the abusive acts toward them from the perpetrators of the abuse with other family members.

Alcohol was a significant indicator for many of the perpetrators of abuse (Reis & Nahmiash, 1995; Kosberg & Nahmiash, 1996). In the Nahmiash qualitative study (1997), the indicators were more clearly defined and codependent relationships were found in the majority of the perpetrator-victim relationships especially those in which the perpetrators were substance abusers or gamblers but also in most of the other family relationships. These were manifested through different types of dependency on one another, sometimes financial and sometimes emotional. Also living arrangements were very prominent and sometimes surprising, for example in the case of a divorced couple, who were long separated because of a violent relationship, the spouse moved to live close to his wife when she needed someone to take care of her and the violence began again. Gender issues appeared to be important factors related to the abuse in most cases but were different for abused men and abused women.

In addition, the EASI screening tool (Yaffe et al., 2012), the Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE) tool (Reis & Nahmiash, 1995), the Indicators of abuse (IOA) screening tool (Reis & Nahmiash, 1997) and the Expanded Indicators of abuse (e-IOA) clinical screening tools have validated other existing indicators in Canadian research studies (Lindenbach, 2012). These will be discussed, briefly, as they are all tools which have been designed and validated in Canada and have been used in international research studies, as well.

1. Elder Abuse Suspicion Index (EASI) (Yaffe et al,.2008).

Dr. Yaffe and colleagues developed and validated a brief suspicion index tool for use by physicians containing 6 questions to improve suspicions about the presence or absence of abuse of older adults. The six questions were administered by 104 family doctors to 953 cognitively intact seniors in ambulatory care settings. The patients were drawn from a larger sample of 2,133 patients, who had been approached. The six questions only took 2 minutes to ask and 97.2% of doctors felt it would have some or a big impact on practice (Yaffe,et al.2012). The tool is available on the National Initiatives for Care (NICE) web site (NICE,2012). The EASI had an estimated sensitivity and specificity of 0.47 and 0.75. The testing of the tool also increased the awareness of the physicians of what to look for regarding abuse and neglect. It has also been piloted in several different countries and adapted for use by the World Health Organisation.

2. Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE) (Reis & Nahmiash, 1995)

The CASE tool is a brief screening tool developed and validated as a brief measure for detecting abuse/neglect of older adults. The tool asks 8 questions to all caregivers as part of an intake or assessment process. A group of confirmed abusive caregivers in the community was contrasted with two groups of non abusive caregivers from the same community. The CASE distinguished between the abusive and each of the two non abusive groups, while the non abusive groups of caregivers did not differ from one another. Higher CASE scores coincided with higher scores on aggression measures and other indicators measured from independent sources. The CASE has been used in several international research studies, in other languages and validated in Portuguese in Brazil (Montes- Paixao et al., 2007). Because of its brevity and easy administration the CASE is useful in research and practice in combination with the IOA tool as a first alert to potential abuse and enables clinicians to target their interventions to those caregivers and care receivers who are at risk. However it is important that users of the tool use a non judgemental approach to the caregivers to avoid labelling them and causing them potential harm.

Indicators of Abuse (IOA)

In 1995 three new screening tools were validated in a research study named Project CARE, which was administered in Montreal in a local community and health service centre (CLSC) by Reis & Nahmiash (1997) over a period of three years using a sample of three groups of caregivers and care receiver pairs. The caregivers were friends or relatives of the care receivers, and none were paid professionals. The caregivers were all giving regular assistance of some kind to the care receivers and none received any remuneration for their work. Two of the groups were recruited from the CLSC and abuse had been confirmed through screening tool administrations of the Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE), and the Caregiver Abuse Screen for the elderly (CASE) in one of the sample groups (N=44) and was confirmed as no abuse present in the second sample group (N=46). These two samples were drawn from the CLSC population of 965 senior cases who entered the agency over a period of 18 months. The third group in the sample was a random sample of caregivers and receivers from the same community not receiving assistance from the agency (see validation article (Reis & Nahmiash, 1997) for a description of the validation study).

Below is a list of the indicators validated in the research which indicated potential abuse and these created the clinical screening tool entitled Indicators of Abuse (IOA). The IOA tool is also available with the other tools on the NICE Networks web site (NICE, 2012).

Caregiver indicators

Has behavior problems	Lacks understanding of medical condition
Is financially dependent	Care giving reluctancy
Has mental/emotional difficulties	Has marital/family conflict
Has alcohol/substance abuse problem	Has poor relationship
Has unrealistic expectations	Care giving inexperience
Is a blamer	Had poor past relationship

Care receiver Indicators

Has been abused in the past	Has marital/family conflict
Lacks understanding of medical condition	Is socially isolated
Lacks social support	Has behavior problems
Is financially dependent	Has unrealistic expectations
Has alcohol/medication problems	Has poor current relationship
Has suspicious falls/injuries	Has mental/emotional difficulties
Is a blamer	Is emotionally dependent
No regular doctor	

A group of researchers in Israel expanded on the definitions of the above indicators in the IOA screening tool and originally from Kosberg & Nahmiash (1996) creating the e-IOA or Expanded Indicators of Abuse (Cohen et al., 2006), and later this was adapted and validated by Jeanette Lindenbach (2012) for use in Canada. The main reason for the creation of this new tool was that critics of the IOA claimed that there was some subjectivity in the interpretation of the elements in the IOA by practitioners as there was no extensive guide presented with the tool. The framework includes four overlapping areas of risk identified in research done on mistreatment. The risk indicators were operationalized in the e-IOA with sub indicators based on the content of relevant academic literature in psychiatry and geriatric social work (Cohen et al,, 2006). Lindenbach (2012) used a modified Delphi method using a series of sequential rounds of seeking knowledge and expertise from a panel of experts with the aim of sharing and building consensus (Mead & Moseley, 1994).Three rounds of Delphi were conducted. Purposive sampling was used to select the content experts. This instrument mainly enhances the comprehension and comprehensiveness of the risk factors in the IOA and in the original conceptual framework of Kosberg & Nahmiash (1996) and the three studies have made some headway in the search for validated indicators of abuse. The sub categories of each item of the IOA tool in the e-IOA and the results of the validation of the e-IOA tool are reported in the Canadian Journal of Aging (Lindenbach, 2012).

6. THEORETICAL FRAMEWORKS AND CAUSES OF ELDER ABUSE USED IN CANADA

There are multiple causes of elder abuse due to the number of types of abuse and neglect and the complexity and diversity of each type. Several theories about causes have been suggested, all of which may be appropriate for some types of abuse but none appear to fit all of them. No general consensus has been reached among practitioners and researchers about which theory best explains the causes or arises from those indicators which have been discovered in the research studies. The theories have evolved to some extent over the past twenty years. The three main, early theories used in research on abuse and neglect of older adults were documented in the first Canadian book on elder abuse by McDonald et al., (1991) and are as follows:

- Situational model
- Social exchange theory
- Symbolic interaction approach

One can conclude that no one theory is adequate to explain all causes of abuse and neglect and Phillips (1986) in McDonald et al. (1991) suggested that efforts should be made to integrate theoretical perspectives using the variables with the most explanatory powers. Explanations are important as they can lead to the development of prevention programs. In Canada not much progress has been made in terms of theoretical development (MacDonald, 2011) as researchers have been focused more on individual risk factors related to the perpetrators or the abused seniors. However, three research studies have evolved the theoretical development to some extent.

- **Empowerment perspective** (Nahmiash, in Pritchard, 1999, pp.294-319).

This doctoral dissertation (Nahmiash, 1997) searches for a theory with broader perspectives focussed on systems and empowerment theory. The main concepts emerging from the theory were that all the victims and perpetrators of all the different types of mistreatment found in the study were in a process of powerlessness due to variables which had led them there from their past or present situations. The perpetrators powerlessness was related to mental and or emotional problems such as depression, sometimes leading to thoughts of

suicide or suicide attempts, anger, frustration, tiredness, hopelessness and aloneness. The abused seniors expressed their powerlessness through thoughts of aloneness, vulnerability, alienation from resources, lack of choices and information, etc. However, these were all linked to a diversity of past and present events, such as the onset of dementia of another older female's husband, individual characteristics, social/cultural/economic indicators, roles, cultural norms, relationships and social policy issues for both the abused persons and the perpetrators of the abuse. All of the interviewees also named strategies they had or were still using to move out of the process of powerlessness to the process of empowerment. The theoretical framework used in the study was grounded in a systems approach (Martel, 1996) implying an analysis of the onto system, which includes the individual characteristics; the micro system, which includes the immediate "milieu de vie" of the individuals and their social location; the meso system, which includes the diverse mutual aid and support networks of the individuals; the exo system, consisting of the social and environmental conditions surrounding the person and the service, health and political systems they use; and finally the macro system containing the norms and values and dominant ideologies shaping the individuals community and community life. The qualitative study enabled the researcher to explore all of these systems and to observe the complex interactions of all the above levels which cannot emerge in a quantitative study.

Finally two other approaches have been named as promising theoretical approaches in the domain of elder abuse. These are as follows:

The Critical Ecological Framework

A central assumption of the critical framework is that all action and thought is fundamentally mediated by power relations that are socially and historically constituted (Smith, 1987). Smith posits that in time, relations between individuals are reinforced and the interests of dominant groups are advanced through the "relations of ruling" (Smith, 1987) creating a hegemonic system of privilege and control. Norris and Fancy observe that inherent in this theory there is a transformative element of the structures and processes that oppress and disempower (Norris & Fancey, 2012) and state that this can be useful in analysing these elements within the realm of elder abuse.

This critical framework has been merged with the ecological theory of Bronfenbrenner (1979) which conceptualizes individuals and families embodied within a system comprising interdependent levels of the environment . These are the basic system levels noted above in systems theory (Martel, 1996). Both the critical and ecological frameworks have been applied successfully in the field of family violence and can inform knowledge and practice about older adult abuse (Norris & Fancey, 2012).

Finally McDonald notes that the Life course perspective may open up new doors for exploring theoretical explanations of abuse and neglect of older adults.

Life course perspective

Five paradigmatic principles provide a concise conceptual map of the individual's life course. These include "*a. development and aging as life-long processes; b. Lives in historical time and place; c. Social timing; d. Linked lives and human agency (Elder & Pellerin, 1998).* It can be posited that abuse and neglect are a major turning point in a person's life. The benefits of this perspective are the inclusion of systematic factors in abuse such as those found in institutions or the law; recognition that the abused older adult is embedded in relationships with others that incorporate professional as well as informal caregivers; the inclusion of periods and cohort effects and the appreciation that older adults are their own agents. However it is difficult to determine what this new perspective brings which the other frameworks do not include.

In conclusion there exist several promising theoretical perspectives which could be a good start as approaches to use for further research studies in the area of abuse and neglect of older adults and which could be interesting for practitioners to reflect upon as a base for their intervention models, prevention programs and policies.

7. ISSUES RELATING TO INTERVENTIONS

Canada has made considerable progress regarding the presence of a variety of intervention strategies and resources in the domain of abuse and neglect of older adults. However few of these are evaluated for their effectiveness (Ploeg et al., 2009). The intervention strate-

gies and models across Canada are varied and not standardized making it difficult to do cross national intervention evaluations. Ploeg and her colleagues did a systematic review of a large number of intervention studies and found that evidence regarding the recurrence of abuse following intervention was limited, but the interventions for which outcome was reported failed to reduce and may have even increased the likelihood of a recurrence. Elder abuse interventions had no significant effects on case resolution and at-risk caregiver outcomes, and had mixed results about professional knowledge and behaviour related to elder abuse. Project Care (Nahmiash & Reis, 2000) in the three year research evaluation of the development of its community-based five element, intervention model, measured which were the most successful and least successful intervention strategies from a total of 83 confirmed abuse intervention plans containing 473 strategies. The most successful and accepted strategies for victims of abuse were concrete services such as nursing, medical and homemaking assistance. These were followed by empowerment strategies for the abused persons defined as support groups for abused older adults, information about rights and resources and assignment of volunteer buddy /advocates. Less successful strategies for the seniors were referrals to general community activities and programs. For the caregivers, who perpetrated the abuse the most successful and accepted intervention strategies involved individual and supportive counselling to reduce anxiety, stress and depression and education and training about the illnesses and care services to be offered (Nahmiash & Reis, 2000). Of course, this small study cannot be generalised but shows some promise for community-based intervention strategies in helping abused older adults and their caregivers. In the qualitative study (Nahmiash, 1997) some intervention strategies were also identified by abused older adults. These were as follows:

- Social workers, nurses, doctors, community, psychiatrist/hospital and geriatric workers, volunteer workers/occupational therapist/church counsellor/rabbi
- Police/detectives and lawyers/notaries/legal aid services/national trust (re making a will), prison council
- Divorce courts and separations
- Alanon/drug rehabilitation/Narcotics Anonymous/hospital addiction units/private rehab. counsellor/CODA (Council on Drug Abuse)
- Relatives/ friends/neighbours

- Alzheimer society/Caregiver support groups/private sitter for children/women's group, community activities/golden age club/municipal services

In general throughout Canada even though models of service are quite different from province to province they all include community response teams of some kind , telephone response services and multidisciplinary teams of professional and paraprofessional workers. Some provinces have interdisciplinary teams with participation from the police and crime prevention services, legal professionals, mental health professionals and financial services. However none of these models are standardized across any one province. The province of Quebec Ministry of Family affairs and seniors (MFA) has funded coordinators who act as liaisons between the professional and community teams across the province. Recently an innovative team of trained volunteers and refuge services, who do accompaniment and offer shelter to abuse victims "Project SAVA" has been funded by the same ministry in the French and English sectors of Montreal with the objective to expand these services to the rest of the province. This would provide a more complete array of services in the province of Quebec. All of these types of services except for the telephone abuse services and the abuse coordinators were initially described briefly in the guide to intervention book "When seniors are Abused" (Reis & Nahmiash, 1997).

8. CONCLUSION

We can conclude from the literature review of elder abuse in Canada that some progress has been made throughout Canada, especially in the public domain of awareness. We have not reached a consensus regarding definitions and indicators of abuse which impact the effectiveness of national research studies. However, a new study is under way which should produce findings in this area in 2015. Unfortunately ageism and other forms of systemic abuse have not been included and it seems there is sufficient evidence from seniors' research and others to justify further research in this area in definitions, indicators and theoretical frameworks. Several screening tools have also been validated in Canada and are being used more systematically across the country, thus enabling more victims of abuse to be discovered and receive help. Several theories exist but there is no consensus regarding which is most useful because of the complexity of the phenomenon. More intervention strategies are in place across the

country even though they have not been evaluated systematically regarding their effectiveness. A Chair in elder abuse exists also in the province of Quebec at the University of Sherbrooke making it the first Chair in this field of research. Finally because the number of seniors is growing rapidly in Canadian society it is likely that the prevalence and incidence of abuse will continue and that policy makers, practitioners and professionals in the criminal justice system will need to address this issue in a coordinated and comprehensive way to prevent much suffering and powerlessness of elder abuse victims.

REFERENCES

BRONFENBRENNER (1979). *The ecology of human development.* Cataloguing in publication data. In Library of Congress. ISBN no.0-67422457-4.

CENTER FOR FAMILIES WORK AND WELL-BEING (2007). Fact sheet on mistreatment of seniors in Canada.

CHAPPELL, N.L. & FUNK, L.M. (2011). Social support, Caregiving and Aging. *Canadian Journal on aging, Vol.30((3):355-370.*

COHEN, M., HALVI-LEVIN, S., GAGIN, R. & FRIEDMAN, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of the American Geriatrics society, 55, 1224-1230.*

CRANSWICK, K. & DOSMAN, D. (2008). *Elder care: What we know today.* In statistics Canada Catalogue no.11-008-X, Canadian Social Trends. Ottawa, Ontario, Canada: Statistics Canada.

GUBERMAN, N., LAJOIE, J.P., PEPIN, J., LAUZON, S. & MONTEJO, M.E. (2006) Formal service practitioners' views of family caregivers' responsibilities and difficulties. *Canadian Journal on Aging, vol. 25(1):pp.43-54.*

KOSBERG, J.I. & NAHMIASH, D. (1996). Characteristics of victims and perpetrators and milieus of abuse and neglect. In L.A. Baumhover & s .c. Beall (Eds.). *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention(pp.31-49). Baltimore, MD: Health Professions Press.*

LACHS, M.S., WILLIAMS, C., O'BRIEN, PILLEMER, K.A. & CHARLSON, M.E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *JAMA, 280(5): 428-432.*

LINDENBACH, J.M. (2012). Older adult mistreatment risk screening: contribution to the validation of a screening tool in a domestic setting*. Canadian Journal on aging,Vol, 31(2): 235-252.*

MCDONALD, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: The glass is still half full. *Canadian Journal on Aging ,Vol ,30(3) ,437-464.*

MCDONALD, L. (2008). Editorial*. Indian Journal of gerontology, Vol, 22(3&4): 1-10.*

MCDONALD, L., HORNICK, J.P., ROBERTSON, G.B. & WALLACE, J. (1991). *Elder abuse and neglect in Canada*. Butterworths , Canada Ltd.

National Advisory council on aging (2006). Seniors Health Report. Ottawa Canada.

NAHMIASH, D. (1997) Powerlessness and abuse: A descriptive, qualitative study which explores abuse and neglect of older adults living in the community in relation to the social context. Doctoral dissertation for School of Social Service, Laval University, Quebec, Canada.

NAHMIASH, D. & REIS, M. (2000). Most successful intervention strategies for abused older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect, vol.12(3/4): 53-70.*

NICE (2010). *National Initiative for the care of the Elderly.* Retrieved December 2012), from http://www.nicenet.ca/

NORRIS, D., FANCEY, P. & ROSS, P. (2012). The critical ecological framework: Advancing knowledge, practice and policy. *Journal of elder abuse and neglect.*

PHAC (2009). Environmental scan and critical analysis of Elder abuse screening , assessment and intervention tools for Canadian health care providers. Public health Agency of Canada. Ottawa, Ontario.

PLOEG, J., FEAR, J., HUTCHISON, B., MACMILLAN, H. & BOLAN, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder abuse and Neglect ,Jul-Sept.: vol.21(3): 187-210*

PODNIEKS, E., NICHOLSON, J.P., SHILLINGTON, T. & FRIZZEL, A.F. (1989). *A national survey on abuse of the elderly: Preliminary findings.* Toronto, Ontario, Canada: Ryerson Polytechnical institute.

POTTIE-BUNGE, V. (2000). Abuse of older adults by family members. In V. Pottie-Bunge & D. Locke (Eds.), *Family violence in Canada: A statistical profile (pp.27-30). Ottawa, Ontario, Canada: Statistics Canada.*

PAIXAO, C., REICHENHEIM, M.E., MORAES, C.L., FREIRE COUTINHO, E.S. & VERAS, R.P. (2007). Cross- cultural adaptation to Brazil of the instrument Caregiver abuse screen (CASE) for detection of abuse of the Elderly by caregivers. *Cad. saude Publica, Rio de Janeiro,23(9): 2013-2022.*

REIS, M. & NAHMIASH, D. (1995) *When seniors are abused: A guide to intervention*. North York, Ontario, Canada: Captus Press Inc.

REIS, M. & NAHMIASH, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist,38(4),471-480.*

SMITH, S. (1987). Positivism and beyond. In Smith, S., Booth, K. & M. Zalewski (Eds) International theory: Positivism and Beyond: pp.1-23. Cambridge University Press, England.

YAFFE, M., WEISS, D.D. & LIITHWICK, M. *(2012). Seniors self administration of the Elder Abuse suspicion index (EASI): A feasibility study.* Journal of Elder Abuse and Neglect, 24(4): 277-92.

La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores

The Person-centred Care (PCC). Approach and models to the good treatment of the elderly people

Teresa MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
Consejería de Bienestar Social y Vivienda
m.teresa.martinezrodriguez@asturias.org

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 209-231)
Fechas: Entrada: 21-02-2013; Aceptado: 14-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El objetivo de este artículo es mostrar la Atención Centrada en la Persona (*ACP)* como un enfoque para orientar la mejora de la calidad asistencial de los recursos gerontológicos desde la óptica de la calidad de vida de las personas. Para ello, en primer lugar se enuncian los principios que orientan este enfoque en su aplicación a la atención a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Posteriormente se revisa el origen de este enfoque, sus principales referentes así como las principales aportaciones y aplicaciones llevadas a cabo en el ámbito internacional. Finalmente se analiza el momento de desarrollo de la *ACP* en España en cuanto a los servicios gerontológicos donde en los últimos años se aprecia un creciente interés por este enfoque, señalando algunos de los principales retos y riesgos que en la actualidad han de ser tenidos en cuenta.

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en la persona; Servicios de atención a personas mayores; Buen trato, Calidad asistencial; Calidad de vida.

ABSTRACT

This paper aims to present the Person-centred Care (PCC) approach as a guide to improve the welfare quality of the gerontological resources from a people's quality of life perspective. First, the guidelines of this approach, as applied to the assistance to the elderly in a situation of vulnerability or dependency, are listed. Then, the origins of this approach, its main referents, contributions and applications in the international arena are reviewed. Lastly, the PCC stage of development in the context of assistance services for the elderly in Spain (where in the last years there appears to be an increasing interest in this approach) is reviewed while some of the main challenges and risks to be currently faced are pointed out.

KEY WORDS

Person-centred Care; elderly care; Good treatment, welfare quality; quality of life

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP), UN ENFOQUE PARA ORIENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA CALIDAD DE VIDA

En estos últimos años se aprecia un creciente interés en los servicios gerontológicos de nuestro país hacia lo que se ha denominado la Atención Centrada en la Persona (*ACP*) (Rodríguez, 2010; Martínez 2011; Vila, Villar, Celdrán y Fernández, 2012). Se opta por esta denominación como traducción del término *Person-Centred Care* (*PCC)*, acuñado desde hace varias décadas y que viene siendo utilizado en campos como la salud, la atención a las personas con discapacidad o a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración. Enfoque que los países más avanzados en políticas sociosanitarias (Reino Unido, Países Nórdicos, Canadá, Francia, Australia o Estados Unidos, entre otros) han señalado como elemento clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores.

Los servicios que ofrecen cuidados personales a las personas mayores difieren, no solo en cuestiones estructurales u organizativas, sino en algo fundamental que en ocasiones pasa inadvertido: su modelo de atención y, concretamente si se permite y apoya a las personas para que puedan seguir con su proyecto y modo de vida.

Los principios rectores de la atención gerontológica (personalización, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social o continuidad de la atención) definen lo esencial del modelo de atención. Estos principios, a pesar de ser generalmente enunciados, pueden quedar en la declaración de intenciones si su concreción en el día a día de los servicios y centros se tropieza con dificultades como la inflexibilidad organizativa, las prácticas y espacios que no protegen la intimidad o los procedimientos asistenciales uniformes que no permiten una atención personalizada.

Para evitar estos riesgos, los modelos de atención centrados en la persona buscan armonizar las organizaciones con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados. Desde la *ACP*, la autonomía (entendida como la capacidad y derecho que las personas tenemos para decidir sobre nuestra propia vida), se reconoce como un asunto nuclear en la atención cotidiana y la gestión del

centro o servicio se supedita a la calidad de vida de las personas (Martínez 2009, 2010).

El término *Atención Centrada en la Persona* no viene siendo utilizado desde una única acepción o significado (Morgan y Joder, 2011). En este sentido, cabe distinguir, al menos, tres tipos de usos de la *ACP*: como enfoque, como modelos que lo conceptualizan y como metodologías de intervención acordes (Martínez, 2011).

La *ACP*, como enfoque, comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención dispensada desde distintos niveles –organización, servicios o profesionales-. Entre estos principios figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el necesario conocimiento de las biografías, la apuesta porque las personas mayores, aun precisando cuidados puedan tomar decisiones sobre su atención y controlar su vida cotidiana, o la importancia del entorno (espacio físico, cuidadores y organización) para empoderar a las personas proporcionando los apoyos que lo permitan (Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2003; McCormack 2004).

A modo de decálogo, se muestran en la tabla nº 1, diez asunciones que caracterizan y resumen este enfoque de atención.

Tabla nº 1 Decálogo de la Atención Centrada en la Persona (Martínez 2013)

1. Todas las personas tienen dignidad. Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.
2. Cada persona es única. Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad. La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida. La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía. La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuanta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades. Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no se fija solo en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconoce las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de las mismas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo. Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia. Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.

9. Las personas son interdependientes. El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el logro del bienestar.

10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

Un aspecto que no podemos perder de vista es que la *ACP* aporta una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos que también buscan la atención individualizada. De hecho, algunos autores (Sevilla, Abellán, Herrera, Pardo, Casas y Fernández, 2009;

López, Marín y de la Parte, 2004) han llegado a contraponer los modelos centrados en la persona con aquellos centrados en el servicio. Entre las características que diferencian los primeros de los segundos se ha señalado que los modelos centrados en las personas: sitúan su foco en las capacidades y fortalezas de la persona (frente a los déficits y enfermedades); su intervención es global proponiendo planes de vida (frente a intervenciones parciales); las decisiones se comparten con la persona y familia (frente a la decisión y poder único del profesional); ven a las personas dentro de su entorno y comunidad (frente al encuadre aislado en los servicios sociales); y utilizan un lenguaje cercano y accesible (frente a un lenguaje clínico y repleto de tecnicismos).

2. ORIGEN Y REFERENTES DE LA ACP

Existe acuerdo en otorgar a la psicología humanista, concretamente a Carls Rogers y a la *Terapia Centrada en el Cliente* (Rogers, 1961) el origen de la *ACP.*

La *Terapia Centrada en el Cliente* parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. En este proceso de cambio Rogers enfatiza la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta (capacidad de aceptación incondicional del otro, la empatía y la autenticidad) para el buen resultado de la terapia, donde un rol no-directivo se considera un elemento esencial.

Las aportaciones de Rogers han sido trasladadas a diferentes campos de intervención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda como la educación donde se habla de la atención centrada en el alumno, la salud donde se utilizan términos como medicina y salud centrada en el paciente o la discapacidad donde se hace referencia a la planificación centrada en la persona.

Por su proximidad e interés para las intervenciones gerontológicas nos detendremos brevemente en la aplicación de este enfoque a las personas con discapacidad. En este campo surge entorno a los años 70 la *Planificación Centrada en la Persona* como un movimiento de reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad y, especialmente, en torno a la normalización en países como Canadá, EE.UU. y Reino Unido. Su principal propósito era, y es, la defensa de

la autodeterminación y la visibilización de las capacidades de este grupo social, procurando instrumentos y procedimientos que permitan conseguir dichos objetivos.

La *Planificación Centrada en la Persona*, versus la planificación individual clásica, ha sido definida como una metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad, sobre la base de su historia, sus capacidades y sus deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Para ello puede ser necesario, si la persona presenta una grave afectación, posibilitar el ejercicio de su autodeterminación de una forma indirecta, es decir mediada por otros, ofreciendo un grupo social referencial así como los apoyos precisos (Mount 1990; Mount, Ducharme y Beeman, 1991; Moos y Wiley, 2003; Fundación San Francisco de Borja (FEAPS), 2007).

En lo que acontece a la atención a las personas mayores que precisan cuidados, el enfoque *ACP* se ha visto enriquecido desde aportaciones que proceden de tres fuentes: las declaraciones y consensos internacionales sobre cómo favorecer un envejecimiento positivo, la ética y el conocimiento científico.

La *ACP* se alinea con las normativas nacionales e internacionales que pretenden destacar el respeto a la dignidad y la protección de derechos como la intimidad, la autonomía moral o la inclusión social. En este sentido cabe recordar la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas 1948), los Principios a favor de las personas de edad (OMS 1991), el modelo social de la discapacidad y Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF (2001), el modelo de Envejecimiento Activo (OMS 2002), la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas 2006) o la Carta europea de derechos y deberes de las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y asistencia (AGE y EDE, 2010).

Cabe también destacar que la *ACP* toma como referente esencial la bioética (Beauchamp y Childress, 1979; Gracia, 1989, 1991) y sus principios (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) como marco esencial para definir la calidad asistencial y las buenas prácticas profesionales, resultando de especial valor como método deliberativo ante las situaciones cotidianas donde se producen conflictos de valores y es preciso encontrar soluciones prudentes.

Además hay que subrayar que la *ACP* se fundamenta en aportaciones basadas en la evidencia científica como las que proceden de los modelos de envejecimiento exitoso o competente (Rowe y Kahn, 1987; Baltes y Baltes, 1990), los modelos que incluyen variables psicosociales como antecedes de la dependencia (Baltes y Wahl, 1991; Little, 1988), los modelos ecológicos (Bronfrenbrenner, 1979; Kahana, 1975; Lawton 1975; Moos, 1974; Fernánez-Ballesteros,1987) o los modelos de calidad de vida (WHO,1996; Fernánez- Ballesteros y Zamarrón, 1996, 1997; Schalock y Verdugo, 2002, 2003).

En conclusión, la *ACP* se asienta en tres pilares que hacen que la ACP y los modelos afines tengan una sólida base que integra la visión ética, el conocimiento empírico y las declaraciones y normativas democráticas que reconocen la igualdad de oportunidades como elemento fundamental para hacer efectivos los derechos de la ciudadanía.

3. MODELOS Y APLICACIONES DE LA ACP EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

Diferentes países han promovido programas para mejorar la asistencia a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración orientados desde la *ACP*. Cabe destacar iniciativas gubernamentales como las llevadas a cabo en Países Nórdicos[1], Reino Unido[2], Australia[3], Francia[4] o Estados Unidos[5] , al haber apostado con firmeza

[1] Desde la década de los 60 en los Países Nórdicos se viene apostando por integrar políticas de vivienda, sanidad y servicios sociales, impulsando viviendas con servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia. Es frecuente las viviendas en grupos muy reducidos de residentes (10-12) que comparten espacios comunes con apartamentos privados. En Dinamarca desde 1987 (Housing for the Elderly Act) se abandona la construcción de las residencias tradicionales.

2 En Reino Unido cabe citar iniciativas como la denominada Homes are for living in, Heath Department, 1989; National Service Framework for old people 2001; Living well in later life (Healthcare commission, The commission for social care inspection –CSCI- and The Audit Commission, 2006)

3 En Australia Victorian cabe citar: Departament of human services, 2006; National Health and Hospital Reform Commision, 2008.

por avanzar en la calidad de los servicios, especialmente en la mejora de las residencias para personas mayores, reconociendo la *ACP* como un eje o principio central para incrementar la calidad de vida de las personas. Estas iniciativas persiguen objetivos comunes: preservar la dignidad y derechos de las personas mayores que necesitan cuidados partiendo del reconocimiento de su individualidad y del respeto a sus preferencias y decisiones en cuanto a su salud, cuidados y vida cotidiana.

Si bien es posible hacer referencia a un enfoque común de la *ACP*, no se puede decir lo mismo en relación a la existencia de un único modelo. De hecho, son muy diversas las aportaciones existentes. Mientras que algunos modelos ofrecen marcos conceptualizadores generales de la *ACP*, otros han sido elaborados para diferentes objetivos como la construcción de instrumentos de evaluación, la puesta en marcha de nuevos modelos de centros o la orientación de procesos de mejora en servicios y en las actuaciones profesionales.

Un campo en el que se han realizado importantes contribuciones a la *ACP* es el de las personas con demencias.

Concretamente el británico Tom Kitwood (Kitwood y Breding, 1992; Kitwood, 1992, 1993, 1997), fundador del Grupo de Bradford (Bradford Dementia Group), fue quien acuñó el término *Atención Centrada en la Persona con Demencia*, argumentando la urgencia de revisar los modos de atención existentes. Su publicación *Demencia reconsidered: The person came first*, enfatizó la necesidad de situar a la persona en primer lugar, antes que la enfermedad. Según este autor la presentación de la demencia no solo depende del daño neurológico existente sino que existen otros factores que en su interacción resultan determinantes a la hora de entender el comportamiento y bienestar de cada persona como son la personalidad, la biografía, la salud y la psicología social (entendida como el entorno social que rodea a la persona). Kitwood puso de relieve la importancia de quienes acompañan a la persona con demencia en relación a su expresión emocional/conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando

4 Gestion des risques de maltraitance en etablissement, 2008. Gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile, 2009. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés, République Française

5 Movement for Culture Change in Nursing Homes; Omnibus Budget Reconciliation Acta (OBRA 1987).

la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes de los cuidadores. Incidió en que la falta de compresión de las necesidades de las personas con demencia y una interacción negativa y poco comprensiva con éstas (lo que el propio autor calificaba de "psicología social maligna"), podía ser la causa de muchas alteraciones de conductas, que no son sino la forma en que las personas con demencia expresan su malestar y sus necesidades psicológicas y sociales no cubiertas.

Down Brooker, discípula de Kitwood, propone el modelo VIPS para formular a través de una ecuación los cuatro elementos constitutivos de la atención centrada en la persona con demencia (PPC= V+I+P+S). La V hace referencia a la valoración de la persona con demencia así como de las personas que están a su cuidado; la I al trato individualizado; la P a la perspectiva de la persona con demencia y la S al entorno social positivo donde la persona experimenta bienestar (Brooker 2004, 2005). Para cada uno de estos cuatro componentes se incluyen distintos indicadores que permiten evaluar el progreso en la mejora de los servicios (Brooker, 2007).

Además, el grupo de Bradford elaboró el Dementia Care Mapping, instrumento de observación para evaluar la calidad de vida de las personas con demencia avanzada. Su interés radica en su pretensión de sintonizar con el punto de vista de las personas con demencias, registrando desde la observación externa la interacción de los cuidadores con éstas. El sistema de observación identifica tanto los detractores como los potenciadores personales, permitiendo, una vez registrados estos, establecer líneas de mejora para favorecer el bienestar de las personas usuarias a través de la modificación ambiental y principalmente desde una interacción más positiva de los profesionales (Wilkinson 1993; Williams y Rees, 1997; Wylie, Madja y Walton, 2002).

Esta mirada psicosocial de la demencia, donde la enfermedad o patología no es el aspecto único ni predominante la toman otros modelos de intervención, orientados desde los principios que enuncia la *ACP*, como el Modelo de las Necesidades no cubiertas en las demencias, el Modelo del descenso del umbral del estrés, la Teoría de los Roles y la autoidentidad o el método de estimulación de las capacidades de las personas con demencia desde las actividades cotidianas de María Montessori. Propuestas que suponen un giro importante en el abordaje de las personas con demencia y abren nuevas alternativas en las intervenciones (Mitty y Flores, 2007).

Otros modelos que optan por el enfoque de la *ACP,* como anteriormente se ha comentado, proceden de movimientos y programas creados en distintos países para mejorar y cambiar el modelo residencial institucional, desde la consciencia de sus grandes limitaciones para ofrecer una auténtica atención personalizada y permitir el control de las personas sobre su vida cotidiana.

Los países nórdicos fueron pioneros abanderando, ya en los años 60, un cambio de las tradicionales residencias hacia diversos modelos de viviendas con apoyos y unidades de convivencia para grupos reducidos de residentes con distintos grados de dependencia.

En Estados Unidos en los años 80 se inició un importante movimiento, el denominado *Cambio de Cultura* en las residencias para personas mayores (The Culture Change Movement).

Ante un grupo de presión de consumidores, el Gobierno Federal aprobó la ley OBRA 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Acta) donde se formuló un nuevo marco normativo para las residencias (nursing homes). Se buscaba pasar de un modelo asistencial institucional sanitario a un modelo de verdadero hogar desde la atención centrada en la persona. De ahí surgieron iniciativas como el *Household Model*, la *Alternativa Eden*, el *Wellspring Model* y las *Green Houses* (Koren, 2010).

Algunos estudios realizados muestran los beneficios positivos de estos alojamientos, como por ejemplo los realizados sobre la *Alternativa Eden* donde se relatan mejoras en el estado de ánimo - disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza- (Bergman-Evans, 2004), y reducción de la depresión (Robinson y Rosher, 2006), o el estudio realizado sobre las *Green Houses* que identifican mejoras de la calidad de vida percibida en relación al grupo control (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz y Yu, 2007).

En cuanto a la implantación de estos modelos alternativos a las residencias tradicionales, hay que decir que en la Unión Europea el desarrollo ha sido desigual. En los años 90 la Comisión Europea auspició la creación de la Red Salmon (Saumon Group) precisamente para impulsar estos alojamientos alternativos. Se crearon en estos años las llamadas *Unidades de convivencia*, muchas de ellas pensadas para personas con demencia, también llamadas viviendas compartidas o *Cantou* (en Francia) y se extendieron desde los Países Nórdicos, a otros como Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia. Dis-

tintos estudios realizados ofrecieron resultados positivos en ganancia en calidad de vida de las personas (Leichsenring, Strümpel, 1998; Guisset et Argoud, 1998).

Todas estas alternativas a las residencias institucionales tienen elementos comunes y se enmarcan en lo que se ha acabado conociendo como el Modelo *Housing,*

El Modelo *Housing* apuesta por un despliegue diversificado de apoyos y recursos que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. Para los casos en los que, por diferentes motivos, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa, desde este modelo se propone que la atención tenga lugar en alojamientos que, además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir "fuera de casa, pero como en casa" (Díaz-Veiga y Sancho 2012; Rodríguez, 2011).

Los alojamientos que propone el Modelo *Housing* buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, especialmente, de quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros. Cabe destacar algunas características comunes que aparecen recogidas en el cuadro nº 1.

Cuadro nº 1. Algunas características de los alojamientos enmarcados en el Modelo *Housing*. Adaptado de: VV.AA. Libro Blanco Dependencia, 2004; Rodríguez 2011.

- Combinan la existencia espacios privados que garanticen la intimidad (habitación propia) con otros comunes que potencian la actividad social (salón, cocina, jardines, etc).
- Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un "hogar propio y significativo".
- Apuestan por lograr un modo de vida parecido al hogar y un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona (cocinar, cuidar las plantas, salir a la compra, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones, etc)

- Proporcionan una atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluyendo la asunción de ciertos riesgos.
- Apoyan y dan importancia a las actividades cotidianas y significativas.
- Ofrecen atención profesional durante las 24 horas, integrando en la vivienda cuidados personales durante todo el día para las personas con altos niveles de dependencia.
- Defienden la idea de "vivienda para toda la vida", lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.
- Otorgan a las familias y allegados un papel central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad.

Una reciente revisión publicada (Brownie y Nancarrow, 2013) en torno a diferentes estudios llevados a cabo en diferentes alojamientos acordes al Modelo *Housing* muestran, por un lado, efectos positivos en dimensiones de calidad de vida percibida, mejora emocional de los residentes, incremento de satisfacción de las familias con la atención dispensada, cambio en la forma de trabajar y mayor satisfacción laboral asociada por parte de los trabajadores de atención directa. En contrapartida, algunos estudios arrojan el dato que en algunos casos se registra un incremento de caídas o se incrementa el riesgo de una peor nutrición.

4. MODELOS Y APLICACIONES DE LA ACP EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS EN ESPAÑA. DESARROLLO, RETOS Y RIESGOS

El enfoque *ACP*, que como hemos visto cuenta ya con cierto recorrido en el ámbito internacional, es prácticamente inexistente en los recursos gerontológicos de España, los cuales, especialmente en lo que se refiere a las grandes residencias, se inspiran todavía en modelos asistenciales de corte institucional y sanitario.

Aunque en los años 80/90 se pusieron en marcha algunos proyectos inspirados en los nuevos modelos de alojamientos que se estaban iniciando en otros países (fue el caso de algunas *Unidades de*

Convivencia del País Vasco, la *ViviendaCompartida* de la Asociación Cicerón en Torrijos-Toledo o el *Cantou* del Hospital Insular de Lanzarote) no se llegó a producir un desarrollo significativo. También en algunas Comunidades Autónomas se ha venido apostando por las denominadas *Viviendas Tuteladas*, a modo de minirresidencias, y por los apartamentos tutelados, pero ambos recursos han estado dirigidos hacia un perfil de persona usuaria que no precisaba ayuda en las actividades cotidianas.

A pesar de esta situación, se aprecia un creciente interés en el sector sociosanitario por conocer y proponer nuevos modelos de atención, aumentado la consciencia de la necesidad de generar cambios y mejoras en la red residencial existente.

En este sentido, cabe mencionar algunas publicaciones que en estos años han tenido un importante papel en cuanto a la sensibilización y formación de los profesionales.

Desde el SIIS-Centro de Documentación del País Vasco se elaboró la primera Guía de Buenas Prácticas en residencias de personas mayores (Marín y cols, 1996) partiendo del programa británico *Homes are for living in* (Carrington 1989). Posteriormente se publicó el documento "*Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?"* (SIIS- F. Eguía Careaga, 2011), un manual que permite reflexionar y establecer medidas concretas de mejoras en relación a la calidad de vida y los derechos de las personas

También cabe citar el trabajo impulsado por el Gobierno del Principado de Asturias en el que se elaboraron las *Guías de Buenas Prácticas* para residencias y centros de día de personas mayores y personas adultas con discapacidad (varios autores, 2009, 2010) orientadas desde modelos de calidad de vida y de atención centrada en la persona. En ellas se identificaron, a modo de intervenciones clave, 28 buenas prácticas que permiten orientar un proceso de revisión y mejora de los centros.

Otro documento más reciente que ha suscitado gran interés en el ámbito aplicado, ha sido la guía "La atención gerontológica centrada en la persona" (Martínez 2011), editada por el Gobierno del Pais Vasco en colaboración con Fundación Matia donde se indican cinco asuntos importantes para trasladar este enfoque de la ACP a la práctica: la autonomía, la intimidad, los entornos cotidianos significativos, la pre-

sencia de la familia y los profesionales y la organización como facilitadores clave.

Como conceptualización es preciso reconocer el gran valor de la aportación realizada por Pilar Rodríguez quien propone el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (Rodríguez 2010, 2011) destacando dos componentes para la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia; la integralidad y la orientación a la persona. Esta misma autora, desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, ha creado la Red Modelo y Ambiente para apoyar el intercambio de buenas prácticas, espacio muy recomendable para conocer iniciativas afines a este enfoque de atención.

De las escasas experiencias que han tenido lugar en la aplicación de estos nuevos modelos, hay que destacar por su carácter pionero y por su utilidad como un referente real para orientar el cambio, el proyecto *Etxean Ondo* (En casa, bien) liderado por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco en colaboración con Fundación Matia. Este proyecto se inició en el año 2011 para impulsar a la par de investigar, la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona en domicilios y centros (residencias y centros de día). En el caso de las residencias, el cambio que se está liderando consiste en una reorganización de los centros residenciales grandes en diferentes unidades de convivencia donde conviven grupos reducidos de residentes, lo que ha conllevado además de ciertos cambios en el espacio físico, conseguir una mayor estabilidad del personal en estas unidades, la existencia de gerocultores de referencia y un nuevo diseño de las rutinas cotidianas acordes a las capacidades y preferencias de las personas (Diaz-Veiga y Sancho, 2012).

Cabe, además, citar algunos otros ejemplos ilustrativos que muestran el movimiento, todavía hoy muy incipiente, que se está generando en el campo de la gerontología española hacia la *ACP*. Es el caso, en el sector público, del proyecto anunciado para la mejora de residencias de la Junta de Castilla y León o el proceso de revisión iniciado para implantar el modelo de *ACP* en los centros gestionados por el Consorci d'Acció Social de Catalunya. También cabe destacar la apuesta por este enfoque que algunas entidades como Alzheimer Catalunya, Intress o Cáritas (como es el caso del centro El Buen Samaritano- Churriana) vienen manteniendo desde ya hace años, o la reciente atención por parte del ámbito universitario, como es el caso de la Universidad de Vic que está incorporando acciones formativas de postgrado relacionadas con estos nuevos modelos de atención.

Podemos concluir, por tanto, que en España nos encontramos en un momento de creciente interés hacia la *ACP* pero que todavía no cuenta con suficiente desarrollo ni con un generalizado respaldo institucional.

Ello nos sitúa en un proceso de construcción de nuevos modelos de atención gerontológica y nos enfrenta a numerosos retos a los que dar respuesta. Retos que implican a muchos agentes: profesionales, movimiento asociativo de personas mayores, administraciones públicas, empresas privadas y universidades. Retos que, como tales, aportan motivación pero también requieren de esfuerzo y de una actitud abierta a la revisión y a la innovación.

En primer lugar, nos enfrentamos al reto de r*ecuperar/construir un nuevo rol profesional***.** La *ACP* plantea una forma de relación con las personas mayores basada en su empoderamiento desde una atención profesionalizada. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de potenciación de la autonomía de las personas.

En segundo lugar, hemos de *ser conscientes que la aplicación de estos modelos hace necesario promover cambios en distintos ámbitos.* En el diseño arquitectónico y la configuración de los espacios físicos de los centros, especialmente de las residencias; en los modelos de gestión/organización del centro (procesos, protocolos, programas, normas) para que sean acordes a este modelo de atención; en las normativas (autorización, inspección y acreditación) para modificar requisitos que chocan con este modelo de atención o en los sistemas de evaluación de la calidad que se centran solo en la calidad de la gestión.

Además tenemos que ser capaces de *lograr un modelo eficiente y sostenible.* Es necesario realizar estudios que ofrezcan información sobre el coste de los distintos modelos en nuestro contexto y explorar nuevas fórmulas organizativas que faciliten su implementación.

Finalmente nos enfrentamos al reto de *generar una nueva cultura de la calidad en los servicios gerontológicos orientada a la persona.* La implantación de sistemas de calidad en los recursos gerontológicos es reciente y se viene desarrollando mayoritariamente desde la casi exclusiva atención a la calidad de la gestión. Es imprescindible generar una nueva cultura de calidad en servicios sociales, no otorgando a la protección y a la seguridad la categoría de criterios únicos. Criterios

relacionados con la calidad de vida donde dimensiones como los derechos individuales, la autodeterminación o el bienestar emocional tengan un peso determinante.

Para concluir este artículo, hemos de ser conscientes de que la *ACP* supone un cambio de cultura organizativa que acarrea diversas resistencias que deberemos identificar y abordar (Collins, 2009). Cabe señalar algunos riesgos que en estos momentos acechan al desarrollo de este enfoque y modelos:

- *Simplificar lo que es y suponen estos modelos de atención*. Hemos de entender que apostar por la *ACP* supone abordar un cambio cultural y organizativo. Hemos de evitar tomarlo como una "moda", o quedarnos en modificaciones no sustanciales.
- *Pensar que "eso ya lo hacemos"*, sin haber chequeado antes a fondo nuestras intervenciones cotidianas desde criterios o descriptores de atención centrada en la persona.
- *Creer que la ACP es una atención des-profesionalizada* que no requiere cualificación, pensar que con el afecto o la amabilidad es suficiente restando importancia a la suficiencia y cualificación de los recursos humanos, a las habilidades y conocimientos técnicos sobre el cuidado. Hemos de evitar que, malinterpretando este enfoque, se busque un simple ahorro de recursos humanos, cuestión diferente al concepto de costo-eficiencia que siempre es deseable.
- *Caer en la inhibición profesional* cuando las personas participan poco o demandan actuaciones que claramente suponen perjuicio para ellas mismas argumentando que como ahora las personas son las que deciden, lo que se haga o no se haga es su responsabilidad.
- *Llevar a cabo propuestas de cambio no planificadas*, improvisando o quedando en la fase inicial de los proyectos, en los primeros logros sin prever la necesaria consolidación que precisa todo progreso.
- *Realizar una inadecuada gestión del cambio*, bien por una inadecuada comunicación, por una insuficiente formación o apoyo a los profesionales, por falta de liderazgo de los responsables o de participación de los agentes implicados en los cambios.

Un camino no exento de dificultades pero que no tiene retorno, ya que apuesta por lo que las personas deseamos en el caso de necesitar cuidados: seguir adelante con nuestra vida y poder contar con apoyos y servicios que nos permitan desarrollarla dignamente, dando respuesta a nuestras necesidades de atención pero de forma acorde a nuestros valores, preferencias y decisiones.

5. BIBLIOGRAFÍA

AGE PLATAFORM EUROPE (2010) European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly. European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance. Unión Europea.

BALTES, MM; BALTES, PB.(1990) Successful aging, perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambrige University Press.

BALTES, MM; WAH,l H (1990). Dependencia en los ancianos. En: CARSTENSEN L, EDELSTEIN BA, eds. Gerontologia clínica. Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez-Roca.

BEAUCHAM, TL; CHILDRESS, JF. (1979): Principles of Biomedical Ethics. 1ª ed. Nueva York: Oxford University Press.

BERGMAN-EVANS, B. (2004) Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. J Gerontol Nurs,30:27–34.

BROWNIE S, NANCARROW S. (2013) Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review.Clinical interventions in Aging, 8:1-10.

BRONFENBRENNER, U. (1979): The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: MA: Harvard University Press.

BROOKER D.(2004) What is person-centered care in dementia? Reviews in Clinical Gerontology,13: 215–222.

BROOKER D. (2005)Dementia care mapping: a review of the research literature. The Gerontologist,45: 11-18.

BROOKER, D. (2007):Person Centered Dementia Care: Making Services Better. London: Jessica Kingsley.

CARRINGTON et al. (1989):Homes are for living in. London: Departament of Health.

COLLINS, JH. (2009) The person centered way. Lexintong KY.

DÍAZ-VEIGA P, SANCHO M. Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa' Informes Portal Mayores. 2012; nº 132 [Fecha de publicación: 15/06/2012]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R, ZAMARRÓN MD. (1996): Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI). En: Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Maciá A , Eds. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. (1997) Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Anuario de Psicología, 73: 89-104.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1987) El Ambiente. Análisis Psicológico. Madrid: Pirámide.

FUNDACIÓN SAN FRANCISO DE BORJA (2007): Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.

GRACIA, D. (1989): Fundamentos de Bioética. Madrid: EUDEMA..

GUISSET MJ et al. (1998) : Vivre en Petite Unité: entre institution et domicile, un accompagnement sur mesure de la vieillesse. París : Fondation de France.

KAHANA, EA.(1975): A congruence model of person-environment interactión. En: WINDDLEY PG, ERNST G, eds. Theory development in enviroment and aging. Washington:Gerontological Society.

KANE RA, LUM TY, CUTLER LJ, DEGENHOLTZ HB, Y. T. (2007) Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial Green House program. J Am Geriatr Soc, 55: 832–839.

KITWOOD T, BREDIN K. (1992) A new approach to the evaluation of dementia care. Journal of Advances in Health and Nursing Care, 1(5): 41-60.

KITWOOD, T (1992). Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*. 1992; 22: 34-38.

KITWOOD T (1993).Person and process in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8: 541-545.

KITWOOD, T. (1997): Dementia reconsidered: the person cames first. Berkshire: Open University Press.

KOREN MJ. (2010) Person-Centered Care for Nursing Home residents: The Culture-Change Movement. Health Affairs, 29, nº 2: 321-317.

LAWTON MP. Competence, environmental press and adaptation. En: WINDLEY PG, BYERTS TO, ERNST G, Eds (1975): Theory development in environment and aging. Washigton D.C: Gerontological Society.

LEICHSENRING K, STRÜMPEL C (Groupe Saumon) (1998) : L´accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités de vie. Eurosocial 65/98. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social.

LITTLE, A. (1988). Psychological aspects of working with elderly clients. En: Squires, AJ, Eds. Rehabilitation of the older patient. Sydney: Croom Helm.

LOPEZ, A ; MARIN, AI ; DE LA PARTE, JM(2004) La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. Siglo Cero,35(1), nº 210.

MCCORMACK B. (2004) Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. International Journal of Older People Nursing, 13, 31–38.

MARIN, J.A. et al (1996). Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas. Vitoria: Dpto. De Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava;1996..

MARTÍNEZ T. (2009) Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. Informes Portal Mayores,; nº 98. [Fecha de publicación: 30/12/2009]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf

MARTÍNEZ, T.(2010) Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia. Madrid: Editorial Médica- Panamericana.

MARTÍNEZ, T (2011):La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. Alava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco.

MARTÍNEZ, T. (2013) El decálogo de la Atención Centrada en la Persona. EN: www.acpgerotontogia.com.

MITTY E, FLORES S. (2007) Assited Living Nursing Pracice: The language of dementia: theories and interventions.Geriatric Nursing. Vol. 28, Nº 5: 283-288

MORGAN S, YODER L. (2011) A concept analysis of person-centered care. Journal of Holistic Nursing (On line 19 july 2011) Avalaible from: http://jhn.sagepub.com/content/early/2011/07/15/0898010111412189.full.pdf

MOOS RH, LEMKE S. (1979) Specialized living environments for older people. En: BIRREN JE et al, Eds. Handbook of the psychology of aging. New York: Van Nostrand Reinhold.

MOOS, R. (1974) The Social Climate Scale: An overview, Palo alto, California:Consulting Psychologists Press

MOSS K, WILEY D. (2003): A brief guide to personal futures planning.

MOUNT B, DUCHARME G, BEEMAN P. (1991) Person Centered Development. Manchester, CT: Communitas Inc.

MOUNT B. (1990) Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities.

NOLAN M, DAVIES S, BROWN J, KEADY J, NOLAN J. (2004) Beyon 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing, 13, 3a:45-53.

ROBINSON SB, ROSHER RB.(2006) Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment. J Gerontol Nurs, 32:19–27.

RODRÍGUEZ P.(2010) La atención integral centrada en la persona. Informes Portal Mayores, nº 106. Disponible en : http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf

RODRÍGUEZ, P. (2011) Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que querremos vivir. Actas de la Dependencia Fundación Caser, 3: 8-40.

ROGERS, C. (1961) On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable.

ROWEJW, KAHN RL.(1987) Human Aging: Usual and Successful. Science, 237,143-149.

SCHALOCK RL, VERDUGO MA Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. VERDUGO y C. JENARO (2002-2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial]. (Eds.),Apoyos,autodeterminación y calidad de vida (pp. 105-112). Salamanca: Amarú.

SEVILLA, J; ABELLÁN, R; HERRERA, G; PARDO, C; CASAS, X; FERNÁNDEZ, R (2009. Un concepto de Planificación Centrada en la

Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta.. Disponible en: www, www.miradasdeapoyo.org

SIIS- FUNDACIÓN EGUIA CAREAGA. (2011) Los derechos de las personas mayores y el medio residencial, ¿cómo hacerlos compatibles?. San Sebastían: SIIS-Fundación Eguía Careaga.

VILA, J, VILLAR, F, CELDRÁN, M y FERNÁNDEZ, E. (2012) El modelo de atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. Aloma,; nº 30 (1):109-117

VARIOS AUTORES (2009):Guías de Buenas Prácticas en Centros de atención a personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

WILKINSON, A.M. (1993) Dementia Care Mapping: A pilot study of its implementation in a psychogeriatric service. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8: 1027-1029.

WILLIAMS, J, REES J. (1997) The use of 'dementia care mapping' as a method of evaluating care received by patients with dementia: an initiative to improve quality of life. Journal of Advanced Nursing, 25: 316-323.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). Active Ageing. Ginebra.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996): WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, scoring and generic version of the Assessment. Field Tial Version, Ginebra: WHO.

WYLIE K, MADJA I, WALTON, J.(2002) Dementia Care Mapping: A person-centred approach to improving the quality of care in residential settings. Geriaction, 20 (2), 5-9.

Importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales. Negligencia y maltrato lingüístico hacia los mayores

The importance of communication in interpersonal relationships. Neglect and linguistic abuse for elders

Rosario PANIAGUA FERNÁNDEZ
Licenciada en Filología Hispánica
Trabajadora Social
Especialista Universitaria en Gerontología
Profesora en la Universidad Pontificia de comillas
rpaniagua@chs.upcomillas.es

Que la humanidad pueda vivir en paz o no,
depende de los que queramos las personas
(Bertrand Russell)

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 232-251)
Fechas: Entrada: 20-03-2013; Aceptado: 05-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

La comunicación y la escucha son procesos fundamentales en el bienestar de las personas cuando se va envejeciendo. Todo acto comunicativo implica el establecimiento de una relación interpersonal significativa. Regalar y acoger la escucha significa disponibilidad, cercanía y encuentro. En el artículo se presta atención a aquellas condiciones en las que esta comunicación y escucha daña la calidad de vida de las personas mayores. La violencia lingüística debilita seriamente la imagen social de los mayores, -reproduciendo imágenes estereotipadas del envejecimiento-, impide un pleno desenvolvimiento personal, familiar, institucional y social, y es un indicador negativo del desarrollo humano de una sociedad. El artículo revisa estrategias personales, familiares y profesionales para desarrollar buenas prácticas en la comunicación y la escucha activa con las personas mayores, dedicando una atención específica a las personas aquejadas de deterioro cognitivo.

PALABRAS CLAVE

Violencia lingüística, comunicación, escucha activa, calidad de vida, personas mayores, praxis profesional, cuidados.

ABSTRACT

Communication and listening are key processes in the welfare of the people when they are getting older. Every act of communication involves establishing meaningful interpersonal relationships. Give and receive listening means availability, proximity and encounter. The article pays attention to those conditions in which this communication and listen damaged the quality of life of elderly people. Linguistic violence seriously undermines the social image of the elderly, reproducing stereotypical images of aging, hinders a full personal, family, institutional and social development staff, family, institutional and social, and is a negative indicator of human development of a society. The article reviews personal, family and professional strategies to develop best practices in communication and active listening to elderly, devoting special attention to persons with cognitive damage.

KEY WORDS

Linguistic violence, communication, active listening, quality of life, elderly people, professional practice, care

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. ACERCA DE LA COMUNICACIÓN

> Así como la fruta madura con el sol, así también los hombres maduramos en presencia de otras personas, caminando junto a ellas (Gonzalo Torrente Ballester)

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, comunicación es: "Trato, correspondencia entre dos o más personas. Trasmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor". Los elementos fundamentales de la comunicación son: emisor (el que emite las señales), receptor (el destinatario de las señales), el mensaje (lo que se transmite) el canal (por la vía que se transmite), y el código (conjunto se señales comunes al emisor y el receptor).

La comunicación entre las personas es la forma de relación, de interactuar, de crecer, de "estar juntos" en el transcurso de la vida. En todo acto comunicativo existe un contenido significativo y el establecimiento de una relación interpersonal; sin ello no podemos hablar de comunicación interpersonal.

Vivimos con otros aunque a veces ni siquiera se explicite la comunicación; las personas entran en conexión y de las interacciones e influencia mutuas se instauran relaciones de las que ambas partes se ven influenciadas. El *encuentro* puede ser entendido como un nuevo sistema relacional, que va más allá de los mensajes verbales (Acebo, 1992, 55.).

En el acto comunicativo hay que tener la habilidad de reconvertir lo implícito en explícito, leer los sentimientos que se expresan y los que no se expresan pero que están ahí sin haber sido drenados tal vez nunca. Solo desde ahí se puede entender la base de la comunicación; es decir descifrar los mensajes de quien está diciendo, o queriendo decir algo a alguien, sabiendo diferenciar lo que se nos dice, de lo que está "sintiendo" la otra persona al decir. Con ello entramos en la médula de la comunicación en donde no sólo se escucha sino que se "convive" con el que habla (García Roca, 1996).

El lenguaje oral se ayuda de movimientos mímicos y gesticulares para hacerse más expresivo o poner el énfasis en una de las partes del discurso. Y, a veces, es el único modo posible de comunicarse, con lo que aumenta su gran riqueza expresiva. Estamos ante la co-

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

municación no verbal, que puede ser más elocuente que las palabras cuando aparecen dificultades cognitivas, de dicción y/o audición (Davis, 1998).

Sea cual sea el modelo comunicativo a utilizar, es de vital importancia no interrumpir la comunicación nunca, tampoco cuando nos referimos a personas con dificultad (por edad o salud). La comunicación es uno de los mejores bienes que ofrecer y garantiza, entre otros beneficios, la calidad de vida que es en definitiva el mejor de los propósitos en el trabajo y la relación con los mayores. (Paniagua, 2012).

Para que se dé auténtica comunicación hay que tener muy en cuenta al interlocutor.

En el caso de las personas mayores hay que considerar el ritmo, el vocabulario empleado, el grado de instrucción, la región de procedencia, las capacidades auditivas y/o visuales, entre otros factores. Se trata de entrar en su universo lingüístico para que sea posible la verdadera comunicación y no un monólogo muy bien estructurado pero sin eco en el receptor por la inadecuación del mensaje.

Siempre entran en relación un tú y un yo con dos universos vitales diferentes y que en el acto comunicativo entran en conexión. Es un elemento fundamental en el trabajo con personas mayores, que pueden tener dificultades añadidas por los decrementos sensoriales derivados de la edad o déficit cognitivos por enfermedades, y con todo ello hay que contar.

2. IMPORTANCIA DE LA ESCUCHA

> Nos han sido dadas dos orejas, pero solo una boca, para que podamos oír más y hablar menos (Zenón de Elea)

La escucha crea la mejor disposición para acompañar, vivir y "caminar con el otro", pero exige el talante de acoger el mundo del interlocutor en cualquier situación. La opción de regalar escucha es algo más que oír una sucesión de palabras; se trata de ofrecer disponibilidad, cercanía y encuentro.

- Escuchar supone acortar la distancia que separa a una persona de otra. La escucha plena ofrece beneficios no solo para el que es escuchado también para el que escucha.
- Escuchar es más que oír; significa poner atención al mensaje, significa, sobre todo, querer comprender. Supone tener en cuenta que hay un mundo más grande que las palabras que es el de los "sentimientos", tratando de entrar en el significado que tiene para la persona que expresa.
- Escuchar supone usar el espacio libre mental y centrarlo en la persona que comunica. Es hospedar sin condiciones, estando o no de acuerdo con el mensaje emitido.
- Escuchar es una de las formas más eficaces de respeto. Es la piedra angular en la que se basan todas las relaciones generadoras de ayuda, siendo la escucha una de las caricias positivas más apreciadas por las personas. Cuando uno se siente escuchado tiene la cálida percepción de tener valor a los ojos de los demás.
- Escuchar implica a toda la persona. Una importancia capital tiene la "mirada", que es verdaderamente elocuente. La mirada está en estrecha relación con los sentimientos, con ella se puede construir, curar, cuidar, dar serenidad, confianza. Con ella se puede expresar amor, complicidad, se puede decir todo. Escuchar implica silencio en el receptor, haciendo posible que el que habla ocupe todo el espacio. Significa estar pendientes del lenguaje gestual, tono de voz, pausas, ritmo, elementos del discurso, lo que se dice, lo que no se dice, entre otras dimensiones. Se escucha con los oídos, pero se atienden los sentimientos.
- Escuchar sana. El que escucha se convierte en instrumento de curación, porque concede espacio a otro para que se abra con confianza y libertad, permitiéndole sentirse comprendido y afirmado.

Pero no siempre es fácil escuchar, y menos escuchar bien. Los problemas y las prisas agobian y el mundo interior de las emociones y sentimientos hace muy difícil despejar el espacio mental para que entre el otro. Los obstáculos más frecuentes para la escucha son: miedo a que la escucha nos complique e implique; la ansiedad; heridas no cerradas que se abren con lo escuchado; la superficialidad (no ir a lo profundo que nos están comunicando); tendencia a juzgar; a maximizar o a minimizar los contenidos de los mensajes; personalizar

todo lo que escuchamos; generalizar; no centrarse; la impaciencia; la impulsividad; la pasividad, y/o dar recetas (Bermejo, 1998).

Algunas estrategias válidas para la escucha son las siguientes: ser abierto, intuitivo y empático; mantener una postura corporal que manifieste interés y receptividad; prestar atención a las formas no verbales de comunicación y a los significados; tener en cuenta los silencios como forma de comunicación; captar y seguir atentamente los mensajes no verbales; evitar comentarios inoportunos; cuidar el entorno físico para que favorezca la comunicación; tener en cuenta los contenidos emocionales de la comunicación; estimar la información obtenida; elegir los momentos más convenientes para el encuentro comunicativo; cuidar el tono y las inflexiones de voz; usar un lenguaje adaptado a la persona y a la situación; cuidar los gestos; adoptar la distancia física adecuada; dar tiempo a que la persona se exprese y no interrumpir; evitar distracciones; no agobiar; huir de estereotipos; ser natural, y mostrarse relajado.

Se puede ser ocasionalmente perezoso para escuchar, sobre todo si se está cansado o preocupado, pero la situación es más negativa si está arraigada en la conducta del cuidador y/o acompañantes de mayores, y no se detiene nunca a escuchar por considerarlo pérdida de tiempo. A escuchar se aprende si hay voluntad para ello y es imprescindible para proporcionar unas buenas prácticas gerontológicas en todos los ámbitos de actuación, no dejando atrás el ámbito familiar, vecinal, amical, e institucional (Trevithich, 2002).

3. NEGLIGENICA Y MALTRATO AL MAYOR

> El deseo de autonomía y le extrañamiento de la coacción son impulsos naturales en el hombre. En el fondo de toda persona anida la legítima aspiración de libertad y consideración (Jurgen Habermas)

La violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, constituye un problema social de gran magnitud que nos afecta a todos. Las circunstancias de abandono, inseguridad, privación falta de afecto y abusos generan en la persona desconfianza, agresividad, y malas relaciones. Los ambientes nocivos alteran la capacidad de controlar los impulsos, trastornan las relaciones con los demás y dificultan seriamente la convivencia cuando ésta se torna difícil. Las raíces de la violencia prosperan en las familias castigadas por la explotación, las humillaciones, la indiferencia, el abandono, y son reforzadas negativamente por la influencia de los contextos sociales abusivos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia roba 850.000 vidas al año y ocasiona numerosos daños físicos y emocionales con muy difícil recuperación, pero *no están todos los que son*[1]. La OMS reconoce que las cifras oficiales no reflejan la gravedad del problema, y sospecha que las denuncias de malos tratos en general son muy poco representativas, lo que hace que el verdadero problema adolezca de visibilidad y quede encubierto ante la opinión pública.

La violencia se aprende. Los comportamientos están influidos por la personalidad y los valores culturales, que moldean y regulan las actitudes y decisiones. Por ello, es un error ignorar el papel que desempeñan ciertas influencias nocivas aprendidas en el ambiente familiar y social en el que nace, crece y vive una persona (Vidal, 2008).

La experiencia que más moldea a las personas a recurrir a la fuerza para aliviar sus frustraciones, es haber sido objeto o testigo directo de degradaciones y abusos durante los primeros años de la vida. Las personas maltratadas tienen más posibilidades de generar violencia, que quienes se han desarrollado en un ambiente seguro y acogedor. La simiente de la violencia se nutre y crece impulsada por los mensajes y agresiones del entorno social, hasta llegar a formar parte inseparable del carácter y del comportamiento del adulto.

En cualquier caso solo se puede responder desde la tolerancia cero, desde la ilegitimación del uso de la fuerza, y desde una educación no violenta que promueva la protesta enérgica en contra de todo tipo de violencia, hasta en sus más tenues manifestaciones (Paniagua, 2010).

Vamos a definir qué se entiende por violencia hacia las personas mayores:

- La OMS la define como: "acción única o repetida, o falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor" (OMS, 2002). Esta definición ha sido adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a Personas Mayores (INPEA)

[1] El País, 17 de enero de 2006.

- Ruth Teubal identifica la *violencia* contra personas mayores como cualquier tipo de conducta abusiva de la persona más fuerte a aquellas más débil. Para ella el vínculo abusivo va siempre asociado a un desequilibrio de poder, construido culturalmente e interiorizado por los perpetradores y las víctimas (Teubal, 2001).
- En la Declaración de Almería sobre el Anciano Maltratado se perfiló como violencia: "Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnera o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo constatable objetivamente o percibido subjetivamente" (Kensel, Marín y Maturana, 1996).

Precisamos que el término *violencia* responde a un concepto que abarca la *negligencia (*por omisión de cuidados y atenciones que precisan la persona mayor para un correcto desarrollo*), en la que puede haber intencionalidad o no.* Pero también de *mal trato (*por comisión de actos que dañan gravemente la dignidad de la persona*)*. Hay negligencia y mal trato de carácter físico, psicológico, sexual, financiero, cultural/ religioso (no respetar valores y creencias), institucional, ambiental, mediático y lingüístico, que es sobre el que vamos a reflexionar en este artículo. En cuanto a la *autonegligencia* es entendida como la incapacidad de que el mayor se propicie los cuidados precisos.

Respecto de la negligencia señalamos que puede tener diferentes orígenes. Una persona cuidadora puede no atender las necesidades de un mayor por falta de formación o información (*no sabe hacerlo mejor*), por falta de apoyos y recursos (*no puede hacerlo mejor*), y/o por falta de interés y voluntad para desempeñar su tarea de acompañar (*no quiere hacerlo mejor*) (Bermejo, 2004). Los casos de maltrato y/o negligencia se producen en situaciones en los que los actos de acción u omisión se mezclan. Lo que más se suele dar son las situaciones de negligencia en todas sus formas. Un elemento importante es la intensidad con la que se producen y el lugar dónde se perpetran (Paniagua y Mota, 2008).

El reconocimiento de la existencia de violencia hacia personas mayores es más reciente que en otros tramos de edad. Estamos ante un problema "iceberg" del que solo se conoce una parte, ya que frecuentemente las personas mayores no hablan por no saber, no poder

o no querer. Hay una insuficiente información y sensibilización en este tipo de violencia, lo que está relacionado con actitudes edadistas que imperan en la sociedad (Paniagua y Mota, 2008).

Esta invisibilidad y carácter privado de la misma no hace más que dificultar la detección, la intervención y el seguimiento. Se pierde de vista así la dimensión social de largo alcance al situarse "intramuros", lo que requeriría de actuaciones más amplias y comprometidas por parte de los poderes públicos y con el concurso de toda la ciudadanía. Los malos tratos hacia las personas mayores deben ser considerados como un indicador de la falta de desarrollo de una sociedad en cuanto atenta contra los derechos y libertades fundamentales de una persona, y no como manifestación de determinadas patologías personales o familiares[2].

Finalizamos definiendo algunas peculiaridades de las situaciones de violencia hacia las personas mayores:

- El no reconocimiento de la violencia por parte de las propias personas mayores, que callan por el temor a verse obligados a salir de casa, por habituación y normalización de las situaciones de malos tratos y/o negligencia, y por querer preservar el hogar de la aparente "armonía familiar"[3]. Las fuertes relaciones afectivas con las personas responsables, sobre todo si vive en el hogar familiar, hace que muchas veces oculten la situación o se culpen por el reconocimiento de un fallo en la crianza. También la persona responsable de actos violentos contra el mayor vive la situación como un fracaso vivido en aislamiento creyendo que su caso es único.

[2] Los Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad definieron en 1991 los derechos de dignidad, cuidados, autorrealización, independencia y participación. En varias conferencias y cumbres de las Naciones Unidas también se han aprobado compromisos respecto a la promoción de los derechos de las personas de edad, entre ellos, el Programa de Acción de la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de 1995 y la Declaración del Milenio aprobada en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas de 2002. En el ámbito nacional la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología elaboró en 2002 el Decálogo de las Personas Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-decalogo-01.rtf> Consultado el 05/10/2000.

[3] En ocasiones la víctima depende económica y habitacionalmente de la persona agresora, lo que dificulta la expresión de la situación violenta

- El mayor vive, en algunos casos, con pocas relaciones vecinales (el mayor no va a la escuela como el caso de los niños, o al trabajo en caso de la violencia de género, lugares en los que se pueden detectar síntomas que pongan en pista de que algo está pasando). A esto se une el imaginario social sobre la privacidad de los asuntos familiares que moldea actitudes de reticencia y ambivalencia para denunciar por parte de los profesionales o personas del entorno. Incluso el mayor no cuenta la situación ante la creencia que la "ropa se lava en casa".
- En situaciones de dependencia las dificultades cognitivas y comunicativas hacen más difícil que perciban y puedan expresar lo que está ocurriendo. Hay señales físicas y psíquicas en los mayores violentados que pueden solaparse con lesiones frecuentes en personas de edad como son las caídas reiteradas, depresión senil, cuadros de desubicación y confusión mental, entre otras.

4. NEGLIGENCIA Y MALTRATO LINGÜÍSTICO AL MAYOR

> La cultura esculpe las actitudes y conductas de las personas (William Somerset)

Venimos señalando a lo largo de esta entrega, como el *lenguaje,* en todas sus manifestaciones, hace posible que se viva en relación, que se viva en un entorno de calidad y desarrollo personal con independencia de la edad y la situación en la que se encuentren las personas. El Diccionario de la Real Academia Española define lenguaje como "el conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente".

El uso del lenguaje otorga beneficios, pero se puede incurrir también en lo que se llama "la perversión del lenguaje", cuando se utiliza para vejar, humillar, culpabilizar y hacer daño. En ese caso el valor benéfico se torna negativo o muy negativo para el receptor. Hay diferentes tipos de lenguaje: oral, escrito, mímico, gestual, simbólico…, por tanto las posibilidades comunicativas son infinitas para establecer contactos entre las personas. Dentro de la tipología de negligencia y/o maltrato a los mayores hemos señalado un tipo que es lingüístico, objeto de este trabajo.

La violencia lingüística en sus modalidades de negligencia y mal trato, es la más invisible pues no deja heridas aparentes. Se incurre en ella cuando por medio de expresiones escritas, verbales, mímicas,

y/o simbólicas, se daña la integridad de una persona mayor, ocasionándole daño y sufrimiento. Deja señales ocultas que lastiman seriamente al mayor. Hay que tener en cuenta que ese daño se ocasiona aunque la persona mayor no lo perciba, por estar en una situación de vulnerabilidad y déficit cognitivo derivado de alguna enfermedad. En estos casos se considera falta de respeto grave a una persona que ya no es competente. Está considerada la violencia que menos se denuncia, y la persona mayor llega a pensar que se la merece por las molestias que ocasiona, a su criterio, en la convivencia diaria por sus demandas de atenciones y cuidados.

En el ámbito de la violencia lingüística también conviene diferenciar entre negligencia y maltrato:

- Entendemos por *negligencia lingüística* todo tipo de omisiones en el plano comunicativo. Cuando no se escucha a la persona mayor, no se atienden sus demandas, no se le hace partícipe en conversaciones, no se le mira, no se le expresa afecto, no se le permite expresar sus sentimientos, no se creen sus argumentos habiendo competencia para ello, se le omite información sobre temas médicos, patrimoniales, y/o familiares que le conciernen directamente, se toman decisiones sin consultarle, se ignora su presencia en actos médicos, notariales, bancarios etc. No queremos abundar en la casuística, pero hemos querido detallar algunos casos que pueden ilustrar el presente trabajo.
- El *maltrato lingüístico* sucede cuando a través del lenguaje se infringe daño al mayor por medio de insultos, descalificaciones, gritos, humillaciones, amenazas, mentiras, engaños, falta de respeto expreso. También conviene incluir todo lo que constituye coacción a la firma de documentos, contratos fraudulentos con lenguaje ininteligible, letra ilegible, tecnicismos excesivos, impedir expresar creencias, rituales, valores, prohibirle lecturas, cine, televisión, escuchar música etc. y todo lo que constituyan actos y prohibiciones que tienen que ver con el lenguaje en el sentido amplio.

No hay violencia lingüística en estado puro. Se mezcla con la física, emocional u otras, y podemos afirmar que la persona mayor que sufre negligencia y/ maltrato lingüístico, probablemente esté siendo víctima de más de un tipo de violencia, ya que las fronteras entre unas agresiones y/u otras no son nítidas. Hay ambientes violentos en

los que los mayores son objeto de negligencia y/ maltrato físico, psíquico, ambiental, institucional, etc.

La violencia puede ocurrir en el *ámbito familiar*, en contextos en los que los gritos, insultos, descalificaciones, expresiones vulgares constituyen la forma habitual de comunicación, ya sea de forma rutinaria u ocasional. En el *contexto residencial* la violencia lingüística ocurre cuando los profesionales cuidadores ridiculizan, infantilizan, despersonalizan y tratan a los mayores como un objeto, exponiendo públicamente temas de su intimidad y desposeyéndolos de dignidad y valía como seres humanos. En este sentido es necesario el cuidado extremo en la contratación, formación, y supervisión de los profesionales para evitar las malas prácticas y la perversión de los cuidados que constituye la violencia.

En relación al *maltrato mediático* se incurre en él cuando en los medios de comunicación se trata a los mayores de forma poco o nada respetuosa, ofreciendo de ellos una imagen distorsionada como personas inútiles, incultas, infantiles, y/o malhumoradas. También cuando se les expone en programas de humor como claros objetos de burla en donde están presentes las bromas, chistes, imitaciones irrespetuosas, y escenas íntimas sometidas a la exposición en público.

En ocasiones hay una mala praxis por parte de los profesionales cercanos a los mayores, que ocurre cuando consideran una "pérdida de tiempo" informarles si su capacidad de comprensión está ralentizada o si tienen una considerable pérdida de audición. En estos casos no les hablan o informan de asuntos concernientes al mayor, obviando su presencia e informando o dirigiéndose exclusivamente a los familiares en actos médicos, notariales, bancarios, y tomando decisiones delante de ellos sin tener en cuenta su opinión cuando hay competencia para ello. Es lo que se viene en llamar "alexitimia sobrevenida". Se conoce como alexitimia la incapacidad de las personas para expresar sus sentimientos y emociones[4]. En el caso de los mayores maltratados lingüísticamente, caen en esta incapacidad o limitación expresiva como consecuencia de no ser atendidos reiterada y habitualmente.

[4] SIFNEOS, P. E. (1973). "The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients". *PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS,* nº 22, p. 255-262.

Asimismo no atender demandas de cuidados médicos, sustentando la creencia que lo hace por quejarse, por molestar, cuando en realidad precisa de la consulta de un facultativo o de otras ayudas farmacológicas alimentarias, de aseo, de compañía etc., constituye violencia lingüística. El no mirar, no oír, no escuchar, no tocar, son formas de negligencia comunicativa que deberían revisarse y enmendarse para entrar en la dinámica de los "buenos tratos", y de la provisión correcta de cuidados asistenciales y relacionales.

Conviene considerar también como violencia lingüística no sólo negar la comunicación, condenando al mayor al silencio permanente, sino también forzarla cuando la persona no lo desea. Para ello hay que tener muy presente los *momentos idóneos*. Todas las personas tienen necesidad de organizar su tiempo y que se respete el ritmo establecido. De lo contrario se cae en un trato inadecuado de los elementos comunicativos. En este ámbito conviene distinguir los siguientes tiempos:

- Tiempo de soledad. Cuando la persona necesita estar aislada, sea en presencia o en ausencia de otras personas, en silencio sin comunicar, ni con deseos de que le comuniquen.
- Tiempo de actividad. Espacio reservado al quehacer, sea o no remunerado, en donde la persona está atenta a lo que desarrolla.
- Tiempo de recreo. Juegos, pasatiempos, manualidades, que tienen un gran valor relacional y comunicativo.
- Tiempo de intimidad. Es el momento del intercambio abierto y sincero de los sentimientos al que todo el mundo tiene derecho. Está relacionado con el amor, la confianza, la complicidad, la expresión de sentimientos, llorar, sentir con el otro.

En ocasiones estos tiempos son modificados por necesidades organizativas de las instituciones geriátricas, por la programación de actividades en momentos pautados de comunicación, cuando a veces a los mayores no les apetece, y tienen derecho a no sentirse motivados con determinadas actividades en determinados momentos. En la comunicación hay que tener muy presente la *singularización.* No a todas las personas les motivan los mismos temas de conversación, incluso hay algunos que despiertan desagrado. Hay que adecuar los temas a cada interlocutor pues el universo de cada uno es particular. Asimismo hay que huir de la *infantilización,* tratar a los mayores como si fueran niños. Es uno de los sentimientos de mayor frustración que

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

expresan cuando aún tiene competencia para ello. Conviene plantearse bien el significado de las palabras y expresiones para no herir la sensibilidad del mayor. Es importante también que el *lugar* sea grato, puesto que el hábitat también ejerce su función comunicativa positiva y/o negativa.

Advertimos que el mayor puede habituarse a este tipo de agresiones verbales y considerar la situación como *normal*. Hacerle ver que no es merecedor de ese trato les beneficiará en gran medida. De lo contrario vivirá progresivamente su propio desmerecimiento y habituación al trato recibido. Llegan a aprender a vivir aislados, no preguntados, no escuchados, no entendidos o no creídos en sus demandas. Cuando la persona mayor competente decide informar de la situación que está viviendo a otros familiares y/o profesionales de servicios socio-sanitarios y no es tenido en cuenta, cae en la llamada *victimización secundaria*. Esta ocurre cuando ha sido desatendido en su expresión de violencia y calla para siempre, con las consecuencias negativas para el desenvolvimiento de una vida en paz.

Las secuelas en los mayores que están recibiendo habitual u ocasionalmente este tipo de violencia verbal se traduce en indefensión, baja autoestima, temor creciente, aislamiento, silencio, tensión nerviosa, incapacidad de concentración y pérdida de sueño y apetito. Se viven como un estorbo, con la conciencia de que solo proporcionan problemas a los familiares y cuidadores, llegando incluso a autojustificar el trato que están recibiendo. Muchas veces son el "chivo expiatorio" de todos los males que acontecen en su entorno y además se les hace saber, con lo que aumenta la sumisión y el desprecio por ellos mismos, llegando con ellos a la "profecía auto cumplida". Es decir, se comportan como se espera de ellos y están destinados a hacer las cosas mal, pues no hay expectativas positivas sobre lo que puedan hacer o decir.

En cualquiera de los escenarios en donde se produzca este tipo de violencia, en el medio familiar, y/o en instituciones geriátricas, así como en los medios de comunicación y otros ámbitos, estas huellas ocasionadas en los mayores son muy profundas y de muy difícil cicatrización. El declive propio de la edad, que actúa en contra del posible camino de salida de la situación, dificulta la recuperación. Caen los principios de dignidad, justicia, seguridad e independencia que son los factores que han sido identificados por las personas mayores como los principios básicos que han de estar presentes en un envejecimiento saludable (IMSERSO, 2004).

Hay que seguir alerta ante un problema social de difícil cuantificación y visibilización como ya hemos señalado, y que debilita seriamente la imagen social de los mayores y favorece la consolidación de estereotipos negativos que impiden un pleno desenvolvimiento personal, familiar, institucional y social. Tomar conciencia de la violencia hacia los mayores, en cualquiera de sus manifestaciones, tanto en su magnitud real como en su conceptualización, ayudará a que la sociedad reaccione adecuadamente ilegitimando su existencia. (Paniagua, 2010).

Un elemento básico para generar buenos tratos hacia los mayores está en la *educación*. Se deberían incluir en todos los niveles educativos áreas transversales que tengan que ver con las características y la evolución del proceso del envejecimiento, y pautas de formación en el respeto y la consideración para que desde las edades más tempranas se viva el reconocimiento a los mayores de forma natural. El objetivo es promover que las jóvenes generaciones incorporen una buena imagen de las personas mayores, que repercutirá satisfactoriamente en una cultura del respeto, la convivencia intergeneracional, la consideración y la estima. La identificación de las causas de violencia lingüística (patrones culturales, contextos desestructurados, hábitos de lenguaje inadecuado, falta de comunicación y espacios de silencio y tranquilidad), permitirá reconocer las claves que conducirían a la erradicación de un problema que está afectando a muchos mayores, sabiendo que es de muy difícil cuantificación pero urge su erradicación.

5. LA COMUNICACIÓN SIEMPRE

> Hay que mantener hasta el final el hilo de la comunicación, la que sea, pues es el hilo de la vida entre el enfermo y los próximos (Jacques Selmes)

Hemos querido considerar también la comunicación con las personas aquejadas de demencias y de otras dolencias similares, que por el propio curso de la enfermedad van a ver mermadas sus capacidades, lo que ha de llevarnos a estar más atentos y adecuar los modos de comunicación. Éste es uno de los mayores bienes que podemos ofrecerles, como hemos venido señalando a lo largo de este artículo, y garantiza la calidad de vida, pese a la enfermedad.

El lenguaje en todas sus manifestaciones es la base fundamental de la comunicación entre las personas. En esa interacción recíproca

nos hacemos preguntas, nos respondemos, y eso constituye el eje más importante de las relaciones de convivencia en la sociedad en general y en los ámbitos familiares, profesionales, vecinales, y/o amicales, etc. La falta de comunicación se convierte en un problema, cuando esta se va haciendo cada vez más difícil por el desarrollo de ciertas enfermedades (Strauss, 2005).

Advertimos de algunas manifestaciones en el enfermo para estar especialmente atentos y no interrumpir la comunicación, cayendo con ello en la *negligencia comunicativa*:

- En las primeras fases el enfermo tiene pérdida de vocabulario, le cuesta la construcción de frases.
- En las siguientes fases apenas puede expresar unas cuantas frases seguidas, ha olvidado parte del vocabulario y repite palabras patrimoniales de su acervo sentimental más próximo: pueblo, madre, etc.
- Más adelante ya no habla, pero aprecia mucho el tacto. Es el momento de la compañía silenciosa, de desarrollar un lenguaje sin palabras, porque el enfermo recibe este tipo de comunicación hasta el final (AA.VV, 1998).

Para no incurrir en la incomunicación es importante que desde los primeros síntomas se establezca un lenguaje simplificado. Es muy importante dejarse ver, acercarse, establecer contacto físico, y colocarse siempre de frente. La interacción con la persona que lo cuida y con la familia es la única posibilidad que tiene el enfermo de comunicarse, para evitar el aislamiento y la soledad.

En este tipo de comunicación es muy importante recurrir al lenguaje no verbal. La persona afectada de demencia va perdiendo inexorablemente la capacidad de hablar y de entender lo que otros le hablan; es cuando entran en juego otros canales comunicativos como son la caricia, voz grata, proximidad, tranquilidad, etc. En la demencia senil tipo Alzheimer el enfermo olvida el lenguaje común, luego la significación de las palabras, luego el mecanismo de articulación de los sonidos, pero al mismo tiempo sabe lo que quiere e intenta hacerse entender no sin dificultades. Y es que la comunicación no se limita a las palabras sino que está presente en la sonrisa, el apretón de manos o los besos (Boada y Tárraga, 2002).

Para no incurrir en la negligencia comunicativa aportamos algunas estrategias prácticas que otorgarán más calidad de vida al enfermo tales como:

- Hablarle directamente, con voz suave, cuidar la pronunciación, utilizar palabras sencillas, frases muy cortas, preguntas directas, no interrumpir, decirle lo que estamos haciendo, usar la escritura, usar dibujo, mostrarle fotos, postales de su agrado, mirar, sonreír, y/o acariciar.
- Hablarle de frente, despacio, suave, sonriendo, claro, con gestos reforzadores, afectuosamente, con lenguaje adulto, no infantilizando.
- Nombrar su nombre, sus familiares, día, hora, estación del año, personas queridas, amigos, lugares conocidos, palabras gratas, aficiones, ilusiones, gustos, y/o valores.
- Utilizar otras alternativas comunicativas: audición de música, recitación de poemas, narraciones cortas, bailes sencillos, canciones conocidas, juegos de mesa, olores de su agrado, voces familiares, etc.

En suma, lo que se trata de poner en marcha con el enfermo es un *nuevo modelo comunicativo,* para lo que se requiere una considerable creatividad y motivación. Sería una negligencia importante aislar al enfermo, "cosificarlo", como un elemento más del mobiliario, por creer que nada tiene que decir, ni va a entender lo que se le dice. La comunicación es mucho más que el mero intercambio de palabras. Hay que adaptarse a la nueva situación del enfermo y el modo de relacionarse con él, pues él no puede hacer ya el esfuerzo y no está capacitado para ello, pero en ningún caso hay que renunciar a la comunicación de la forma que sea.

Sin pretender dar recetas ni agotar las posibles formas de comunicación, hacemos algunas propuestas comunicativas que pueden ayudar a los cuidadores a no romper el hilo relacional:

- Hacer el esfuerzo de entrar en su mundo, sus gustos, valores, recuerdos, etc. Todo ello propicia en el enfermo la comunicación, la que sea y de la forma que pueda, pero es importante no desconectarse del entorno y de su historia (Paniagua, 1998).

- Tener calidad en el contacto. El enfermo vive una gran confusión interior, por ello hay que simplificar el lenguaje y no hacer preguntas complicadas.
- Incorporar la comunicación no verbal: caricia suave, contacto permanente, coger las manos, tocar el cabello y el rostro, dar besos, y crear una atmósfera de amor por medio del contacto físico (Furtmayr-Schuh, 2001).

Merece la pena hacer el esfuerzo de aproximación, utilizando todas las estrategias comunicativas posibles, lo que otorgará una mayor calidad de vida cuando esta se debilita por las secuelas de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES

Todas las personas necesitamos de la comunicación y la escucha activa con los otros. El lenguaje forma parte del establecimiento de relaciones interpersonales significativas, que favorecen nuestra calidad de vida y nuestro pleno desarrollo personal. La negligencia y/o el maltrato lingüístico a las personas mayores dañan su dignidad, seguridad, autonomía personal y participación social, y atenta contra la justicia social y el desarrollo humano de las sociedades.

Cuando por cuestiones de edad o en situaciones de enfermedad las competencias comunicativas se ven mermadas, es necesario y posible rescatar en la relación interpersonal los aspectos comunicativos, adaptando las capacidades y posibilidades de comunicación y escucha tanto por parte de las personas mayores como de las personas del entorno inmediato. Se trata de generar nuevos modelos comunicativos, con creatividad, singularidad y afecto, que permitan a emisor y receptor expresarse, comunicarse y "conectarse" interpersonalmente y con sus entornos más próximos. Hay que promover una visión singularizada y personal de las capacidades comunicativas de las personas mayores, vinculadas con su trayectoria biográfica y sus condiciones presentes de salud, relaciones sociales, etc., descartando visiones estandarizadas y unívocas de personas aisladas.

La calidad de vida integral para los mayores, y para todos aquellos que nos relacionamos con ellos como personas significativas en nuestra historia personal, familiar, social y/o profesional, pasa por activar la dimensión relacional inherente a la condición de persona,

que para ser necesitamos comunicarnos con otros. Las buenas prácticas de comunicación y escucha hacia las personas mayores han de traducirse en estrategias de información y proximidad a una imagen positiva y valiosa del envejecimiento, formación a los profesionales de los servicios sociosanitarios, y apoyo a las familias.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ACEBO, A. (1992). *Trabajo social en los servicios sociales comunitarios*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

BERMEJO, J. C. (1998). *Apuntes de relación de ayuda.* Madrid: Sal Terrae.

BERMEJO, L. (2004). "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Volumen 36, nº 1, p.8-14.

BOADA, M. y TÁRRAGA, L. (2002). Alzheimer. La memoria está en los besos. Madrid: Ediciones Mayo.

DAVIS, F. (1998). *La comunicación no verbal.* Madrid: Alianza Editorial.

FURTMAYR-SCHUH, A. (2001). La enfermedad de Alzheimer. Saber prevenir, tratar, vivir con la enfermedad. Barcelona: Editorial Herder.

GARCÍA ROCA, J. (1996). 'Preguntas y perfiles del trabajo", en BERMEJO, F. (coord.), *Ética y trabajo social*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, p.79.

IMSERSO (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales.* Madrid: IMSERSO.

KESSEL, H; MARÍN, N. y MATURANA, N. (1996). "Primera conferencia nacional de consenso sobre el anciano maltratado". *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* nº 31, p. 367-372.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). "Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas

mayores". *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* nº 37, p. 332-333.

PANIAGUA, R. (2012). *Las personas mayores. Aproximación a una realidad.* Madrid: Editorial El Perpetuo Socorro.

PANIAGUA, R. (2010). "Prevención de la violencia hacia los mayores. Tres medidas preventivas: concienciación social, formación de los profesionales y apoyo a la familia". *Miscelánea Comillas*, Volumen 68, nº 132 (Enero-Junio 2010), p. 241-268.

PANIAGUA, R. y MOTA, R. (2008). "Malos tratos familiares hacia las personas mayores. Factores de riesgo y estrategias para la intervención", en GARCÍA, A. (coord.). *Nuevos escenarios de violencia.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas, p. 85-118.

PANIAGUA, R. (1998). "La demencia senil tipo Alzheimer, el precio del olvido". *Trabajo Social Hoy*, Monográfico primer semestre 1998, p. 134-146.

STRAUSS, C. J. (2005). *Cómo hablar con un enfermo de Alzheimer. Formas sencillas de comunicarse con un miembro de la familia o un amigo cuando le hacemos una visita.* Barcelona: Ediciones Obelisco.

TEUBAL, R. (2001). "Maltrato del anciano en la familia", en TEUBAL; R: et. al, *Violencia familiar, trabajo social e instituciones.* Barcelona: Editorial Paidós.

Trevithick, P. (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social. Manual práctico.* Madrid: Narcea S.A. De Ediciones.

VIDAL, F. (2008). "Los nuevos aceleradores de la violencia remodernizada", en GARCÍA, A. (coord.). *Nuevos escenarios de violencia.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas, p. 17-48.

VV.AA (1998). *Enfermedad de Alzheimer. Vivencias familiares*. Madrid: Fundación Alzheimer.

Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial

Infantilization in institutional care for elderly people

Sacramento PINAZO-HERNANDIS
Profesora titular de Psicología Social.
Directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
sacramento.pinazo@uv.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 252-282)
Fechas: Entrada: 04-03-2013; Aceptado: 05-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Tras un repaso del estado de la cuestión sobre el tema del maltrato a las personas mayores, tanto en estudios internacionales como en los realizados en España, nos detendremos en el maltrato psicológico y emocional, en el abandono emocional y el trato infantilizador en los centros residenciales para personas mayores. Insistiremos en el *elderspeak*, ahondando en las consecuencias que tiene para la persona mayor este tipo de comunicación basada en los estereotipos negativos hacia la persona mayor. Finalizaremos con una propuesta formativa de cambio de actitudes para la mejora del trato llevada a cabo en la Comunidad Valenciana.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, maltrato emocional/psicológico, abandono emocional, infantilización, elderspeak, residencias, programa formativo, cambio de actitudes.

ABSTRACT

Based on a literature review of the state-of-the-art of elder abuse in international scientific journals and research being done in Spain, we hold on psychological and emotional abuse, emotional abandonment, and elderspeak in elderly nursing homes. We focus on *elderspeak*, increasing knowledge about elderly's consequences of this communication as a function of stereotyping. The paper concludes with a training program's proposal centered in professionals' attitudes change in Valencian Community.

KEY WORDS

Older persons, emotional abuse, psychological abuse, patronizing speech, elderspeak, nursing homes, training program, attitudes change

1. INTRODUCCIÓN

Por iniciativa de la *Red Internacional para la prevención del abuso a los mayores* (INPEA[1]), se proclamó en 2006 el día 15 de junio como *Día Internacional de la toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez,* entendiendo –según la definición del INPEA- "*los malos tratos a las personas mayores como aquellos actos, únicos, reiterativos, o por omisión, que se produzcan en cualquier relación sobre la base de una expectativa de confianza por parte de la persona mayor, que le ocasionen dolor o sufrimiento".* La red INPEA se plantea como objetivos generales: concienciar a la sociedad, promover la capacitación de los profesionales en la detección de abusos, tratamientos y prevención, defender a los mayores frente al maltrato, estimular la investigación sobre sus causas, consecuencias, grado de incidencia, así como su tratamiento y prevención.

El maltrato puede darse por acción o por omisión, siendo las formas más frecuentes el maltrato físico, psíquico, la negligencia -que incluye el abandono-, el abuso -económico, sexual- y la violación de los derechos de la persona. El maltrato no sólo se produce en el medio familiar sino que existe incluso en ámbitos concebidos para su protección -denominándose en este caso, *maltrato institucional*-: centros de día, residencias, hospitales.

Al igual que otras formas de abuso, el maltrato a las personas mayores es un problema complejo y es relativamente fácil para la gente tener ideas erróneas sobre él. Muchas personas al escuchar hablar del "maltrato a las personas mayores" piensa únicamente en aquellos que viven en residencias o en personas que viven solas y nunca reciben visitas.

Existen distintas formas de maltrato, desde las más evidentes como la violencia física hasta aquellas más sutiles en las que subyace la discriminación por la edad (conocida con el nombre de *edadismo, viejismo o ageism*[2]). Por otro lado, existe mucha mayor conciencia

[1] Red Internacional para la Prevención del Abuso y el Maltrato a las Personas Mayores (www.inpea.net). A esta Red están asociados entre otros la OMS, la Asociación Internacional de Gerontología, los Panteras Grises, *Help Age internacional, International Longevity Center,* entre otros.

[2] *Ageism –edadismo o viejismo-,* término acuñado por Butler (1968). Se refiere a la discriminación asociada a la edad. El edadismo afecta a distintos ámbitos de la

social de la importancia de prevenir y detectar la violencia hacia otros colectivos, como las mujeres y los niños, y todavía no se ha dado la relevancia que tiene el maltrato a la persona mayor, lo que hace que su detección y manejo sea aún más complicado, y también su conceptualización y evaluación.

Siguiendo el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* de la OMS (2002), el maltrato a las personas mayores es uno de los importantes problemas de salud pública de nuestro tiempo. En el futuro, la situación será aún más alarmante dado que la población mundial está envejeciendo y con ello aumentarán las personas en situación de fragilidad. Algunos autores como Cooper, Selwood y Livingston (2008) estiman en un 6% el número de personas mayores que son víctimas de maltrato, algunas viviendo solas, otras en familia y otras en residencias. La dependencia, además, se halla directamente relacionada con el maltrato. Otros (Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Regato y Espinosa, 2013), hablan de una prevalencia del 12.1% (13.1% según datos de Servicios Sociales y 10.1% de Atención Primaria).

Un hito en la investigación sobre el maltrato en España fue la *Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado* que se celebró en Almería en 1995 (Kessel, Marín, Maturana, Pageo y Larrión, 1996). Allí se acordó la definición de maltrato a la persona mayor como (cit. en Tabueña, 2006): *"Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatado objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio donde suceda"*.

sociedad: empleo, jubilación, servicios de la salud, educación… El *Tratado de la Unión Europea* establece que la protección contra la discriminación por motivos de nacionalidad, género, origen racial o étnico, religión o creencia, discapacidad, edad u orientación sexual es un derecho fundamental de la ciudadanía de la Unión Europea. La *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (artículo 21.1) "prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de (…) edad". La Directiva Marco 2000/78/EC prohíbe la discriminación por motivo de edad en el entorno laboral. La *Convención Europea de Derechos Humanos* (artículo 14 y Protocolo 12) prohíben la discriminación por "sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento *o cualquier otra situación*". La violación de estos preceptos por los Estados que han ratificado dichos tratados puede ser denunciada ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (Fuente: www.wikipedia.es)

Pese a que el interés internacional por la investigación entorno al maltrato a las personas mayores aparece en los años 70, y en el año 90 se crea un Centro Nacional sobre Maltrato a los Ancianos en USA, es a partir de la aparición de revistas especializadas, como el *Journal of Elder Abuse and Neglect,* en 1996, y de estudios como los de Pillemer y Finkelhor (1988) en Boston; Podnieks (1992) en Canada; Ogg y Bennet (1992) en Reino Unido; Comijs, H.C., Pot, Smit y Jonker (1998) en Amsterdam; y el realizado por *Administration for Children and Families and the Administration on Aging, National Center on Elder Abuse*, 1998 en USA, cuando empiezan a conocerse más los datos reales de maltrato hacia las personas mayores. Es a finales de los 90, cuando se publican algunas obras –ahora ya "clásicos" en el tema- como las de Bennett y Kingston (1993); Biggs, Phillipson y Kingston (1995); Bennett, Kingston y Penhale (1997). La APA -*American Psychological Association*- edita en 2012 un documento sobre el maltrato a los ancianos.

La *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores* de 2002 fue una llamada de atención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para fomentar la reflexión y toma de conciencia a nivel mundial. Define el maltrato como *"la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana."*

En España, son los trabajos de Marín, Delgado, Aguilar, Sánchez, Gil y Villanueva (1990); Kessel et al., (1996); Bazo (2001, 2003), Sánchez del Corral y Sancho (2004); Iborra (2008) -desde el *Centro Reina Sofía de Estudios para la Violencia*- o de Pérez-Rojo (2004, 2007); Sancho (2007) –desde el *IMSERSO*, la *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología* y el *Observatorio de Personas Mayores*-; y Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Penhale (2008), Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Regato y Espinosa (2013), por citar solo algunos, los que han ido aportando evidencias sobre el tema en nuestro país.

El *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* adoptado en abril de 2002 (Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Naciones Unidas)[3], reconoce claramente la importan-

[3] El Plan de Acción se centra en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable, sirve de base para la formulación de políticas y apunta a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras partes interesadas las posibilidades de reorientar la manera en que sus sociedades per-

cia de prevenir y reducir el maltrato a las personas mayores, y lo vincula a los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece es un asunto de todos.

Encontramos referencias al tema del maltrato en diferentes lugares del antecitado Plan (2002: 15 y ss), en las Recomendaciones para la adopción de medidas:

> "Cuestión 1. (21) Objetivo 1. a) Asegurar el pleno goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales promoviendo la aplicación de los convenios y convenciones de derechos humanos y otros instrumentos de derechos humanos, particularmente en la lucha contra todas las formas de discriminación; g) Las personas de edad deben recibir un trato justo y digno, independientemente de la existencia de discapacidad u otras circunstancias, y ser valoradas independientemente de su contribución económica; h) Tener en cuenta las necesidades de las personas de edad y respetar el derecho a vivir dignamente en todas las etapas de la vida; (74) Objetivo 1. f) Mejorar el acceso de las personas de edad a la atención primaria de salud y tomar medidas para eliminar la discriminación en la atención de salud por razones de edad y otras formas de discriminación; (86) Objetivo 1. g) Crear servicios y establecimientos que ofrezcan seguridad y tratamiento y que promuevan la dignidad personal para atender las necesidades de las personas de edad que sufren trastornos mentales; Cuestión 3: Abandono, maltrato y violencia. (110). Objetivo 1: Eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad. Medidas: a) Sensibilizar a los profesionales y educar al público en general, valiéndose de los medios de difusión y campañas de concienciación, sobre la cuestión de los abusos contra las personas de edad y sus diversas características y causas; b) Abolir los ritos de viudez que atentan contra la salud y el bienestar de las mujeres; c) Promulgar leyes y establecer medidas legales para eliminar los abusos contra las personas de edad; d) Eliminar las prácticas nocivas tradicionales que afectan a las personas de edad; e) Promover la cooperación entre el gobierno y la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, para hacer frente al mal trato de las personas de edad, entre otras cosas, desarrollando iniciativas comunitarias; f) Reducir al mínimo los riesgos que entrañan para las mujeres de edad todas las formas de abandono, maltrato y violencia, creando en el público mayor conciencia de esos fenómenos y protegiéndolas de ellos, especialmente en situaciones de emergencia; g) Alentar a que se sigan investigando las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de violencia contra las mujeres y los hombres de edad y dar amplia difusión a las conclusiones de las investigaciones y estudios."

ciben a los ciudadanos de edad, se relacionan con ellos y los atienden.

Al hablar de tipos de maltrato a las personas mayores, los expertos diferencian cinco tipos en diferentes ámbitos -familiar, institucional y estructural o social- (Burgess, Brown, Bell, Ledray, Faan y Poarch, 2005; *National Center on Elder Abuse*, 1996; Lachs y Pillemer, 1995): 1. *Maltrato físico*: es la utilización de la fuerza física que puede ocasionar heridas corporales, dolor físico y deterioro en la salud (por ejemplo, uso inadecuado de fármacos, alimentación forzada, confinamientos y restricciones mediante medidas no adecuadas, castigo físico de cualquier tipo y privación de alimentos sólidos y líquidos). *2. Maltrato psicológico:* consiste en ocasionar dolor, angustia, pánico o terror mediante actos verbales o no verbales (como las amenazas, la humillación, los insultos, la instigación y la intimidación, la infantilización en el trato, falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder, falta de respeto a su intimidad). *3. Abuso sexual:* se produce cuando hay un contacto sexual con una persona anciana sin tener su consentimiento. *4. Explotación financiera o abuso económico:* se trata de la utilización abusiva o ilegal de los bienes e inmuebles propiedad de la persona mayor (y también ventas fraudulentas y engañosas, estafas coyunturales o manipulación de documentos). *5. La negligencia o abandono:* es el rechazo o la omisión de proporcionar a la persona mayor la cobertura de sus necesidades de una vida plena. Por ejemplo, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible los procesos de dependencia, o no atender suficientemente o no hacer caso a su estado anímico, sus sentimientos de soledad o su desvalimiento psíquico, Utilización indebida de medios de contención/inmovilización, utilización innecesaria de pañales, no cambiar los absorbentes con la frecuencia necesaria, no vigilar y controlar la ingesta de alimentación o hidratación adecuada, no vigilar la toma de medicación prescrita o no prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico.

Como hemos visto, al hablar de tipos de maltrato se habla del maltrato verbal, emocional o psicológico, y puede ir desde el ostracismo, ignorando a la persona hasta la intimidación induciendo temor y miedo paralizante. Cuando un miembro de la familia, un cuidador o cualquier otra persona tiene un comportamiento que causa miedo, angustia, o dolor emocional o estrés, esa conducta es una conducta de maltrato. El maltrato verbal o emocional puede incluir gritos, insultos, habla soez, pero también comentarios irrespetuosos. Maltrato psicológico implica cualquier tipo de comportamiento coercitivo, intimidatorio o amenazante fundamentado en una asimetría de poder entre el familiar o cuidador y la persona mayor. Puede incluir también tratar a la persona mayor como un niño, infantilizándolo y aislándolo

(por la fuerza, atemorizándolo o manipulándolo) de la familia o amigos y de sus actividades cotidianas.

En 2008 y durante tres meses, la campaña contra el maltrato a los mayores *Ponte en su piel*[4] promovida por *InfoElder* invitó a profesionales, empresas, instituciones y personas a participar en la elaboración conjunta de un decálogo contra el maltrato. En total, la campaña recibió 5.000 visitas y 922 votaciones. Queremos destacar aquí que el decálogo comienza con estas dos primeras medidas: "1. *Dignidad. tratar con respeto* -que recibió 722 votos-. 2. *Inclusión social. Evitar aislamiento y soledad* –que recibió 716 votos-." Vemos pues, la importancia del respeto. Siguiendo a Sennet (2003), *¿Cómo tratar a los demás con respeto cuando el contacto con ellos se produce en circunstancias tan desiguales?* La falta de respeto es lo que impide que los individuos se otorguen reconocimiento, que consideren su respectiva presencia con dignidad recíproca y se traten de forma integral y autónoma. El respeto tiene que ver, pues, con la forma en que se ve y se trata al otro.

Según la APA (2012), son algunos de los signos de alarma del maltrato o abuso Verbal/Emocional/Psicológico: falta de comunicación o falta de respuesta, miedo irracional o sospechoso, ausencia de interés por los contactos sociales, conducta evasiva o aislada, cambios de comportamiento inexplicables o no característicos de la persona en cuestión, cambios repentinos de conducta, ansiedad, depresión, impotencia o indefensión, indecisión para hablar abiertamente, poco comunicativo, falta de contacto visual, agitación. Y las consecuencias del maltrato: mayor aislamiento, indefensión aprendida, depresión, miedo, culpa, vergüenza…

Algunos de los factores de riesgo del maltrato en las personas mayores que son citados por todos los autores son:

- *Edadismo.* Los profesionales de la medicina, los equipos encargados del cuidado, los políticos, los investigadores y la sociedad en general pueden incrementar el riesgo de maltrato al mantener estereotipos negativos hacia la vejez. El edadismo puede contribuir también a una disminución de la autoestima y autoeficacia, lo cual a su vez incrementa la vulnerabilidad al maltrato y reduce las posibilidades de encontrar apoyo.

[4] Para información más detallada ver: Ponteensupiel.infoelder.com/decalogo-contra-el-maltrato-a-losmayores.html

- *Dependencia.* Cuando una persona mayor depende de otros para asistencia y apoyo emocional, social o físico, aumenta el riesgo de maltrato.
- *Deterioro cognitivo y discapacidad*. Enfermedades como la demencia tipo Alzheimer y el Parkinson pueden disminuir la posibilidad de que la persona cuide de sí misma, incrementar el aislamiento social y la dependencia y prevenir un acceso adecuado a los servicios de apoyo, con lo cual comienza una escalada de riesgo de experimentar maltrato.
- *Aislamiento Social.* Afecta a la salud física y mental, dado que es más difícil acceder a los servicios sociosanitarios cuando se está o se vive aislado.

Algunos autores como Bazo han hablado de factores de riesgo y han añadido la variable *género* (Bazo, 2003: 43): *"Sufrir dependencia en algunas actividades de la vida cotidiana puede conllevar descuido físico o psicológico, sin embargo, ser autónoma en actividades como el vestido, alimentación o movilidad puede conllevar maltrato psicoafectivo y abuso material en mayor proporción que entre quienes son dependientes. El género aparece en esos dos últimos tipos más importante que la dependencia. La negligencia en el cuidado físico que implica una falta de atención física, material, ocurre más entre quienes tienen dificultades o dependen de otras personas para vestirse, asearse, y alimentarse. La negligencia en el cuidado psicoafectivo que conlleva falta de cariño y detalles afectuosos parece darse más entre quienes son dependientes para su aseo personal, alimentarse y controlar los esfínteres. Ambos tipos de negligencia se relacionan. Pueden ser más descuidadas y desatendidas física y afectivamente las personas que dependen de otras para su cuidado personal, lo que implica el cuidado corporal. No puede olvidarse el significado simbólico del cuerpo ni su atractivo o repulsión en función de la edad o la enfermedad."*

Si el maltrato se da más en mujeres y se da más en personas en situación de dependencia, podemos pensar que las situaciones de maltrato podrían aumentar en un futuro cercano dado que el grupo de personas de edad que crece más rápidamente es el de las personas más mayores (los que tienen 80 años de edad o más), pues en el año 2000 su número llegaba a 70 millones, y se proyecta que en los próximos 50 años esa cifra aumentará más de cinco veces, y que las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La *Encuesta sobre Discapacidades,*

Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), ofrece información sobre personas con discapacidad que residen tanto en domicilios familiares (hogares) como en centros; de las 269.400 personas que residen en centros (216.400 personas en residencias de mayores, 63.000 hombres y 153.400 mujeres) el 92.7% del total afirman tener alguna discapacidad, el 82.6% tiene 65 ó más años y tres de cada cuatro son mayores de 80 años. Además, se está produciendo también un envejecimiento de la población atendida en las residencias. Según el Informe *Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana*, la edad media de los usuarios de las residencias en la Comunidad Valenciana ha ido aumentando, de una media de 80 años en 2006, a una media de 84 años en 2008. En España hay un total de 344.310 usuarios en residencias, siendo 27.127 de la Comunidad Valenciana (Castellón: 3.059; Alicante: 8.573; Valencia: 15.495) (Base de datos de Residencias de Portal Mayores, 2011).

Para la APA (2012), actualmente las personas mayores son más visibles, más activas y más independientes que con anterioridad. Viven durante mucho más tiempo y se encuentran, por lo general, con mejor salud, pero mientras la población mayor crece, el problema del maltrato sigue estando oculto. Cada año, un número (estimado) cercano a cuatro millones de americanos mayores son víctimas del maltrato físico, psicológico o de otras formas de abuso o negligencia. Estos datos no muestran la realidad al completo, pues por cada caso de maltrato a personas mayores que ha sido conocido por las autoridades competentes, los expertos estiman unos 23 casos no detectados.

Estas reflexiones de la APA, conjuntamente con la literatura revisada, nos llevaron a plantearnos trabajar el tema del maltrato emocional o abandono emocional a las personas mayores en contexto institucional. Comprendimos entonces que, de todos los tipos de maltrato, el maltrato emocional o psicológico es el más difícil de detectar y de denunciar.

2. INVESTIGACIONES EN CONTEXTO INSTITUCIONAL SOBRE MALTRATO

Las personas mayores en centros residenciales se encuentran en una situación de mayor riesgo de maltrato como resultado de su po-

sible fragilidad física y mental, su dependencia y su aislamiento. No hay muchas investigaciones sobre la prevalencia del maltrato en el contexto institucional por la misma naturaleza oculta del maltrato unido a la dificultad de su identificación. En algunos países se han realizado investigaciones que llegan a la conclusión de que entre el 11% y el 91% de los profesionales en las residencias han observado incidentes de maltrato físico, psicológico o negligencia llevado a cabo por otros profesionales y entre el 2% y el 87% admite haber realizado estas conductas (Pillemer y Moore, 1989, en USA; Saveman, Astrom, Bucht y Norberg, 1999, en Suecia; Goergen, 2001, en Alemania; Malmedal, Ingebritsen y Saveman, 2008, en Noruega). No hemos encontrado ningún dato referido a investigaciones de este tipo realizadas en España, si bien Tabueña (2006) habla del silencio de los cuidadores: *"Cuando los profesionales de cualquier categoría laboral, que ejercen su actividad en una institución dedicada a personas mayores perciben algún tipo de maltrato, por ejemplo, problemas de desnutrición, de abuso en la contención física o farmacológica, de infantilización u otro tipo de trato inadecuado, raros son aquellos que toman el riesgo de enfrentarse ante quien corresponda la responsabilidad del centro (los cuidadores o dirección). Muchos profesionales cierran los ojos para no ver 'historias'. Lo que cuenta es que el servicio continúe y que no existan quejas ni de los residentes ni de las familias. Lo que importa es la apariencia, aquello que se ve. El suelo debe estar limpio y brillante, las mesas bien puestas y las camas bien hechas. Poco importa si para obtener todo esto el personal ha realizado el cuidado y limpieza intima en un tiempo récord, nadie lo sabrá. Los residentes no dirán nada porque no podrán o por temor a represalias. Una institución bien arreglada no garantiza que en ella se viva con calidad y percibiendo un buen trato."* (Tabueña, 2006: 286).

Pillemer y Moore (1990) en relación al maltrato institucional a personas de edad, concluye que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de maltrato físico, el 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico, el 81% había observado algún incidente de maltrato psicológico y el 40% había maltratado verbalmente a un residente en los doce meses anteriores.

En resumen, las investigaciones sobre el maltrato a personas mayores en contexto institucional son pocas y en el caso de España ni siquiera tenemos datos de su prevalencia. Menos aún cuando se trata de maltrato emocional o psicológico, tan difícil de demostrar, tan difícil de detectar.

3. EL MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO. EL INFANTILIZADOR Y EL USO DE HABLA INFANTIL O ELDERSPEAK

Para Iborra (2005) el maltrato emocional es el rechazo, los insultos, aterrorizar, gritar, aislar, humillar, culpabilizar, intimidar, amenazar, ignorar, o privar al otro de sentimientos de amor, seguridad o afecto. Entre las consecuencias de este tipo de maltrato, nombra la depresión, ansiedad, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión y tristeza. A estos ejemplos podemos añadir los citados por O´Loughlin (2005), en relación al uso abusivo del lenguaje (palabras altisonantes, insultos, críticas constantes, o mentiras), amenazas de castigo, falta de comunicación, aislamiento social encerrando o inmovilizando, hablar en tono desagradable, cuyos efectos son: la desmoralización, el desamparo, la desesperación, la falta de participación en actividades, la vergüenza, el llanto fácil y frecuente, la paranoia inexplicable, y la evitación del contacto con otros. Algunos autores diferencian entre maltrato emocional y abandono emocional. El *maltrato emocional* conlleva una acción que perdura en el tiempo (críticas, desprecio, insultos, amenazas), mientras que el *abandono emocional* alude a la persistencia de una omisión (carencia de afecto, incomunicación, hostilidad, rechazo, abandono, falta de cuidados, indiferencia por parte de los profesionales del cuidado a las señales de demanda de atención o pasar mucho tiempo solo sin supervisión ni atención).

A menudo, las personas cambiamos el estilo de comunicación que utilizamos al hablar con otros. Por ejemplo, con los niños se suele *acomodar* el habla para hacerla más entendible sobre todo cuando son muy pequeños –"guau guau" en lugar de perro-. Sin embargo, hay personas que también acomodan su estilo de habla al dirigirse a personas mayores, simplemente por la edad que tienen (Giles y Gasiorek, 2011) apoyados en la idea de que los mayores tendrán más dificultades para entender lo que se les dice y serán menos competentes y más dependientes (Ryan, Giles, Bartolucci y Henwood, 1986). Este tipo de habla se conoce como "patrón de habla" (*patronizing speech*) y refleja un modo de comunicarse que se usa frecuentemente con personas con discapacidad y/o estigmatizadas y está basado en un estereotipo negativo de las mismas.

La *teoría de la Acomodación del Habla* (descrita por Howard Giles en los 70), ha sido ampliamente utilizada en investigaciones desde

la sociolingüística (Ryan, Hamilton y See,1994; Edwards y Noller 1993; Ryan, Bourhis, y Knops, 1991). La acomodación puede funcionar de dos maneras: por *convergencia* (los individuos se adaptan al comportamiento comunicativo del interlocutor en términos de rasgos lingüísticos, prosódicos y gestuales, con el objetivo de reducir sus diferencias) y por *divergencia* (los individuos pretenden acentuar las diferencias tanto lingüísticas como no verbales con los otros y se puede dar por un alejamiento en el contenido de la información o por el uso acentuado de una pronunciación esterotipada). Esta teoría propone que las personas modifican aspectos de su habla en respuesta a las evaluaciones que tienen de su interlocutor, y que estas evaluaciones a menudo están basadas en estereotipos. En consecuencia, el patrón de habla que uno usa en la comunicación da muestra de la evaluación que hace sobre la competencia del otro y su estatus social y funcional. Por ello, el habla puede tomarse como un marcador de la actitud de un hablante con respecto a otro. El habla utilizada por los profesionales de las residencias al dirigirse a los residentes es un indicador de sus actitudes hacia ellos. A veces, se produce una comunicación exagerada que se manifiesta por (Edwards y Noller, 1993): el uso de un vocabulario muy simplificado, acompañado de voz aguda incluso estridente y habla lenta, con excesivo énfasis en ciertas palabras y un uso muy elevado de imperativos, preguntas y repeticiones, utilización del nombre del residente, un diminutivo o términos excesivamente cariñosos como "cielo", "encanto", "cariño", "bonito"… la mayor parte de ellos usados en el habla infantil o *baby talk* (Proctor, Morse y Khonsari, 1996; Ashburn y Gordon, 1981; Caporael,1981).

Es difícil medir en términos absolutos la dimensión de acomodación de habla por parte de los profesionales en las residencias, dado que puede variar de un lugar a otro, de una residencia a otra o de una persona a otra. Lo bien cierto es que esta "sobre-acomodación del habla" utilizando "una manera de hablar forzada" se produce muy frecuentemente en las residencias de personas mayores y tiene muchos efectos negativos en la persona mayor.

Hallberg, Holst, Nordmark y Edberg (1995) examinaron la comunicación verbal y la cooperación entre profesionales y residentes con problemas de salud mental y encontraron un patrón de falta de respeto de los profesionales manifestado por la manera de hablar entre ellas, por ejemplo, excluyéndoles de las conversaciones o ninguneándolos cuando estaban realizando tareas de cuidado.

Para Brown y Draper (2003) esta sobre-acomodación implica el

uso de un lenguaje infantil, falta de respeto, brusquedad, desinterés e incluso ignorar a la persona mayor mientras está hablando. Sin embargo, a menudo se argumenta que estas formas modificadas de habla son apropiadas porque son beneficiosas para el control de las conductas de las personas mayores en algunos casos (por ejemplo ante comportamientos problemáticos o repetitivos).

El habla *edadista,* habla *infantilizadora* o *elderspeak* es una forma de maltrato emocional manifestada en la comunicación (Ryan, Hummert y Boich, 1995), y se caracteriza por: *"Hablar a las personas mayores como si fueran niños o tratarles de una forma paternalista puede (…) favorecer de una manera evidentemente inconsciente el refuerzo de comportamientos o actitudes dependientes y fomentar el aislamiento y/o la depresión de las personas, contribuyendo a la común espiral de declive en el estado físico, cognitivo y funcional de las personas mayores que viven en residencias"* (Ryan, Giles, Bartolucci, y Henwood, 1986).

El *elderspeak* es una acomodación de las necesidades comunicativas de las personas mayores, según opinan los profesionales (Pinazo, 2008) e implica: alteraciones en la paralingüística (ritmo, tono, volumen) -entonación exagerada, voz cantarina, habla más lenta, volumen más alto-; modificaciones en las estructuras gramaticales –simplificación de la longitud y complejidad de las frases-; uso de vocabulario limitado y simple; uso de repeticiones y clarificaciones no requeridas; utilización de pronombres colectivos para referirse a un solo individuo; uso de diminutivos -inapropiadamente íntimos- o tuteo sin permiso para ello; ninguneo; y uso de preguntas que encierran en sí mismas la respuesta.

Para Harwood, Giles, Fox, Ryan y Williams (1993) el habla edadista o *elderspeak* puede disminuir la confianza de una persona mayor respecto a sus habilidades al afectar a la evaluación que la persona mayor hace de las mismas. Esta forma de comunicación podría reforzar los estereotipos negativos sobre los mayores y el envejecimiento y disminuir la autoestima de éstas. El habla edadista en la mayoría de ocasiones disminuye la posibilidad de comprensión de lo que se dice. Por ejemplo: una entonación exagerada puede resultar confusa; una afirmación que suene como una pregunta por la paralingüística que le acompaña, difícil de entender; una forma de hablar extremadamente lenta afecta la habilidad de focalizar la atención en lo esencial del mensaje y la retención posterior de la información.

Williams, Kemper, y Hummert (2003) realizaron un estudio en residencias de personas mayores para reducir el *elderspeak* y comprobaron que la utilización del habla edadista por parte de los profesionales -incluso de manera involuntaria-, podría reforzar la dependencia y generar aislamiento y depresión en los residentes, contribuyendo a una espiral de declive del estado físico, cognitivo y funcional, común en las personas mayores institucionalizadas. Los autores confirmaron el poder de la comunicación puesto que los residentes respondían a los cuidados y vivían más tiempo cuando se implicaban en una relación comunicativa con los profesionales que les atendían. El habla edadista puede, por tanto, crear un ciclo de retroalimentación negativa para las personas mayores que puede derivar en una disminución de la autoestima, depresión, retraimiento y en la asunción de conductas de dependencia congruentes con el estereotipo de "anciano frágil", a modo de profecía autocumplida. Los autores observaron que el mero hecho de disminuir el habla edadista supuso una mejora en la comunicación, y contribuyó a la mejora de los niveles cognitivos y funcionales de los residentes y a una mayor satisfacción con la vida, lo que se tradujo en mayores niveles de bienestar para las personas mayores y una mayor satisfacción con la vida.

Williams, Herman, Gajewski y Wilson (2009) observaron que el habla edadista se percibe como condescendiente, y puede generar dificultades en la comunicación y problemas de comportamiento en personas mayores cognitivamente sanas. Las intervenciones para mejorar aspectos de la comunicación de los profesionales en las residencias han logrado reducir problemas de conducta en el cuidado de la demencia. La reducción del habla edadista por parte de los profesionales se traduce en una mejora en la comunicación, un habla menos paternalista, menos autoritaria, más cercana y más igualitaria.

Kemper y Harden (1999) confirmaron que las personas mayores cognitivamente sanas tenían percepciones negativas respecto al habla edadista. Las personas mayores que escuchaban las instrucciones para realizar una determinada tarea (enunciada mediante habla edadista) valoraron que la comunicación era condescendiente, degradante, y derivaba en una difícil comprensión de las instrucciones. Las personas mayores que recibieron instrucciones realizadas con habla edadista no fueron más precisos en la tarea solicitada que los que recibieron instrucciones con una habla normal -la que se usa con cualquier otro adulto-. Aunque los profesionales digan que el habla edadista tiene como objetivo el fomento de una comunicación mejor y

más eficaz y sirve para demostrar mejor el afecto, lo cierto es que la investigación ha demostrado que no logra cumplir estos objetivos.

Los mensajes implícitos del habla edadista pueden ser particularmente amenazantes para el mantenimiento del autoconcepto y la autoeficacia, aspectos fundamentales para el bienestar de las personas. El habla edadista puede entrar en conflicto con el concepto positivo de sí mismos que las personas mayores luchan por mantener, frente a una sociedad que los etiqueta con estereotipos negativos ("retirado", "no productivo", "dependiente de otros",...). El habla edadista también puede enfrentarlos a su propio yo, a su imagen ante los demás, imagen que se construye y mantiene a través de las interacciones con otras personas.

Otros estudios (Burgio, Corcoran, Lichstein, Nichols, Czaja, Gallagher-Thompson, Bourgeois, Stevens, Ory y Schulz, 2001; McCallion, Toseland, Lacey y Banks,1999; Feldt y Ryden, 1992 y Ripich 1994) han mostrado relación entre este tipo de comunicación y problemas de comportamiento; el estilo comunicativo que los profesionales de las residencias mantienen con las personas mayores, si es inadecuado, puede provocar problemas de comportamiento en los residentes, incluso puede ser el principal elicitador de la agresión física y verbal (Talicero, Evans y Strumpf, 2002). En otras investigaciones se comprobó que la resistencia al cuidado[5] se concentra sobre todo en las actividades más centradas en el cuidado personal, como son la hora del baño y el hecho de que los profesionales incrementen el uso del habla edadista en dichos momentos. La probabilidad de que se produzca una conducta de oposición o resistencia a un cuidado determinado era significativamente mayor cuando se utilizaba habla edadista en la comunicación, que cuando se empleaba una expresión normal o incluso el silencio. Si un residente se encontraba en una situación en la que los profesionales empleaban habla edadista, la probabilidad de que el residente mostrase oposición o resistencia a ésta, era mayor que bajo cualquier otra condición de comunicación. El silencio demostró crear mayores probabilidades de resistencia al cuidado que un habla normal, pero menores probabilidades que un habla edadista. Este estudio sugiere que las personas mayores son más propensos a mostrar problemas de conducta cuando los profesionales utilizan comunicación edadista en contraste a cuando mantienen un discurso adulto y normal.

[5] Resistencia al cuidado o ausencia de cooperación, oposicionismo o rebeldía.

La reducción del uso del habla edadista por parte de los profesionales podría satisfacer mejor las necesidades de las personas con demencia, reducir las conductas problemáticas así como mejorar los cuidados hacia ellas. En el entorno institucional se deben ofrecer actividades sociales, culturales y garantizar la autodeterminación y la libertad de elección. El horario de las comidas, la elección de los alimentos, el tipo de actividades ofrecidas, etc., son decisiones que afectan en gran medida a los residentes. Se vive mejor cuando se brinda la posibilidad de expresar opinión y preferencias. Además, en la medida en que se haga partícipes a los residentes de la toma de decisiones respecto a los servicios que les son destinados, incluidas su constitución, gestión y evaluación, mejorará su manera de percibirse en el contexto institucional y consigo mismos.

4. INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO

Para Caballero (2000), los tipos de maltrato que más se producen en las residencias de adultos mayores son: *infantilización* (tratar al paciente como si fuera un niño); *despersonalización* (proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares de cada residente); *deshumanización* (no sólo ignorar a la persona mayor sino no permitirle intimidad ni darle opciones de responsabilizarse de su propia vida); *victimización* (ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales). La misma autora cita algunos ejemplos de maltrato institucional invisible, que debieran ser identificados, como no suministrar adecuadamente los medicamentos, no proporcionar condiciones ambientales adecuadas, comentarios inadecuados o hirientes, no permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad), restricciones o contenciones físicas[6],

[6] Sobre la contención física que se utiliza para reducir las caídas, evitar vicios posturales o prevenir lesiones, puede ser un abuso o amenaza a la libertad de deambulación. Desde CEOMA se ha puesto en marcha hace diez años el programa Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer, con el fin de erradicar las sujeciones (cinturones, barreras en las camas…) en las residencias. Como dice en su propia página web: "*Desatar tiene como objetivo establecer unas nuevas pautas de cuidado que garanticen una atención libre de sujeciones físicas y químicas. Las sujeciones que se utilizan por conveniencia de terceros o por disciplina son claras formas de maltrato. Las personas sometidas a algún tipo de sujeción se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. Las sujeciones*

no tener en cuenta las barreras arquitectónicas, no proporcionar lecturas, distracciones, actividades, e incluso la falta de un plan adecuado de cuidados.

En sus estudios sobre maltrato institucional Kayser-Jones (1995) encontró que las principales categorías de maltrato en residencias eran: la infantilización en el trato, la despersonalización en la provisión de servicios, la deshumanización, la privación de intimidad y la victimización.

Como ya hemos dicho antes, existen muchas barreras que dificultan la detección del maltrato entre los profesionales que trabajan con personas mayores institucionalizadas (Reay y Browne, 2002; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002): falta de concienciación sobre el tema, falta de conocimiento general sobre qué es y qué no es maltrato (prevalencia, señales de alerta, aspectos legales), desconocimiento de pautas de actuación, nihilismo, no querer intervenir en una situación en la que están implicados compañeros de trabajo por miedo a las represalias, falta de tiempo, edadismo (que podría conducir a que determinados signos de maltrato fueran asociados al envejecimiento), carencia de protocolos para evaluar e incluso falta de recursos o actuaciones que respondan a las situaciones de maltrato.

Hammel-Lauzon y Lauzon (2012) encontraron ocho factores por los cuales los profesionales de residencias no informan de las situaciones de maltrato de las que son testigos: miedo a las represalias, no saber qué hacer, ambigüedad de rol, sentirse solas y sin ayuda frente al maltrato, creencia de que la organización a la que pertenecen no va a dar valor a sus informes ni va a realizar ninguna acción correctiva. Sin embargo, ser testigo de abuso y no decirlo provoca estrés e incomodidad por lo que finalmente muchos de los profesionales optan por resolver su disonancia cognitiva desensibilizándose para reducir su disconfort.

Esto llevó a los autores antecitados a pensar en la necesidad de: a) integrar las consideraciones éticas acerca del cuidado para ayudar

son -por tanto- una forma de trato inadecuado que afecta a personas especialmente vulnerables. El uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir, lograr el máximo grado de independencia, capacidad funcional y calidad de vida, posibles". Para más información ver: www.ceoma.org

a resolver los dilemas a los que se enfrentan (seguridad y protección de los residentes *versus* seguridad y protección de su puesto de trabajo, por ejemplo); ayudar a los profesionales a afrontar convenientemente las situaciones de las que son testigos; desarrollar políticas de *tolerancia cero* en toda la organización dedicada al cuidado de personas mayores, para evitar el aislamiento de aquellos profesionales más sensibles que se atreven a denunciar los casos de maltrato que presencian; desarrollar mejores políticas organizacionales que venzan la violencia sistemática, aquella que proviene de la misma organización (horarios rígidos en las actividades de los centros –horario de levantar/acostar, horario de comidas, tipos y horario de actividades-, horarios rígidos de trabajo para los profesionales, alta rotación de personal, baja cualificación de muchos profesionales que atienden a personas mayores en las residencias, estrés laboral, sobrecarga de tareas, sueldos bajos, atención centrada en el servicio o en la organización). Ya en 1961 Erving Goffman habló de las consecuencias de la institucionalización en su conocida obra *Internados* (*Asylums*). Para Goffman las *instituciones totales* son lugares de residencia y de trabajo en donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un considerable periodo de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. Los *internos* son los que viven dentro de la institución, aislados del resto de la sociedad. El personal está orientado a la "vigilancia", a que las normas y reglas –que él denomina *ceremonias*- se cumplan, a que el *status quo* funcione, a que los internos hagan lo que se les ha dicho que deben hacer. La relación siempre es jerárquica y hasta el profesional de menor rango puede "ordenar" a los internos qué deben/pueden hacer. Las residencias dedicadas al cuidado de personas mayores han mejorado mucho en los últimos años y se tiende actualmente hacia un modelo de atención centrada en la persona que, seguramente ayuda a que muchas de estas situaciones dejen de producirse.

Con el fin de reducir el maltrato en las instituciones se han realizado diferentes intervenciones, y todas ellas han demostrado ser eficaces (por ejemplo, Désy y Prohaska, 2008; Goodridge, Johnston y Thomson, 1997; Hsieh, Wang, Yen y Liu, 2009; Pillemer y Hudson, 1993; Richardson, Kitchen y Livingston, 2002, 2004; Uva y Guttman, 1996; Vinton, 1993). Las intervenciones educativas llevadas a cabo con diferentes métodos (intervención individual, en clase, en formato conferencia o con grupo de apoyo) han tenido una duración de 1 a 8 horas. Tras la intervención, Désy y Prohaska, (2008) encontraron un aumento de los conocimientos sobre el maltrato y un mayor uso de

las herramientas de ayuda; Goodridge et al. (1997) encontraron una mejora en la práctica profesional y Pillemer y Hudson (1993) una disminución de los informes de conductas de maltrato.

Por ejemplo, el trabajo de Pillemer y Hudson (1993) de desarrollo e implementación de un programa educativo de prevención del maltrato para profesionales en residencias de personas mayores, consta de ocho módulos, incluye un vídeo, resolución de problemas, rol playing y grupo de apoyo (Hudson, 1992). Tras la intervención, vieron cómo se habían reducido el número de conflictos con los residentes y también las quejas por agresiones. Otra intervención educativa llevada a cabo en residencias en Hawai consistió en un video, un libro y un programa interactivo sobre el maltrato. La evaluación pre-post mostró una mejora en la satisfacción con el trabajo (Braun, Suzuki, Cusick y Howard-Carhart, 1997).

5. UN PROGRAMA FORMATIVO DE PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO

Tras la revisión del concepto de maltrato emocional y psicológico, de los instrumentos de medida y de las intervenciones realizadas, nos propusimos poner en marcha un programa formativo dirigido a *la Promoción del Buen Trato a las personas mayores en residencias*. Se trata de un programa de formación de formadores que pretende desarrollar sensibilización hacia el buen trato. La formación fue dirigida a 40 profesionales en activo que trabajan en diferentes residencias de la Comunidad Valenciana, con titulaciones académicas como Psicología, Fisioterapia, Enfermería (DUE), Trabajo Social, Pedagogía, Educación Social, y Animación Sociocultural. Con respecto al cargo/puesto laboral que ocupan: Director/a de Residencia; Psicólogo/a; Fisioterapeuta; Trabajador/a Social; Supervisor/a o Coordinador/a de Enfermería; Técnico en Animación Sociocultural (TASOC); Coordinador/a de Auxiliares de Enfermería; y Enfermero/a, con una permanencia en el cargo de 1 a 180 meses (media de 42 meses, 3 años y medio). Y en relación al tiempo que llevan trabajando en la atención a personas mayores, la media es de unos 7 años de dedicación (entre 1 y 19 años).

El programa formativo consta de tres partes:

- ✓ Una primera parte de sensibilización hacia el maltrato emocional/psicológico a las personas personas mayores haciendo especial hincapié en la infantilización en los cuidados.

  - *Sesión primera*. Los temas tratados fueron los siguientes: qué es maltrato a la persona mayor; qué son y cómo se forman los prejuicios; autoevaluación de los propios prejuicios hacia la vejez y el envejecimiento; factores asociados a la discriminación por edad; el interaccionismo simbólico; el trato infantilizador y el habla infantilizadora. Se finalizó la sesión hablando del buen trato. Esta sesión de cambio de actitudes se dio de modo expositivo durante 4 horas, con algún ejercicio de reflexión individual y grupal, para mantener la atención y promover la implicación de los participantes.

- ✓ Una segunda parte de formación de formadores. Consistió en dos sesiones (sesiones segunda y tercera).

  - La *sesión segunda*, de 4 horas de duración, en donde se repasaron conceptos explicados en la primera sesión y se ahondó en lo que significa la infantilización en los cuidados, qué es el trato infantilizador en el modo de comunicarse (utilizar diminutivos, gritar, chillar, reñir e incomodar delante de otros, hablar como si fuese un niño, con brusquedad, perdiendo la paciencia y no dejando tiempo para que termine sus frases, hablar del otro como si no estuviese delante -ninguneo, ostracismo, marginación, exclusión-). Gran parte de la sesión se dedicó al trabajo en equipo. Se realizaron análisis de casos, y se reflexionó sobre algunos videos proyectados que ejemplificaban lo visto en las sesiones. Cada grupo preparó un rol playing con una situación cotidiana de infantilización. A lo largo de toda la sesión de habló de la mejora del trato a las personas mayores, insistiendo en la promoción de la toma de decisiones por parte de los mayores en las residencias, el mantenimiento de la autonomía e independencia en la medida de lo posible y el reconocimiento como individuos con derechos. Se insistió también en la necesidad de establecer una comunicación efectiva, que escuche y utilice no solamente el lenguaje verbal sino también el no verbal.

– La *sesión tercera* tuvo también una duración de 4 horas. En ella se explicó detalladamente el material que podrían utilizar en las sesiones a impartir en sus centros. Se les dio una copia a cada participante y se repasaron los contenidos temáticos, se les mostraron las diapositivas y los videos a utilizar, y cómo debería ser el desarrollo de cada sesión de la que serían responsables.

✓ Una tercera parte –aún en proceso en el momento de terminar de redactar este artículo- en donde los formadores están dando formación a los auxiliares en la propia residencia.

– *Sesión cuarta*. Esta formación tiene una duración de 4 horas y se ofrece en fragmentos de 1 hora, atendiendo a la disponibilidad de las auxiliares y teniendo en cuenta sus turnos de trabajo. Se realiza siempre en un cambio de turno y se pide al profesional que se quede una hora más de manera voluntaria para recibir esta formación.

Sólo la mitad de los participantes son responsables de la formación a auxiliares, aquellos con titulaciones de Psicología, Trabajo Social y en puestos de coordinación/supervisión. Además de la formación, en los tablones y paredes de las diferentes residencias se han puesto carteles hablando del buen trato con mensajes cortos y claros sobre cómo desean ser tratadas las personas mayores[7]. Al inicio del programa formativo en *Buen trato* se pasó un cuestionario a los participantes en donde se les preguntaba si habían sido testigos de situaciones de infantilización en el trato y cuáles. Al finalizar la formación se realizará de nuevo una evaluación para poder evaluar el impacto de las acciones formativas.

Hay que alabar la buena disposición de la empresa por creer en la necesidad de mejorar sus prácticas de cuidado y detectar los puntos débiles. Sin la creencia por parte de la institución de la necesidad

[7] Los carteles son copias de los utilizados en la Campaña por el Buen Trato a las personas mayores desarrollada en 2012 por el País Vasco: *No dejes que ocurra*. Algunas de las frases fueron: *"Negar la autonomía de las personas mayores también es mal trato". "Infantilizar a las personas mayores también es mal trato". "A Juan toda la vida le han hablado de usted. Es ahora, con 85 años, cuando todos han empezado a llamarle Juanito".* La Campaña utilizó diversos soportes para tratar de alcanzar el más amplio segmento de target posible: desde spots de televisión y cuñas de radio, a una campaña en prensa digital, marquesinas, carteles y folletos.(Para más información ver: www.nodejesqueocurra.com).

de mejorar hacia unos cuidados más dignos, esta actividad formativa no se habría podido realizar.

6. CONCLUSIONES

A lo largo del artículo hemos podido ver la dificultad del tema del maltrato emocional. Si la detección y erradicación del maltrato físico es un tema difícil, más aún lo es en el caso del maltrato psicológico y emocional. Dirigirse a las personas mayores con un trato infantilizador es algo que se da con mucha frecuencia en las residencias; y esto ocurre a menudo incluso con la mejor de las intenciones. Tratar con cariño y respeto, promoviendo la autonomía y centrándose en las capacidades de cada cual es un acto de validación, manifestado por un alto grado de empatía y un intento de comprender el marco referencial de una persona, con independencia de su situación. Algunas pautas de comunicación centradas en el respeto de la persona mayor y alejadas de la infantilización y el maltrato son (siguiendo a Naomi Feil, 1993): centrarse en el individuo con quien se comunica; aumentar la confianza a través de la empatía, reducir la ansiedad y restaurar la dignidad; usar palabras agradables para crear un clima de confianza; parafrasear el discurso; recordar el pasado; mantener contacto visual cercano; usar un tono bajo, voz clara y cariñosa; observar y comparar movimientos y emociones para establecer relaciones verbales y no verbales; mantener contacto físico, si es posible.

Tabueña (2006) al hablar de la prevención del maltrato decía que: *"Nos encontramos ante una tarea, la de la detección del maltrato, difícil, a menudo complicada por la negación que suelen hacer tanto la persona mayor como también la persona que comete los malos tratos. Detectar los malos tratos depende también de la concienciación, del conocimiento y de la comprensión tanto social o colectiva como individual que se tiene del problema. Estas premisas determinan aquello que puede ser considerado como maltrato a una persona mayor, aquello que se reconoce y por tanto, clasificado según unos criterios hallados en la literatura existente y aceptados por los expertos. A pesar de ser reconocido como un problema de salud de primer orden (OMS, 2002) y que afecta a muchas personas en el mundo, en cifras absolutas y relativas, la detección es compleja, de tal manera que se considera que por cada caso detectado y documentado hay cinco que no salen a la luz."*

Indudablemente, la mayor parte de las situaciones de maltrato emocional no tienen maldad en su origen. Es posible que muchos profesionales crean en el potencial que tiene utilizar este tipo de habla, para acercarse a la persona mayor y ofrecer unos cuidados más cálidos, como dicen Brown y Draper (2003). Por esta razón es más necesario implementar programas formativos: para cambiar las actitudes hacia el cuidado, desterrar estereotipos y falsas creencias, provocar una toma de conciencia y una sensibilización hacia el tema del maltrato. Es necesario un cambio y los gerontólogos encargados de gestionar la formación debemos ser los primeros implicados en que el cambio sea posible.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administration for Children and Families and the Administration on Aging, National Center on Elder Abuse, 1998

APA (2012), Elder abuse and Neglect: In search of Solutions.[Recuperado en http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf]

ASHBURN G. y GORDON A. (1981) Features of a simplified register in speech to elderly conversationalists. *International Journal of Psycholinguistics*, 8, 7-31.

BAZO, MT (2003). Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social,* 11, 35-46.

BAZO, M.T. (2001). Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 36 (1), 8-14.

BENNETT, G. y KINGSTON, P. (1993). *Elder Abuse: Concepts, Theories and Interventions.* Londres: Chapman and Hall.

BENNETT, G., KINGSTON, P. y PENHALE, B. (1997). *The Dimensions of Elder Abuse: Perspectives for Practitioners.* Londres: Macmillan.

BIGGS, S., PHILLIPSON, CH., y KINGSTON, P. (1995). *Elder Abuse in Perspective.* Buckingham: Open University Press.

BRAUN, K.L., SUZUKI, K.M., CUSICK, C.E. y HOWARD-CARHART, K. (1997). Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for nurse aides. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, *9*(1), 1–15.

BROWN, A. y DRAPER, P. (2003). Accommodative speech and terms of endearment: elements of a language mode often experienced by older adults. *Journal of Advanced Nursing,* 41(1), 15–21.

BURGESS, AW., BROWN, K., BELL, K., LEDRAY, LE., FAAN, SA. y PO-ARCH, JC (2005). Sexual abuse of older adults. *American Journal of Nursing,* 105 (10), 66-71.

BURGIO L, CORCORAN M, LICHSTEIN KL, NICHOLS L, CZAJA S, GAL-LAGHER-THOMPSON D, BOURGEOIS, M., STEVENS, A., ORY, M y SCHULZ, R. (2001). Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: The problem of treatment implementation. *The Gerontologist*, 41, 481-489.

CABALLERO, J. (2000). Consideraciones sobre maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología,* Vol. 10 (3), 177-188.

CAPORAEl L.R. (1981) The paralanguage of caregiving: baby talk to the institutionalised aged. The field study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 876-884.

COMIJS, H.C., POT, A.M., SMIT, H.H. y JONKER, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society* 46, 885-888.

COOPER, C., SELWOOD, A. y LIVINGSTON, G. (2008). The prevalence of Elder abuse and neglect. A systematic review. *Age and Ageing,* 37, 151-160.

Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores de 2002. [Recuperado en http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf]

DÉSY, P.M. y PROHASKA, T.R. (2008). The Geriatric Emergency Nurs-

ing Education (GENE) course: An evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, *34*, 396–402.

Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD). [Recuperado en: http://www.ine.es/prensa/np2008.htm]

EDWARDS H. y NOLLER P. (1993) Perceptions of over accommodation used by nurses in communication with the elderly. *Journal of Language and Social Psychology*, 12, 207-223.

FELDT, K. S., y RYDEN, M. B. (1992). Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing,* 18 (5), 3-12.

GILES, H. y GASIOREK, J. (2011). Intergenerational communication practices. (233-248) En: K.W. Schaie y S.L. Willis (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 7th. Ed. San Diego, CA: Academic Press.

GOERGEN, T. (2001). Stress, conflict, elder abuse, and neglect in German nursing homes: a pilot study among profesional caregivers. *Journal of Elder Abuse and Neglect,* 13, 1-26.

GOFFMAN, E. (1961). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

GOODRIDGE, D., JOHNSTON, P. y THOMSON, M. (1997). Impact of a nursing assistant training program on job performance, attitudes, and relationships with residents. *Educational Gerontology*, *23*, 37–51.

HALLBERG I.R., HOLST G., NORDMARK A. y EDBERG A. (1995) Cooperation during morning care between nurses and severely demented institutionalised patients. *Clinical Nursing Research,* 4, 8–104.

HAMMEL-LAUZON, G. y LAUZON, S. (2012). Nurse's failure to report Elder abuse in long-term care: An exploratory study. 107-126. En: D. Holmes, T. Rudge y A. Perron (eds.) *(Re)Thinking violence in health-care settings. A Critical Approach*. Surrey: Ashgate.

HARWOOD, J., GILES, H., FOX, S., RYAN, E. B., y WILLIAMS, A . (1993). Patronizing young and elderly adults. Response strate-

gies in a community setting. *Journal of Applied Communication Research,* 21, 211-226.

HENDERSON, D., BUCHANAN, JA. y FISHER, JE. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: PA. Schewe (ed), *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span.* Washington: American Psychological Association.

HSIEH, H.F., WANG, J.J., YEN, M. y LIU, T.T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, *14*, 377–386.

HUDSON, B. (1992). Ensuring an abuse-free environment: A learning program for nursing home staff. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(4), 25–36.

IBORRA, I. (2005). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel.

IBORRA, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España.* Valencia: Fundación de la Generalitat Valenciana.

KAYSER-JONES, JS. (1996). Mealtime in nursing homes: The importance of individualized care. Journal of Gerontological Nursing 22(3), 26-31.

KEMPER, S. y HARDEN, T. (1999). Experimentally Disentangling What's Beneficial About Elderspeak From What's Not. *Psychology and aging.* 14, 4, 656-670.

KESSEL, H., MARÍN, N., MATURANA N., CASTAÑEDA, L., PAGEO, M. M. y LARRIÓN, J. L. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 31, 367-372.

LACHS, MS. y PILLEMER, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332 (7), 437-443.

MALMEDAL, W, INGEBRITSEN, O. y SAVEMAN, BI (2008). Inadequate care in Norwegian nursing homes as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 231-242.

MARÍN, N., DELGADO, M., AGUILAR, J. L., SÁNCHEZ, C., GIL, B. y VILLANUEVA, E. (1990). Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 25 (supl.) 66.

McCALLION, P., TOSELAND, R. W., LACEY, D., y BANKS, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. The Gerontologist, 39(5), 546-558.

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1998). *National Elder Abuse Incidence Study: Final Report*. Washington, DC: American Public Human Services Association in collaboration with Westat, Inc.

O'LOUGHLIN, A. (2005). Detección del maltrato de mayores: Indicadores. *Violencia contra personas mayores* (169-200) Ariel.

OGG, J. y BENNETT, G.C.J. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal* 305, 998-999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Red Internacional para la Prevención del Maltrato Al Anciano. Ginebra, Suiza) (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37(6), 319-331.

PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (2002) [Recuperado en http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf]

PÉREZ-ROJO, G. (2004). *Dificultades para definir el maltrato a personas mayores.* Madrid: Portal Mayores. IMSERSO. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf

PEREZ-ROJO, G. (2007). Maltrato hacia personas mayores en al ámbito comunitario. *Boletin sobre envejecimiento*, 31. Madrid: IMSERSO.

PÉREZ, G., IZAL, M., MONTORIO, I. y PENHALE, B. (2008). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics,* 49, 17-21.

PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M., MONTORIO, I., REGATO, P. y ESPINOSA, J.M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica* (in press)

PILLEMER, K. y FINKELHOR, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist* 28, 51-57.

PILLEMER, K. y HUDSON, B. (1993). A model abuse prevention program for nursing assistants. *The Gerontologist*, *33*, 128–131.

PILLEMER, K. y MOORE, D. (1990). Highlights from a study abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, Vol. 2, 5-29.

PILLEMER, K. y MOORE, DW. (1989), Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist*, 29, 314-320.

PINAZO, S. (2008). *¿Qué es elderspeak?* Universidad de Valencia. Mimeo.

PODNIEKS, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect,* 41(1/2), 5-58.

PROCTOR A., MORSE J.M. y KHONSARI E.S. (1996). Sounds of comfort in the trauma centre: how nurses talk to patients in pain. *Social Science and Medicine*, 42, 1669-1680.

REAY, A.M. y BROWNE, KD. (2002), The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence,* 17 (4), 416-431.

RICHARDSON, B., KITCHEN, G. y LIVINGSTON, G. (2004). What staff know about elder abuse in dementia and the effect of training. *Dementia*, *3*, 377–384.

RIPICH, D. N. (1994). Functional communication with AD patients: A caregiver training program. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 8 Suppl 3*, 95-109.

RYAN, E.B., BOURHIS, R.Y. y KNOPS, U. (1991). Evaluative Percep-

tions of Patronizing Speech Addressed to Elders. *Psychology and Aging,* 6 (3), 442-450.

RYAN E.B., HAMILTON J.M. y SEE S.K. (1994). Patronising the old: how do younger and older adults respond to baby talk in the nursing home? *International Journal of Ageing and Human Development,* 39, 21–32.

RYAN, E.B.; GILES, H.; BARTOLUCCI, R.Y. y HENWOOD, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language and Communication,* 6, 1-24.

RYAN, E. B., HUMMERT, M. L., y BOICH, L. (1995). Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 14, 144-166.

SÁNCHEZ DEL CORRAL, F. y SANCHO CASTIELLO, T. (coord.), (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

SANCHO, T. (coord.) (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores.* IMSERSO, SEGG y OMS. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Serie Documentos.

SAVEMAN, BI, ASTROM, S., BUCHT, G. y NORBERG, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweeden. *Journal of Elder Abuse and Neglect,* 10, 43-60.

SENNET, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre* en *un mundo* de *desigualdad.* Barcelona: Anagrama.

TABUEÑA, M. (2006). Los malos tratos y la vejez. Un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial,* 15 (3), 275-292.

TALICERO K., EVANS L. y STRUMPF N. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home reisdents with dementia. *Gerontologist*, 42, 169-177.

UVA, J.L. y GUTTMAN, T. (1996). Elder abuse education in an emergency medicine residency program. *Academic Emergency Medicine*, *3*, 817–819.

VINTON, L. (1991). Abused older women: Battered women or abused elders? *Journal of Women and Aging*, *3*(3), 5–19.

WILLIAMS, K. N., HERMAN, R., GAJEWSKI, B., y WILSON, K. (2009). Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 24*(1), 11-20

WILLIAMS, K., KEMPER, S., y HUMMERT, M. L. (2003). Improving nursing home communication: An intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist, 43*(2), 242-247.

Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones

Facts and myths in the elimination of attachments

Manuel NEVADO REY
Fundación María Wolff
manuel.nevado@cop.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Mayo de 2013 (pp. 283-298)
Fechas: Entrada: 10-04-2013; Aceptado: 21-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Las personas mayores que viven sometidos a algún tipo de dispositivo de limitación física acaban metiéndose en una espiral en la que se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

En efecto, el uso de estos dispositivos, que desde los centros residenciales se venden como elementos de seguridad, acaban oponiéndose con los propios objetivos del centro, es decir, lograr el máximo nivel de independencia, capacidad funcional y calidad de vida.

En el presente artículo se hace un repaso a los mitos y realidades de las sujeciones, se profundiza en conceptos importantes y se hace una revisión sobre los efectos secundarios de las mismas y su erradicación definitiva.

PALABRAS CLAVE

Sujeción, caídas, mitos, programas, investigación, motivos, familia.

ABSTRACT

The use of physical restraints on elders leads to an unavoidable spiral of loss of autonomy, dignity and self steem.

Indeed, their prescription is promoted by residential care facilities under the assumption that restraints warrant their residents safety. Conversely, one of the goals of any nursing home is to provide residents with high standards of independence, functional capacity and quality of life, thus creating a conflict between safety and independence.

In the current article, some outstanding concepts are revisited as well as the myths and real facts surrounding the use of restraints. Moreover, the author reviews the adverse effects related to the use of restraints and how to eradicate them.

KEY WORDS

Anger, caregivers, dementia, spirituality, religiosity

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

Existe una conciencia social según la cual las sujeciones son necesarias para el funcionamiento de las residencias y las restricción física son consideradas por muchos profesionales como una medida necesaria para garantizar la seguridad de los ancianos más frágiles, asi lo destacan en diferentes artículos (Hughes 2010, Meyers 2009) Se usa principalmente para tratar de evitar caídas, impedir la manipulación de equipos médicos y controlar problemas de conducta (Ludwick R, 2009)

Las personas mayores que viven sometidos a algún tipo de dispositivo de limitación física acaban metiéndose en una espiral en la que se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

En efecto, el uso de estos dispositivos, que desde los centros residenciales se venden como elementos de seguridad, acaban oponiéndose con los propios objetivos del centro, es decir, lograr el máximo nivel de independencia, capacidad funcional y calidad de vida.

Por tanto, el objetivo de eliminar o reducir al mínimo el uso de sujeciones se ha convertido en una clave de la práctica clínica.

Antes de entrar en profundidad con la temática del artículo imagínese por un momento dentro de un tiempo, "usted tiene 80 años, y en los últimos tiempos ha comenzado a perder la memoria, se encuentra desorientado y dentro de su confusión le da por deambular de un lado a otro de la residencia donde vive, comienza a ser una molestia, otros residentes se quejan de que no para de caminar todo el día y el equipo del centro considera que la situación no puede seguir así. Comienzan por darle un psicotrópico para ver si se le quitan las ganas de caminar, de repetir las preguntas repetitivas que hace usted una y otra vez, el uso de psicotrópicos comienza a hacer estragos en la deambulación, sus pasos se hacen cortos, la marcha inestable y de repente se cae, la caída es fuerte pero no muy importante, en ese momento el equipo informa a su familia de que es necesario sujetarle, por su bien, por su seguridad, desde ese día usted va a pasar los últimos años de su vida atado en una silla de ruedas, al principio intentara levantarse, se defenderá ante esta situación, poco a poco usted ira perdiendo musculatura, potencia de piernas, tendrá incontinencia. Un día cuando le intenten quitar el cinturón usted ya

no podrá caminar y el equipo socio sanitario verán como normal esta situación".

Como se sentiría usted en esa situación, se imagina dormir todas las noches con un cinturón abdominal, vivir atado a una silla o con las manos sujetas para evitar que se arranque una vía que trata de prolongar una vida en la que poco a poco ha sido privado de la dignidad que tenía como ser humano, con una historia de vida, con una historia que contar.

Hasta qué punto es ético el uso de las sujeciones en los centros residenciales. Esta es una de las preguntas que se sugieren a fin de concienciar a los profesionales y a los familiares cuando un centro se propone desatar a los residentes y pasar a ser un centro libre de sujeciones.

2. ESPAÑA Y LAS SUJECIONES

El uso de las sujeciones en España supera con creces a la media de los datos procedentes del resto de la Unión Europea y del resto de países occidentales.

Por ello a principios del presente siglo el Doctor Antonio Burgueño a través de CEOMA comenzó a trabajar en la erradicación de las mismas, poniendo de manifiesto la imperiosa necesidad de avanzar en este tema a fin de potenciar la calidad de vida de las personas mayores que viven en residencias y la imperiosa necesidad de dar a conocer medidas alternativas al uso de sujeciones.

Uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre el uso de las sujeciones se realizó en el año 1997. EN este estudio se puso de manifiesto que España tenía un problema con respecto al uso de sujeciones físicas en personas mayores en residencias y otros centros de cuidados prolongados

Tabla 1: Prevalencia de uso en 8 países. Porcentaje de residentes con sujeciones físicas usadas diariamente y no diariamente

Dinamarca	2,2
Francia	17,2
Islandia	8,5
Italia	16,6
Japón	4,5
España	**39,6**
Suecia	15,2
EE.UU.	16,5

Age an ageing 1997, suplemento de verano

En la tabla se puede apreciar que países como Dinamarca, Islandia y Japón, presentaban ya por aquel entonces una baja tasa de sujeciones con menos de un 9% de sujetos. Entre el 15 y 17% sufren sujeciones en Francia, Italia, Suecia y EE.UU, mientras que en España casi el 40% de la muestra presenta sujeciones.

Desde aquel año hasta la actualidad se ha ido avanzando en la materia y entidades como Maria Wolff, Fundación Cuidados Dignos y CEOMA luchan por dar a conocer y erradicar las sujeciones en los distintos centros. Gracias a ellos se ha conseguido pasar en apenas dos años de apenas seis centros libres de sujeciones a más de 50 en la actualidad, con la perspectiva de su definitiva erradicación en los próximos años.

3. Motivos

Se usan sujeciones por motivos múltiples, no siempre aceptables. La búsqueda de la tranquilidad moral fácil ha inducido a muchos a pensar que solo se usan cuando la persona las necesita. Las evidencias científicas muestran que son procedimientos poco convenientes y es necesario admitir que se usan cuando no somos capaces de manejar riesgo de caídas, o problemas de conducta, de otra manera.

Los principales motivos son los siguientes

a) Proteger al residente de caídas y accidentes. Se consideran que con ellas los residentes tendrán menor riesgo de caídas y por lo tanto estarán más seguros.

b) Preocupación por las posibles reclamaciones: De los familiares como consecuencia de las posibles caídas que puedan aparecer en los mayores más vulnerables a las caídas y de las posibles demandas judiciales que podrían resultar de las mismas.

c) Como elemento de apoyo postural. En aquellos casos en los que el residente va perdiendo la capacidad de control del tronco.

d) Facilitar tratamientos. Como las sondas nasogástricas u otro tipo de vías.

e) Controlar las conductas agitación. Consideran que es una medida adecuada para aquellas personas con agitación, agresividad o deambulación errante.

4. DEFINICIONES

Sujeción física: "cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo"

Sujeciones Químicas se definen como "el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,…) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor". Adaptado de Rein Tideiksaar, Ph. D., President of Fall Prevent, LLC (2005) y Antonio Burgueño, Coordinador del ProgramaDesatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA).

Sujeción: Se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo.

Tipos de sujeciones (Cinturón abdominal, pijama fantasma, sabana fantasma, cinturón torácico, mesas en la silla de ruedas, manoplas, muñequeras…)

Restricción: Se trata de cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona.

Tipo de restricciones; barandillas, palabras tipo "Quieto, no te levantes…"

5. Mitos

En torno a las sujeciones existen muchos mitos que entorpecen la puesta en marcha de programas de intervención en sujeciones

1. **Previene caídas:** Las personas con sujeciones presentan el mismo riesgo, o mayor de caídas que aquellas que no las utilizan. Los centros donde se utilizan sujeciones experimentan una mayor incidencia de lesiones graves como consecuencia de caídas. El uso de sujeciones aumenta la fragilidad del paciente, aumentando el riesgo de caídas.
2. **Sirven para corregir posturas:** Otro de los mitos, la mejor alternativa para la corrección de posturas es precisamente un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las necesidades del paciente.
3. **Previenen la deambulación:** Lo primero que hay que decir a esto es que la deambulación no tiene por qué ser un problema para nadie si se realizan y diseñan espacios "seguros" Los pacientes a los que se les permite deambular mejoran la potencia muscular, mejoran el equilibrio y "caen mejor" con daños menores.
4. **Falta más personal:** Los centros libres de sujeciones que actualmente se encuentran en España no han aumentado su

personal y son a día de hoy aproximadamente unos 50. Lo que si se ha realizado con ellos son actividades de formación y cambios en la organización de las residencias (distribución de auxiliares por plantas y espacios…**)**

5. **Es más fácil cuidar con sujeciones:** Las sujeciones presentan más de 25 efectos adversos, por lo que a la larga se crean personas más dependientes y que van a necesitar mucho más recursos por parte del centro para atender a sus necesidades.
6. **Los familiares pueden denunciar al centro por el No Uso de las Sujeciones:** Son pocas las demandas judiciales que se presentan y menos aun las que prosperan. Hay que tener en cuenta que una correcta gestión y documentación del "control de sujeciones" o de su "no uso" protege frente a posibles denuncias. Cada vez son más las comunidades autónomas que comienzan a regular el uso de las sujeciones (Navarra, Madrid, Aragón o País Vasco son algunas de ellas)
7. **Familias:** ***"Las familias lo piden"*** Esta afirmación cae por su propio peso. Cuando una familia decide ingresar en el centro a un familiar, la sujeción es vendida como una herramienta más en el cuidado, como un elemento de seguridad, la familia firma al considerar que es una prescripción médica.
8. **Son para momentos puntuales:** La realidad es que los momentos puntuales se convierten en días, semanas o meses, donde el residente pasa la mayor parte del tiempo sujeto, con los consiguientes efectos secundarios que ello conlleva.
9. **No hacen daño:** Otro mito en la actualidad hay descritos más de quince efectos secundarios del uso de las sujeciones, que se citaran más adelante, y no hay ninguno beneficioso para el residente.
10. **El enfermo no se entera:** El dolor es una de las últimas funciones que pierde un enfermo de Alzheimer por ello se agitan cuando se la ponen creando vulnerabilidad psicológica, agitación y depresión.

6. PERSONAS CON MAYOR RIESGO DE SUJECIONES

Se utilizan sujeciones físicas en sujetos que necesitan mucha ayuda y en sujetos más difíciles de dominar. Se observa que los sujetos con problemas de equilibrio que necesitan mucha ayuda para realizar las AVD tenían más probabilidades de estar utilizando restricciones físicas.

A. **Deterioro funcional físico.** Tener marcha inestable, necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria y necesidad de supervisión por parte de una tercera personal

B. **Ser mujer.** Normalmente suelen ser mayoría en los centros residenciales lo cual acentúa el riesgo de sujeción

C. **Deterioro cognitivo.** Sufrir algún tipo de demencia, factores como la desorientación los problemas de memoria o las conductas inapropiadas como consecuencia de la demencia suponen uno de los principales elementos de riesgo de sufrir una sujeción en una institución geriátrica

D. **Necesidad de cuidados médicos instrumentales.** Pacientes con GDS avanzados que necesitan cuidados especiales como sondas para la alimentación.

E. Riesgo de caídas. Marcha inestable, posturas encorvadas, generan en los centros y en los familiares miedos a caídas con consecuencias importantes y por lo tanto suele ser uno de los riesgos para la sujeción

F. **Uso de drogas psicotrópicos**. Algunos fármacos como las benzodiacepinas triplican el riesgo de caídas y por lo tanto el riesgo de ser sujetado.

G. **Localización geográfica del centro:** Según la literatura científica se tiende a sujetar más en centros rurales que en centros urbanos, también la distancia donde reside el cuidador principal o el resto de familiares incrementan el riesgo del uso de sujeciones

H. **Desarraigo familiar**. Residentes sin redes sociales o familiares presentan mayor riesgo de sujeciones

I. **Déficit de formación de los cuidadores.** Falta de información por parte de los profesionales de los centros sobre el uso de las sujeciones, de los efectos secundarios que se presentan y de las consecuencias de las mismas

7. EFECTOS DEL USO DE SUJECIONES EN LAS PERSONAS

Las sujeciones físicas presentan una serie de efectos secundarios evidenciados a través de la literatura científica. Los efectos de las mismas se pueden dividir en efectos físicos y psicológicos.

El conocimiento de estos efectos adversos es uno de los principales elementos a tener en cuenta a la hora de desarrollar acciones formativas con los profesionales de los centros, que ellos sean capaces de ver el daño que pueden originar a un residente con este tipo de herramienta. Así mismo es importante que estos efectos sean notificados a los familiares cuando se les ofrezca la alternativa de la sujeción ante situaciones como deambulación, agitación u otros síntomas asociados a las demencias

1. Mayor predisposición a las caídas	2. Aumento de las úlceras por presión
3. Disminución del apetito con el consiguiente riesgo de desnutrición	4. Osteoporosis y osteomalacia. (Riesgo de Fractura)
5. Atrofia muscular	6. Retracciones articulares y musculares.
7. Incontinencia fecal y urinaria	8. Alteración de la ventilación pulmonar: menor eficacia para expulsar secreciones
9. Aumento del riesgo de infecciones respiratorias (atelectasias)	10. Hipoxia, al alterarse la relación ventilación/ perfusión
11. Pérdida de volumen sanguíneo	12. Decondicionamiento cardio- respiratorio
13. Disminución gasto cardiaco	14. Intolerancia a la actividad
15. Posibilidad de aparición de trombosis venosa profunda	16. Hipotensión postural
17. Retención urinaria	18. Infecciones del tracto urinario
19. Deshidratación, aumento riesgo de litiasis urinaria.	20. Deprivación sensorial
21. Atrofia corteza motora	22. Muerte súbita
23. Ira	24. Vergüenza
25. Depresión	26. Ansiedad
27. Apatía	28. Agitación física y verbal
29. Aislamiento	30. Insomnio

8. NORMATIVA RESPECTO A SUJECIONES

Las sujeciones se regulan directa o indirectamente en muchos textos: artículo 3 y 5 de la Carta de Derechos Humanos, normativas europeas, estatales y autonómicas, entre otras. También, el código deontológico médico del 2011 incluye aspectos muy importantes tanto sobre sujeciones físicas como químicas. Resumiendo, se puede decir de las sujeciones físicas están indicadas si con ellas se evita un daño grave e inmediato al paciente o un tercero. Su uso es indebido, si hay medidas alternativas a las sujeciones. Casos donde la sujeción a diario sea la única opción son casi inexistentes, se estarían hablando de un caso por cada 10 o 20 residencias/año. En España cabe destacar las normativas autonómicas de Navarra, Aragón o País Vasco

9. ESTUDIOS SOBRE SUJECIONES CAÍDAS

Existen innumerables estudios que demuestran que cuando se llevan a cabo programas de sujeciones en centros residenciales las caídas tienden a disminuir y sobre todo las consecuencias de las caídas son mucho menores. Por citar alguno de ello destacamos el de Werner 1994, en el que como principal conclusión pudo observarse que el número de caídas en centros geriátricos se mantenía similar (7% caídas pre y 7% post intervención) con sujeciones o sin sujeciones, por lo que se consideró necesario la eliminación de las mismas dado que no aportaba ninguna ventaja a los residentes. Otro estudio relevantes son los de Capezuti 1998, en este estudio se demostraba como en caso de caídas las personas sin sujeción presentaban lesiones mucho más memores que las personas que tenían caídas con sujeciones, presentando también menor número de caídas en centros sin sujeciones que en centros con sujeciones. En 1999 y 2004 Capezuti demostró como la eliminación de barandillas en centros no incrementaban el número de caídas. En la misma línea cabe destacar la investigación de Wang & Moyle, 2005 según la cual sujeciones no protegen de lesiones ni minimiza los riesgos de caídas. Más moderno es el estudio de Rask 2007 según el cual tras realizar intervenciones en las que se entremezclan los programas de desatar con programas de prevención en caídas disminuyen tanto el uso de sujeciones como el número de caídas

10. RECOMENDACIONES EN CASO DE USO

Por todo lo anteriormente expuesto no se recomienda nunca utilizar sujeciones dado que a día de hoy no se conoce ninguna ventaja sobre los residentes de los centros geriátricos. Aun así Fariña (2011) estableció las siguientes recomendaciones y precauciones en caso de tener que seguir utilizándolas

1. Seguir un protocolo que, desde una perspectiva multidisciplinar, establezca todos los cuidados que deberán realizarse.
2. Formar a los profesionales encargados de aplicarlas, haciendo especial hincapié en los riesgos que entraña su uso
3. Utilizar dispositivos homologados, evitando los artilugios caseros.
4. En el caso de cinturones o chalecos que son asegurados a la estructura de la cama, comprobar que la fijación se hace en la zona correcta; en caso contrario podría tensar el dispositivo y comprimir el cuerpo de la persona
5. En los pacientes de riesgo no usar barras laterales; para minimizar las consecuencias de una caída, situar el somier en su posición más baja.
6. Hacer lo mismo cuando se apliquen chalecos o cinturones de sujeción en pacientes encamados; con ello, si la persona quedase suspendida del dispositivo en el lateral de la cama, su cuerpo apoyaría en el suelo, disminuyendo la tensión y el riesgo de asfixia
7. Mantener una supervisión frecuente y sistemática del paciente sometido a restricción (cada 30-60 min). No aislarlo en una habitación con la puerta cerrada; ubicarlo en un lugar visible (p. ej., cerca del control de personal)
8. Satisfacer todas las necesidades del paciente con el fin de minimizar su intranquilidad (eliminación, alimentación, dolor, etc.). Acudir con prontitud a sus llamadas, ya que puede encontrarse en una situación de peligro
9. Las personas agitadas o inquietas no deberían ser sometidas a un procedimiento de sujeción; en el caso de aplicársele, la vigilancia tiene que ser extrema. Colocar alarmas electrónicas que adviertan de su intención de salir de la cama

10. Dado que el uso prolongado de la restricción incrementa los riesgos, valorar periódicamente la conveniencia de seguir aplicándola. Un dispositivo que fue eficaz en un momento dado puede resultar inapropiado a medida que cambian las condiciones del paciente

10. Conclusiones

Desde nuestro punto de vista, en España se sujeta sobre todo por desconocimiento y falta de formación como principales conclusiones podrían afirmarse que:

1. Trabajar sin sujeciones es más seguro y se producen menos caídas que en los centros donde si hay sujeciones
2. Hay que dar a conocer los efectos secundarios que las sujeciones producen en los residentes.
3. Hay que dar a conocer las normativas y regulaciones autonómicas que comienzan a regular el uso de las sujeciones y limitarlas a momentos puntuales
4. Cada vez son más los centros y cadenas de residencias que comienzan a trabajar sin sujeciones y que esta práctica se extenderá a la casi totalidad de centros en los próximos años
5. Las familias no tienen por qué ser un obstáculo sino un aliado en el cuidado de los familiares y por lo tanto en la eliminación de las sujeciones

Bibliografía recomendada

BURGUEÑO, A.A., Iborra, I. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. En revisión para su publicación en la revista Agathos de Atención sociosanitaria y bienestar (2008) nº 1

BURGUEÑO, AA. (2003) Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas. Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar (1); 14-25.

CAPEZUTI E, Evans L, Strumpf N. Physical restraint use and falls in nursing home residents Journal of the American Geriatrics Society 1996;44:627–33

CAPEZUTI E, STRUMPF NE, EVANS LK, GRISSO JA, MAISLIN G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1998 Jan;53(1):M47-52.

CAPEZUTI E, STRUMPF NE, EVANS LK, GRISSO JA, Maislin G. The Relationship Between Physical Restraint Removal and Falls and Injuries Among Nursing Home Residents. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 1998a; 53A(1): M47-M52.

CAPEZUTI E, TALERICO KA, COCHRAN E, BECKER H, STRUMPF N, Evans L. Individualized Interventions to Prevent Bed-Related Falls and Reduce Siderail Use. Journal of Gerontological Nursing.1999; 25(11): 26-34.

CAPEZUTI E, TALERICO KA, STRUMPF N, EVANS L. Individualized Assessment and Intervention in Bilateral Siderail Use. Geriatric Nursing.1998b; 19(6): 322-330.

CAPEZUTI, E. (2004) Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. Nursing clinics of North America. 39, 625-647.

CASTLE, NG. Mor, V. Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the nursing home reform act of 1987. Medical Care research and review. (1998): vol 55 (2): 139-170.

EVANS LK, STRUMPF NE. Myths about Elder Restraint. J Nurs Schol 1990 22(2):124-29.

EVANS, LK. STRUMPF, N. Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraints. J Am Geriatr Soc (1989); 37: 65 –74..

FARIÑA-LÓPEZ E, CAMACHO AJ, ESTÉVEZ-GUERRA GJ, BROS M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:262-5.

FARIÑA-LÓPEZ, EMILIO. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:36-42. - vol.46 núm 01

HUGHES R, editor. Rights, risks and restraint-free care of older people. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2010.

LJUNGGREN, G. PHILLIPS, CD. SGADARI; A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age and Ageing (1997); 26-S2: 43-47.

LUDWICK R, MEEHAN A, ZELLER R, O'TOOLE R. Safety work: initiating, maintaining, and terminating restraints. Clin Nurse Spec. 2008;22:81-7.

MARKS W. Physical restraints in the practice of medicine. Arch Intern Med (1992); 152: 2203-2206.

MEYER G, KÖPKE S, HAASTERT B, MÜHLHAUSER I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. J Clin Nurs. 2009;18:981-90. Medline

PHILLIPS, CD. HAWES, C. MOR, V. FRIES, BE. Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes. Medical Care (1996); vol 34 (11): 1149-1162.

Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores

Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. Confederación Española de Organizaciones de Mayores - CEOMA

RASK K, PARMELEE P, TAYLOR JA, GREEN D, BROWN H, HAWLEYJ, et al. Implementation and evaluation of a nursing home preventing fall management program. J Am Geriatr Soc 2007; 55:342-9

RUBENSTEIN LZ, JOSEPHSON KR, TRUEBLOOD PR, LOY S, HARKERJO, PIETRUSZKA FM, et al. Effects of a group exercise

program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000; 55:317-21

The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group: Alternatives for Physical Restraint: Myths and Truths about Physical Restraints; Including a Nursing Survey on Restraint Practices. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice. 1999. Volume 3 Number 1.

WANG, W., MOYLE, W. (2005) Physical Restraint use on people with Dementia: A review of the literature Australian Journal of Advance Nursing 22 (4) 46-52.

WERNER P, MANSFIELD IC BRAUN 1, AND MARX MS. Physical Restraint and Agitation in Nursing Home Res)dents (Restricción física y agitación en residentes de residencias asistidas). J Am Geriatr Soc 1989; 37:1122-6.

Atención a mayores vulnerables: El acercamiento a quienes no demandan

Vulnerable elderly care: the approach to those at risk who do not demand.

Pilar SERRANO GARIJO
Especialista en Geriatría. Diplomada en Sanidad.
Dirección General de Mayores y Atención Social.
Área de Gobierno de Familia y Servicio Sociales.
Ayuntamiento de Madrid.
serranop@madrid.es

Agradecimientos: a todos los miembros de la Subdirección General de Mayores y en especial del Dto. de Programación Evaluación y Desarrollo que hacen posible día a día este trabajo.

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Mayo de 2013 (pp. 299-327)
Fechas: Entrada: 21-02-2013; Aceptado: 05-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Objetivo: se pretende poner de manifiesto la utilidad de las técnicas de screening en la detección de población en riesgo desconocida, como parte importante de un programa de atención a mayores vulnerables. **Material y método:** se analizan los resultados de nueve estudios, que totalizan 11.188 valoraciones, realizados entre los años 2004 y 2012 en la ciudad de Madrid, sobre poblaciones seleccionadas por distintos factores considerados de riesgo, mediante cuestionarios elaborados a tal fin para detectar soledad, necesidad sociosanitaria, aislamiento social o negligencia, como forma de maltrato. **Resultados:** el rendimiento global de las encuestas es de 12%, siendo la distribución de los riesgos en porcentaje: soledad 42,84%, necesidad sociosanitaria 49,6%, aislamiento social 5,75% y negligencia 1,79%. **Conclusiones:** la detección de riesgo social es posible, permitiendo la intervención en casos que de otro modo pasarían desapercibidos.

PALABRAS CLAVE

Mayores, vulnerabilidad social, soledad, aislamiento, maltrato, negligencia, detección.

ABSTRACT

Objective: the main purpose is to demonstrate the useful of screening in detection of unknown population at risk, as an important part of a program for attention to elderly people at risk. **Data and methods:** we analyze the results of nine studies with 11.188 registers conducted between 2004 and 2012 in the city of Madrid in selected population because different risk factors in order to discover loneliness, social and sanitary needs, social isolation and mistreatment (neglect) by interviews designed ad hoc. **Results:** we found 12% of interviewed people at risk with different kinds of risk: loneliness 42,84%, social and sanitary needs 49,6%, social isolation 5,75%, and neglect 1,79%. **Conclusions:** social risk detection is possible, allowing intervention in cases that might otherwise go unnoticed.

KEY WORDS

Elderly, social risk, loneliness, social isolation, mistreatment, neglect, detection

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

La detección de poblaciones e individuos en riesgo forma parte del programa de "atención a mayores vulnerables" puesto en marcha por el Ayuntamiento de Madrid en 2004, cuyo objetivo principal es evitar las situaciones de vulnerabilidad social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, detectar las necesidades de atención socio sanitaria que pueda presentar este conjunto de ciudadanos e intervenir con las oportunas medidas de protección social encaminadas a la resolución de los problemas identificados.

Se trata de un programa integral, que descansa en 6 pilares fundamentales y complementarios: sensibilización, formación, detección, intervención, coordinación e investigación. Todos ellos son importantes en si mismos, pero alcanzan su máximo valor por las interacciones entre ellos que posibilitan el avance en el conocimiento y la mejora continua.

La primera descripción del mismo puede encontrarse en la publicación técnica "Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: aspectos preventivos y asistenciales" (Serrano, 2008). Otras publicaciones también recogen diversos aspectos del mismo (Martín, 2009; Serrano, 2010) y los datos más recientes se encuentran en las memorias anuales de la Dirección General de Mayores y Atención Social, como la de 2011 disponible en la actualidad en la Web municipal: www. madrid.es.

Las primeras aproximaciones al tema pusieron en evidencia la dificultad para encontrar datos fiables sobre el número de personas en situación de riesgo y la necesidad de establecer registros sistemáticos unificados y también nos alertaron sobre la disparidad de criterios manejados por los profesionales que hacían necesaria una protocolización de las actuaciones.

Ello exigía la realización, junto con la intervención, de actividades formativas y de sensibilización tanto a profesionales como a agentes intermedios o población en general.

La detección de individuos en riesgo se hizo necesaria desde un principio, dada la existencia de personas en esa situación que no acceden a los servicios sociales por razones diversas y por tanto no son

valorados por los profesionales capacitados para ofrecerles ayuda, protagonizando en ocasiones episodios de alto impacto mediático como el hallazgo de cadáveres en los domicilios tras una apertura de puertas por los servicios de emergencias.

Dicha detección se focalizó de manera especial en la necesidad de apoyo social por distintas razones, como soledad, autonegligencia, necesidad sociosanitaria o aislamiento social, incluyéndose posteriormente la inadecuación de cuidados o negligencia como forma de maltrato.

Todo ello exigió la puesta a punto de cuestionarios para el screenig, basados en factores de vulnerabilidad orientados a los problemas a detectar que se han ido depurando en sucesivas evaluaciones.

Por este motivo podemos considerar que se trata de un proyecto de investigación acción, sujeto a evaluación continua.

La existencia de la "mesa de vulnerabilidad", equipo multidisciplinar de valoración que depura el proceso de derivación a los distritos, tras el análisis de los casos recibidos, sin duda ha sido uno de los puntos de inflexión más importantes en el programa, ya que nos ha permitido aunar coordinación y centralización de datos.

A modo de resumen, podemos analizar lo acaecido en los distintos periodos

Tabla 1: Calendario de actuaciones

Calendario de actuaciones	
2004-2005	Se trabaja sobre personas atendidas en sus domicilios por los servicios de emergencias (bomberos y policía en aperturas de puerta) y quienes rechazaban el servicio de teleasistencia. Se estudian los perfiles.
2006-2007	Se trabaja básicamente con la población de emergencias y se inicia el screening sobre mayores solos. Se inicia la coordinación con los Servicios Sanitarios, en especial Atención Primaria. Se establecen criterios de clasificación de riesgo. Se pone en marcha la atención domiciliaria específica a los mayores en aislamiento social
2008-2009	Se incrementa el personal destinado a la realización de screening en los domicilios. Se establecen acuerdos con Samur Social y Salud Ambiental que incrementan las posibilidades de detección. Inicia su actividad reglada la mesa de vulnerabilidad.
2010-2011	Continúa la actividad de detección en colectivos vulnerables. Se establecen acuerdos con Samur PC. Se pone en marcha la atención domiciliaria específica a los mayores que sufren negligencia.
2012	Se trabaja con una muestra de población mayor de 85 años de toda la ciudad.

Durante todo este tiempo se mantiene un "observatorio", espacial y temporal que nos ofrece información valiosa para la planificación de las actuaciones y se insiste de manera especial en la formación de los profesionales.

Como no podía ser de otro modo, la intervención con los casos detectados es obligada y por ese motivo se buscan situaciones de necesidad en las que los recursos existentes puedan mejorarla y quizás sea esta la gran diferencia de nuestro trabajo con los realizados para poner a punto cuestionarios o conocer la frecuencia del fenómeno (Serrano, 2010).

Por ello, en relación con este trabajo nuestra pretensión, sin desdeñar el marco teórico en el que se basa todo el programa, es valorar la rentabilidad del screening en la detección de personas mayores en riesgo social por soledad, necesidad sociosanitaria, aislamiento social

o negligencia dentro del mismo, por lo que las referencias se centran mayoritariamente en él.

2. METODOLOGÍA

La clasificación de los riesgos se hace en base a una definición conceptual y una orientación basada en cuestionarios semiestructurados, respetando siempre el criterio profesional.

En este sentido entendemos por soledad, la percepción subjetiva sujeta a un sentimiento o emoción relacionada con la percepción de sentirse solo, aun pudiendo estar acompañado, más que como aquella situación objetiva en la que la persona mayor carece de la compañía de otras personas, que puede no ser un problema ya que puede ser elegida y buscada en muchos casos.

La **necesidad sociosanitaria** (NSS) se entiende como la presencia de problemas sociales y sanitarios, concomitantes, generalmente por dependencia de cuidados, que no están cubiertos o bien cubiertos en una persona mayor.

Consideramos **posible aislamiento** cuando hay indicios de que la persona mayor tenga una red de apoyos social nula, escasa o negligente, necesidades sociosanitarias no cubiertas, no reciba asistencia pública o privada y rechace las ayudas que se le ofrecen.

Por último la **negligencia** es definida como acto de omisión, fallo intencional o no intencional en el cumplimiento de las necesidades vitales (nutrición, hidratación, higiene personal, etc.) para una persona mayor por parte del cuidador.

Los cuestionarios se han basado en uno u otro momento en escalas existentes destinadas a detectar riesgo en general como Barber (1980) a clasificar por estado funcional (Lawton, 1996) valorar la situación social como la Escala Social de Gijon (Diaz, 1994) o la calidad de vida (Goldberg 1979) y otras más específicas como Zarit para sobrecarga (Zarit 1985) o EASI para maltrato (Yaffe, 2008) entre otras.

Algunas de las cuestiones orientativas pueden apreciarse en la siguiente tabla:

Tabla 2: Criterios de Evaluación

Criterios de evaluación	Soledad	NSS	Aislamiento	Negligencia
Tipo de convivencia	X	X	X	X
Vive solo	X	X	X	
Se siente solo	X			
No recibe visitas de familiares y amigos al menos una vez a la semana	X		X	
Tiene con frecuencia problemas de salud		X	X	X
No acude al médico o el médico no va a su domicilio de manera regular		X	X	X
No cuenta con nadie que pueda ayudarle		X	X	X
No tiene recursos de apoyo		X	X	X
No aceptaría ningún tipo de ayuda aunque la necesitara			X	X
Tiene problemas mentales			X	
Tiene adicciones			X	
Existe cuidador sobrecargado				X
Cuidador con adiciones, enfermedad mental...				X
Cuidador con nivel de formación/comprensión bajo				X

Los usados para valorar riesgo en general, se han ido simplificando en virtud del rendimiento de cada uno de los ítem, a modo de ejemplo, exponemos el utilizado en los casos de emergencia que contiene elementos de diversas escalas y consta de algo más de 10 ítems, de los que se valora si constituyen un factor protector (fortaleza) o de riesgo (debilidad).

Tabla 3: Cuestionario de evaluación de emergencias

	Fortaleza	Debilidad	NS / NC
Dispone o tiene algún apoyo del Ayto.	☐	☐	☐
Especificar recurso			
Vive solo	☐	☐	☐
Su acompañante tiene mala salud	☐	☐	☐
Se siente solo a menudo	☐	☐	☐
Recibe visitas de familiares o amigos al menos una vez a la semana	☐	☐	☐
Tiene con frecuencia problemas de salud	☐	☐	☐
Acude al médico o el médico va a su domicilio de manera regular	☐	☐	☐
Cuenta con alguien que pueda ayudarle	☐	☐	☐
Aceptaría algún tipo de ayuda si lo necesitara	☐	☐	☐
¿Tiene teleasistencia? (reiterar si ya se ha especificado)	☐	☐	☐
¿Acepta teleasistencia? (coherencia con "aceptaría ayuda")	☐	☐	☐

Evidentemente, los cuestionarios se acompañan de instrucciones y alertan de riesgo cuando se suman determinadas circunstancias.

Los profesionales destinados a las labores de detección (procedentes en los últimos años de la Agencia Municipal para el Empleo) son formados antes de iniciar la actividad, mediante un curso de 21 horas y un temario que contempla tanto aspectos más globales sobre las características de los mayores y los recursos disponibles para ellos (7 horas) como otros de mayor peso (14 horas) específicos de vulnerabilidad, factores de riesgo, detección e intervención.

Además, durante el tiempo que dura la actividad (generalmente 6 meses al año) se hacen reuniones semanales para aclarar dudas y analizar conjuntamente los casos complejos, bajo la tutela del coordinador de la mesa de vulnerabilidad. También se incorporan en alguna

ocasión a dicha mesa para compartir decisiones con el equipo multidisciplinar.

Todo ello con el fin de que tengan un adiestramiento común en el manejo de las herramientas de screening, encuestas que se pasan de modo presencial o telefónico. De manera general, las poblaciones consideradas de riesgo bajo se han estudiado solo telefónicamente y las de riesgo alto (bien por sus características de partida o por las conclusiones de la entrevista telefónica) de manera presencial. Este tipo de entrevista también se ha efectuado en ausencia de teléfono.

En lo que respecta a la intervención con los casos detectados, se sigue el mismo procedimiento de decisión que con los procedentes de otras fuentes como Samur Social, Samur PC, Salud Ambiental, Servicios Sociales de los distritos municipales o la propia Subdirección de Mayores que se reciben en la mesa de vulnerabilidad, espacio de valoración que orienta las intervenciones con la población mayor vulnerable.

Se realiza un análisis por un equipo multidisciplinar en el que se valoran puntos fuertes y débiles de la situación y se orientan los casos hacia recursos convencionales que finalmente determinará y asignará el trabajador social correspondiente, haciendo especial hincapié en los "protectores" para los casos de soledad, como TAD o Voluntariado, la coordinación con los Servicios de Salud para la necesidad socio sanitaria no bien cubierta o los programas de respiro y de apoyo psicoterapéutico para cuidadores. Otro pilar básico en la intervención es la existencia de programas específicos para aislamiento y maltrato, a los que se sugiere derivación si se cumplen los criterios de admisión establecidos.

A modo de ejemplo, se ofrecen los datos de la memoria 2011 que nos indican la magnitud de que hablamos.

Tabla 4: Resultados mesa de vulnerabilidad 2011

Casos valorados		**1095**
Procedencia	SAMUR Social	376
	Salud Ambiental	26
	Samur PC	52
	Screening	**456**
	Teleasistencia	16
	DGMAS	78
	Distritos	94
Clasificación	Soledad	242
	Necesidad Socio Sanitaria	348
	Aislamiento	99
	Negligencia	66
	Otros	341
Intervención	Derivaciones informadas al Centro de Servicios Sociales	449
	Derivaciones a Voluntarios	61
	Altas de Teleasistencia	601

En cuanto a la elección de la población diana, las personas atendidas por los servicios de emergencia han sido y siguen siendo objeto de atención por entender que alguien que sufre una intervención de este tipo posiblemente no tiene suficientes apoyos, entre otras cosas por presumir que viven solos mayoritariamente.

Precisamente los resultados de esa actividad nos llevaron a considerar la necesidad de priorizar áreas geográficas especialmente vulnerables, de manera que se inició el estudio selectivo, visitando a los mayores de 65 que vivían solos según los datos del padrón municipal, en zonas en las que las actuaciones de emergencias eran especialmente numerosas (Serrano, 2010). Posteriormente se hizo una muestra de toda la ciudad para conocer el problema a nivel global.

En cualquier caso, todas la poblaciones seleccionadas tenían en común que estaban constituidas por mayores que vivían solos en esos momentos, considerando que esa era una característica de riesgo, sobre todo en relación con la soledad y el aislamiento.

La población elegida para la puesta en marcha de la detección de maltrato fue la constituida por cuidadores de mayores dependientes atendidos en nuestro programa específico para cuidadores, ya que es precisamente la sobrecarga por el cuidado uno de los principales factores señalados en la literatura al respecto y esta población estaba estudiada por nosotros tanto en sobrecarga como en calidad de vida.

Posteriormente, con las herramientas adquiridas, se planeó un segundo estudio entre cuidadores que se realizó entre los usuarios del servicio de ayuda a domicilio con auxiliar de hogar, dependientes, que convivían con otra persona a la que se le suponía el rol de cuidador. Ambas, compartían la característica de estar formadas por una persona mayor dependiente y su cuidador principal.

Otro colectivo que nos parecía interesante de abordar era el de mayores conviviendo con mayores, puesto que la experiencia nos había puesto de manifiesto la posibilidad de que tanto la autonegligencia como la negligencia en el cuidado estuviesen presentes en los hogares en que conviven dos o más personas mayores.

En la tabla podemos ver las características principales de las poblaciones estudiadas y los criterios para su inclusión en el estudio.

Tabla 5: Criterios

Edad	Convivencia	Otros criterios inclusión	Ámbito
1. Mayores de 65 años	Indiferente	Atendidos por Emergencias	Toda la ciudad
2. Mayores de 80 años	Solos	Viven solos y rechazan el servicio de TAD	
3. Mayores de 65 años		-	Zonas especialmente vulnerables
4. Mayores de 65 años		Sin recursos de apoyo	
5. Mayores de 65 años		Sin recursos de apoyo Sin teléfono	
6. Mayores de 85 años		-	Toda la ciudad
7. Mayores de 65 años	Otros familiares	Mayor con necesidad de cuidados. Cuidador usuario del programa municipal "Cuidar al Cuidador"	
8. Mayores de 65 años		Mayor con necesidad de cuidados. Convivir con cuidador competente Disponer de Servicio SAD	Zonas especialmente vulnerables
9. Hogares en los que conviven al menos dos personas de más de 85 años		Sin recursos de apoyo En el domicilio no vive nadie menor de 85 años	Toda la ciudad

En cuanto a la población diana, es extraída de las diferentes bases de datos disponibles, listados de emergencias, usuarios de servicios municipales o padrón. Las causas por las que una parte de la población diana no se puede valorar es porque realmente no son caso según los criterios definidos, no es posible localizarlos o bien rechazan la entrevista.

Tabla 6: Pérdidas

Estudio	Población diana	No caso	Ilocalizables	Rechaza	No valorados
1. Mayores de 65 años (emergencias)	4965	-	2335	90	2425
2. Mayores de 80 años solos que rechazan TAD	8327	-	5985	1847	7832
3. Mayores de 65 años solos	5560	1067	2852	328	4247
4. Mayores de 65 años, solos, sin recursos	12434	2358	6800	644	9802
5. Mayores de 65 años, solos, sin recursos y sin teléfono	-	-	-	-	-
6. Mayores de 85 años solos	7972	2015	2730	499	5244
7. Mayores de 65 años con necesidad de cuidados y cuidador (Cuidar al Cuidador)	675	119	74	172	392
8. Mayores de 65 años con necesidad de cuidados y cuidador (SAD)	1432	261	293	194	748
9. Hogares de mayores de 85 años, sin recursos.	3093	1993	250	393	2636
Total	**44458**	**7813**	**21319**	**4167**	**33326**

En el caso del estudio número 5, aunque figura de manera independiente ya que los criterios se fijaron desde el comienzo en virtud de hallazgos en estudios precedentes, fueron tantos los no caso por existencia de teléfono que se decidió actuar en esta población como en las anteriores, añadiéndola a la base de solos sin recursos, motivo por el que no hay datos de pérdidas reflejados aquí.

3. RESULTADOS

Se ofrecen los datos de consecución de objetivos tanto en la valoración de la población como en la detección de casos en riesgo. En la tabla apreciamos los casos valorados en los diferentes estudios en relación con la población diana una vez depurada. La retirada de los no casos es obligada y en cuanto a los ilocalizables, desconocemos en qué medida podrían comportarse como casos.

Tabla 7: Casos valorados

Estudio	Población de referencia 1 (diana – no casos)	Población de referencia 2 (casos- no localizables)	Casos valorados	% de valoración sobre los casos	% de valoración sobre los casos localizados
1. Mayores de 65 años (emergencias)	4965	2630	2540	51,16	96,58
2. Mayores de 80 años solos que rechazan TAD	8327	2342	495	5,94	21,14
3. Mayores de 65 años solos	4493	1641	1313	29,22	80,01
4. Mayores de 65 años, solos, sin recursos	10.076	3276	2632	26,12	80,34
5. Mayores de 65 años, solos, sin recursos y sin teléfono	0	0	56	-	-
6. Mayores de 85 años solos	5957	3227	2728	45,79	84,54
7. Mayores de 65 años con necesidad de cuidados y cuidador (Cuidar al Cuidador)	556	482	283	50,90	58,71
8. Mayores de 65 años	1171	878	684	58,41	77,90

con necesidad de cuidados y cuidador (SAD)					
9. Hogares de mayores de 85 años, sin recursos.	1100	850	457	41,55	53,76
Total	36645	15326	11.188	30,53	73,00

A sabiendas de que los criterios se han ido cambiando ligeramente a lo largo de los años y que las diferencias apreciadas entre distintos estudios pueden estar influenciadas por ello, la tabla nos ofrece datos de la detección de riesgos en las diferentes poblaciones de modo que podemos analizar el rendimiento que la aplicación de técnicas de screening a poblaciones supuestamente vulnerables ha comportado, 1340 personas, en situación de riesgo, desconocidas para los servicios sociales municipales, sobre los que se ha podido actuar. Una detección global de riesgo del 12%.

Tabla 8: Detección de riesgo

Emergencias	Casos valorados	En riesgo	%
1. Mayores de 65 años (emergencias)	2540	469	**18.5**
Todas las que comparten soledad	**Casos valorados**	**En riesgo**	**%**
2. Mayores de 80 años solos que rechazan TAD	495	99	**20**
3. Mayores de 65 años solos	1313	96	**7.3**
4. Mayores de 65 años, solos, sin recursos	2632	337	**12.8**
5. Mayores de 65 años, solos, sin recursos y sin teléfono	56	38	**67.9**
6. Mayores de 85 años solos	2728	208	**7.6**
Todas las que comparten la existencia de un cuidador principal	**Casos valorados**	**En riesgo**	**%**
7. Mayores de 65 años con necesidad de cuidados y cuidador (Cuidar al Cuidador)	283	1	**0.35**
8. Mayores de 65 años con necesidad de cuidados y cuidador (SAD)	684	24	**3.5**
Las de riesgo global	**Casos valorados**	**En riesgo**	**%**
9. Hogares de mayores de 85 años, sin recursos.	457	68	**14.9**

En cuanto al tipo de riesgo, es diferente en las distintas poblaciones puesto que el factor de selección lo es, como podemos apreciar en la tabla. Las casillas vacías indican que ese campo no se ha investigado.

Tabla 9: Tipo de riesgo

	Soledad	NSS	Aislamiento	Negligencia
1. Mayores de 65 años atendidos por emergencias	95 (3.7%)	348 (13.7%)	26 (1%)	0
2. Mayores de 80 años que viven solos y rechazan el servicio de TAD	99 (20%)	-	-	-
3. Mayores de 65 años solos	39 (3%)	52 (4%)	5 (0.4%)	0
4. Mayores de 65 años solos y sin recursos de apoyo	184 (7%)	125 (4.7%)	25 (0.9%)	3 (0.1%)
5. Mayores de 65 años solos, sin recursos de apoyo y sin teléfono	12 (21.4%)	16 (28.6%)	10 (17.9)	0
6. Mayores de 85 años solos	123 (4.5%)	78 (2.9%)	6 (0.2%)	1 (0.04%)
7. Mayores de 65 años con necesidad de cuidados, cuyo cuidador ha participado en el programa municipal "cuidar al cuidador"	-	0	-	1 (0.35%)
8. Mayores de 65 años con necesidad de cuidados que disponen de Servicio de SAD y conviven con cuidador competente	-	7 (1%)	-	17 (2.5%)
9. Hogares en los que conviven al menos 2 personas de más de 85 años, sin recursos de apoyo y en el domicilio no vive nadie menor de 85 años	22 (4.8%)	39 (8.5%)	5 (1.1%)	2 (0.4%)
Total	**574**	**665**	**77**	**24**

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

4. DISCUSIÓN

La unión de diversos factores desfavorables como la ausencia de apoyos sociales o los problemas de salud hace de los mayores un colectivo especialmente vulnerable a la soledad, la negligencia, o el aislamiento social, llegando en casos extremos al fallecimiento en abandono.

La alarma social, generada por el hallazgo de cadáveres de mayores por los servicios de emergencia y la implicación política de los responsables del Área de Servicios Sociales, impulsó la puesta en marcha de un programa de detección e intervención con mayores en riesgo, con el principal objetivo de sacar a la luz los casos existentes en el municipio, para intervenir individualmente con ellos desde los servicios sociales y también para conocer sus perfiles y diseñar programas específicos.

El desarrollo expuesto en la introducción nos ha permitido disponer en la actualidad de un programa de atención personalizado para los casos conocidos, pero sin olvidar que la gran mayoría de ellos permanecen ocultos por lo que las labores de detección en colectivos con algún factor de riesgo sigue siendo la principal motivación de la compilación continua de datos y la planificación de visitas domiciliarias, con personal destinado ex profeso a tal fin.

Son muchos los agentes que en una gran ciudad pueden detectar casos en esta situación, siendo difícil conocer la magnitud del fenómeno y determinar áreas prioritarias de actuación. La constitución de la mesa de vulnerabilidad y la recopilación de diferentes fuentes de información ha permitido no solo establecer criterios de actuación individual, sino también delimitar territorios particularmente propicios para la presencia de mayores vulnerables y establecer actuaciones específicas. En suma, alianzas, centralización de la información, localización de territorios vulnerables y detección de mayores en riesgo.

4.1 Conceptos

En este aspecto cabe señalar que la puesta en común de los conceptos de clasificación, comunes para todos, ha sido una ardua tarea que ha merecido la pena y en la que la mesa de vulnerabilidad ha sido un elemento clave.

Aprender a dar valor a la expresión del sentimiento de soledad, por ejemplo, no siempre ha sido fácil ya que hemos observado cierta tendencia en los profesionales a buscar elementos objetivos que lo justifiquen, algo que no siempre ocurre. Esto es importante porque este sentimiento, que evidentemente no está solo presente en quienes viven solos, tiene repercusiones de sobra conocidas. Es fundamental poner en valor que hay grandes diferencias entre vivir solo o vivir solo y sentirse solo e incluso abandonado. Esto quedó patente en un pequeño estudio realizado por nosotros en el que esos sentimientos modificaban la puntuación de las escalas utilizadas en la valoración de las personas atendidas por los servicios de emergencias, de riesgo general (Barber) y de situación social (Gijón) (Selles 2009).

En el caso de la necesidad sociosanitaria, también ha sido precisa la puesta en común, máxime cuando la existencia de un acuerdo de colaboración con los servicios sanitarios requiere aun mayor consenso. Por ello, los requisitos de los mayores sujetos a la atención compartida (Manual básico de coordinación sociosanitara para la atención del anciano frágil en el área metropolitana de Madrid, 2007) han sido aclarados con posterioridad de manera que se deja claro que son objeto de este acuerdo los usuarios/pacientes que presentan una necesidad sociosanitaria que en el momento de la detección por alguna de la partes no esté cubierta o no esté bien cubierta. Quedan excluidos aquellos mayores que, siendo de alto riesgo sanitario, no requiere de prestaciones sociales, aquellos usuarios de riesgo social que no tienen problemas de salud concomitantes y aquellos que, siendo de alto riesgo sociosanitario, tienen sus necesidades bien cubiertas en esos momentos.

La carencia de red social y de relaciones podría ser suficiente para considerar a una persona en asilamiento algo que no siempre es fácil detectar y que también ha sido objeto de debate y clarificación. En nuestro caso hemos considerado importante aclarar que las relaciones sociales hacen referencia a la interactuación entre las personas a través de la comunicación tanto con sus cuidadores como con el resto del entorno, a las relaciones basadas en el cariño, la amistad y los intereses comunes, a la pertenencia a un grupo. No se consideran las relaciones de carácter contractual o de servicio y que en la valoración se ha de tener presente que la dificultad para salir del domicilio puede complicar las relaciones sociales, pero no las excluye. Además, hay que tener en cuenta, que el solo hecho de salir de casa no presupone que se mantengan relaciones sociales. Pero además, hemos incluido otros parámetros que multiplican el riesgo, la necesidad so-

ciosanitaia y el rechazo a la ayuda. Todo ello con el fin de orientar los casos a nuestro recurso específico.

En el caso de la negligencia, partimos de la necesidad de cuidados y la existencia de cuidador, centrándose la orientación del caso en las características de ambos, sobre todo en lo que se refiere a su capacidad de autogobierno. Imaginemos una persona con necesidades físicas, pero sin limitaciones cognitivas, que depende de otra para sus necesidades básicas y de la que cabe esperar que controle en cierta medida la situación frente a otra con severas limitaciones cognitiva que precisa los mismos cuidados básicos pero se encuentra en una total situación de indefensión. En el caso del cuidador, hemos observado cierta tendencia a la demonización apriorística, cuando lo que podemos ver en múltiples casos es una incapacidad para el cuidado por desconocimiento, sobrecarga extrema o enfermedad. Aunque todos estos aspectos son muy difíciles de valorar en una entrevista es importante no perder el marco conceptual.

4.2 Población diana

Pero centrando nuestra atención en la detección de casos desconocidos, los resultados nos muestran que es posible llevarla a cabo con técnicas de screenig, a sabiendas de que el rendimiento dependerá de los factores de riesgo incluidos en la selección de la población diana.

En nuestro caso, dado que nuestra intención inicial era saber la situación de las personas atendidas por emergencias, esta ha sido una población constantemente valorada, aunque no siempre del mismo modo, ya que en un comienzo se realizaba visita a todos los atendidos, posteriormente se hacía llamada telefónica previa y solo se visitaba en caso de sospecha de riesgo y más tarde solo se hacía valoración directa cuando no constaba en los registros de los servicios sociales municipales. En la actualidad se utiliza la consulta a distintas bases de datos, entrevista telefónica si es posible y derivación a distrito previo paso a la mesa de vulnerabilidad.

El estudio de esa población ha dado diversos frutos entre los que cabe destacar la depuración de formularios y la selección de factores de riesgo.

Además, como cabe suponer, ha servido para demostrar que precisar ser atendido por los servicios de emergencia en domicilio

(bomberos, policía) no es sinónimo de abandono, algo fundamental para frenar la alarma social generada por el hallazgo de cadáveres. En este último punto solo señalar que los años de observación continua han puesto de manifiesto que alrededor del 20% de los cadáveres encontrados en domicilio corresponden a personas que podríamos considerar aisladas socialmente aunque no sabemos si esto es más o menos que en otros lugares ya que es prácticamente imposible conseguir datos al respecto. También los datos de los fallecidos han sido de utilidad metodológica (Serrano, 2007).

Ambos nos han orientado desde punto de vista geográfico ya que las tasas de atención son muy diferentes entre unos distritos y otros y nos han orientado hacia las zonas presumiblemente más vulnerables. Sin haber descartado esa fuente, en la actualidad disponemos de muchas más de modo que estamos en disposición de hacer mapas de riesgo (Serrano, 2010). La mesa de vulnerabilidad en estos momentos nos ofrece una valiosa información.

4.3 Pérdidas

En cuanto a las tasas de respuesta son muy variables pero hay que tener en cuenta que la metodología no siempre ha sido la misma. En ocasiones se ha avisado de la visita mediante correo postal y otras no, a veces se han usado entrevistas telefónicas con llamadas reiteradas en franjas horarias diferentes o simplemente se ha encuestado a quien ha respondido en el primer intento, otras veces se ha ido a los domicilios con cita concertada y en otras ocasiones simplemente se ha presentado el trabajador sin previo aviso.

En este sentido merece la pena aclarar que, entre las pérdidas, los no casos han sido relativamente elevados ya que por desgracia los datos del padrón no siempre son ciertos, y habitan en el domicilio personas no registradas en él. En el caso concreto de los mayores solos sin teléfono fue muy evidente, ya que la gran mayoría de los que figuraban sin él lo tenían, por lo que al final esta población se comportó como la valorada con anterioridad y de hecho los datos se incluyeron en ella, motivo por el que no hay pérdidas en el estudio 5. Es también muy común la no localización que depende de la metodología usada.

Quizás por eso sea adecuado tomar como referencia la población de localizados para analizar la respuesta que como hemos podido ver

es bastante buena, salvo en el estudio de TAD en el que partíamos de una población que ya nos había rechazado en contactos previos.

En el caso de los cuidadores la diferencia puede explicarse porque muchos de ellos habían finalizado el cuidado en domicilio por fallecimiento o traslado a residencia, o bien les resultaba imposible la entrevista por enfermedad u otras razones.

De todos modos, el tema del rechazo siempre debe ponernos en alerta ya que incluso puede apuntar a la existencia de riesgo. Este podría ser el caso de los 12 cuidadores que rechazaron la entrevista, sin aducir razones entendibles, en el trabajo mencionado en el párrafo anterior y también de algunos de los posibles aislamientos apuntados que, ante la sospecha razonable de necesidad y la negativa a ser entrevistado, han sido clasificados de riesgo, pasando a considerarse valorados.

4.4 Riesgo

En cuanto a la detección de riesgos, los resultados son muy variables. Si tomamos como referencia la población atendida por emergencias en la que algo menos de un quinto de ellos está en riesgo, vemos que el resto suele estarlo en menor medida.

Dado que vivir solo se demostró un factor de riesgo importante en la población de emergencias, se han realizado varios estudios en población con esas características en las que los riesgos son variables.

Si tomamos el grupo de los estudios realizados entre quienes viven solos, cabe señalar que el primero de ellos es metodológicamente algo diferente, ya que los cuestionarios y la puesta en común aun no estaban tan claros, de modo que la situación de riesgo se determinó por múltiples factores, entre los que primaba la idoneidad para instalar un dispositivo de teleasistencia, tomando como referencia que vivían solos y añadiendo situaciones de deterioro funcional medido con Lawton. Se registró el sentimiento de soledad. De todos modos esa cifra, ligeramente superior a la de referencia, además de influida por aspectos metodológicos, refleja sin duda que, al hecho de vivir solo se suma el rechazo al ofrecimiento de un servicio a priori beneficioso para alguien en sus circunstancias. (Benito, 2005).

Los tres realizados en población mayor de 65 años que viven solos ofrecen datos claramente distintos, todos parten de dos factores

de riesgo, viven solos en distritos especialmente vulnerables. Con esos dos factores, la tasa de riesgo se sitúa en el 7.3%. Si a ello le añadimos carecer de recursos (algo que vimos importante en el caso anterior) vemos que es mayor, 12.8%. Dado que en ambos demostramos que la carencia de teléfono era un importante factor, decidimos realizar un estudio específico en esa población seleccionándola del padrón entre quienes carecían del mismo en ese registro de población. El resultado, superadas las tremenda dificultades señaladas con anterioridad en relación con los casos reales, no puede ser más claro ya que el riesgo multiplica por 9 el de partida, al sumar cuatro factores de riesgo.

En el caso de la última población estudiada, el factor de riesgo es vivir solo y edad de corte superior, el riesgo no aumenta con respecto a la primera de ellas pero nos ha permitido confirmar nuestra sospecha en relación con algunos distritos más desfavorecidos.

En cuanto a la detección de maltrato, la elección de una población formada por cuidadores sobrecargados, con gran cantidad de estresores (García 2009) nos hacía sospechar una frecuencia mayor de la obtenida. En este caso se hizo visita domiciliaria previa cita telefónica y la entrevista se hizo con un psicólogo y un trabajador social. Se usaron dos cuestionarios diferentes, uno dirigido a los cuidadores con escalas validadas de calidad de vida GHQ (ansiedad y depresión) (Goldberg 1979) y Zarit para sobrecarga (Zarit 1985), datos conocidos al haber sido evaluados a su paso por el programa "cuidar al cuidador" y actualizados en el momento de la visita, y otro dirigido al mayor necesitado de cuidados, con matices según si se trataba de una dependencia física, en la que podíamos incorporar el EASI (Yaffe, 2008) o si existía un problema cognitivo, haciendo en estos casos una evaluación de la dependencia física y detección de la sospecha de maltrato a través de la observación directa del entrevistador.

En el caso del segundo estudio, se hizo de modo parecido, mediante entrevista domiciliaria por parte de psicólogo y trabajador social, aunque las herramientas para valorar la sobrecarga del cuidado fueron un poco distintas ya que se hizo un cuestionario breve por no disponer de los datos de calidad de vida y sobrecarga como en el caso anterior. La cifra obtenida es mucho más acorde con las que se barajan a nivel general, aunque es de sobra conocido que no hay datos concluyentes.

Esta diferencia podemos entenderla si sobre el factor de riesgo que supone el hecho de cuidar se contrapone el factor protector del paso por un programa psicoterapéutico de probada eficacia (Serrano, 2006; García, 2008; Tena-Dávila, 2009; Rodríguez, 2009).

En cuanto a los hogares en los que viven dos mayores o más, con edad superior a 85 años, la cifra de riesgo es muy elevada, casi el doble de la encontrada en los hogares en los que habita un mayor solo con esa misma edad de corte. Lo que nos hace compartir la idea de Hèbert (1996) plasmada en su cuestionario, de que vivir solo a determinadas edades es un indicador de protección y no de riesgo.

Es algo que cabía esperar ya que son hogares formados por parejas, matrimonios u otros familiares, generalmente hermanos, que han ido envejeciendo juntos, compartiendo experiencias, amigos, pérdidas, en una situación de convivencia pacífica o no, con pocas posibilidades de cambio. También han compartido achaques y enfermedades, convirtiéndose muchos de ellos en cuidadores eternos o necesitando cuidados de otros no capacitado para ofrecerlos.

Tipo de riesgo

En cuanto al tipo de hallazgo, la soledad está presente en todos los estudios, tanto en los realizados entre quienes viven solos como acompañados y por desgracia poco es lo que podemos hacer desde la administración en estos momentos para paliarla.

En nuestro caso además de informar de la oferta de centros sociales en los que es posible encontrar compañía, siempre intentamos que accedan a que les instalemos la Teleasistencia como medida protectora, un servicio bastante desarrollado en nuestra ciudad que actúa de modo inmediato ante alarmas, utiliza dispositivos periféricos que permiten hacer un seguimiento en caso de riesgos conocidos e intenta ofrecer acompañamiento mediante llamadas periódicas (Gaisse, 2007).

Un apoyo indudable lo ofrecen las asociaciones de voluntarios, aunque no siempre es fácil vencer las resistencias al acompañamiento de un desconocido, ni encontrar tantos voluntarios como sería deseable, aunque una vez que acceden a su compañía el resultado es magnífico.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

La necesidad sociosanitaria, entendida como necesidad simultanea que se beneficia por la intervención conjunta, también está muy extendida y subyace en la mayor parte de los casos atendidos por los servicios de emergencias. Una razón más para considerar imprescindible una actuación coordinada de los servicios sanitarios y sociales. Atención especial también merecen los hogares formados exclusivamente por mayores que no siempre reciben la atención necesaria. Algo que ya habíamos puesto en evidencia en estudios anteriores (Serrano, 2004).

A modo de ejemplo cabe señalar que desde la mesa de vulnerabilidad se han emitido en 2011, 178 informes aconsejando la inclusión del caso valorado en el protocolo de coordinación sociosanitaria.

Es muy difícil detectar aislamiento social mediante técnicas de screening como lo demuestran las cifras de los diferentes estudios, incluido el de emergencias en los que a duras penas se alcanza el 1%, frente al 9% de casos encontrados en la mesa de vulnerabilidad a partir del conjunto de fuentes.

No hemos de obviar que en quienes conseguimos sumar riesgos las cosas son diferentes, mayores de 65, solos, en distritos desfavorecidos, sin recursos sociales y sin teléfono, por ejemplo, aunque aquí la dificultad radica en encontrar bases de datos que nos orienten en la búsqueda. Supongamos un hipotético marco en el que a estos datos se sumaran otros de administraciones diferentes con el fin de ofrecer ayuda a quien la necesite y la acepte.

También es muy compleja la detección de maltrato por esta vía, entre otras cosas porque en los servicios sociales solo tenemos información relevante si acuden a nuestros centros y sin duda es más rentable pensar en su posibilidad cuando hacemos una visita rutinaria bien desde los servicios sociales o desde los de salud a una persona necesitada de cuidados.

En este sentido son de enorme ayuda los trabajadores de los servicios domiciliarios (SAD con auxiliar de hogar, lavandería, comidas a domicilio o Teleasistencia) motivo por el que se ha realizado formación a estos colectivos en la detección de riesgos.

En cualquier caso, conocer la situación siempre será beneficioso para una planificación eficiente de los recursos.

5. CONCLUSIONES

Como hemos podido ver, la detección de casos de mayores en situación de riesgo o vulnerabilidad es posible pero el rendimiento es muy variable en función de los parámetro escogidos para fijar la población diana.

El esfuerzo ha merecido la pena puesto que han sido muchos los casos detectados sobre los que posteriormente se ha podido intervenir.

Los casos de soledad son muy abundantes y hemos de pensar en poner en marcha dispositivos que ayuden a mejorar la situación, que ha de pasar sin duda por el fomento del voluntariado.

Si la coordinación entre los distintos agentes fuese mayor de la existente, posiblemente no habríamos encontrado casos desconocidos de necesidad sociosanitaria ni de negligencia. Las herramientas existentes han de incrementarse sin duda alguna.

El aislamiento social en su grado máximo de autoabandono, aun siendo un fenómeno relativamente pequeño merece una especial atención, con el fin de ofrecer a quienes lo sufren la posibilidad de obtener el apoyo necesario y las medidas de protección que precisen, en su caso.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AYUNTAMIENTO DE MADRID; COMUNIDAD DE MADRID. (2007). Manual básico de coordinación sociosanitaria para la atención del anciano frágil en el Área Metropolitana de Madrid. [En línea]. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/ServALaCiudadania/SSociales/Publicaciones/PublicacionMayores/ManualAtencionAnciano.pdf> [Consultado el 14/02/2013].

BENITO PECHARROMÁN, P.; SERRANO GARIJO, P.; ROMERO CHAPARRO, R.; MARTÍN TEJEDOR, F. (2006). *Perfil de los mayores de 80 años solos que rechazan el servicio de teleasistencia. En: Ser-*

vicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa. (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 473-475.

DÍAZ PALACIOS, ME.; DOMÍNGUEZ PUENTE, O.; TOYOS GARCÍA, G. (1994). Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en Atención Primaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Volumen 29, nº 4, p.239-245.

GAISSE HERRERO, C.; BENITO PECHARROMÁN, P.; GIMÉNEZ DÍAZ-OYUELOS, P.; MARTÍN TEJEDOR, F. (2007). *La teleasistencia domiciliaria como servicio de acompañamiento. En: Claves para una Vejez Satisfactoria.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 209-212.

GARCÍA CARPIO, MS.; MOLINA DÍAZ, E.; SERRANO GARIJO, P.; TENA-DÁVILA MATA, MC.; MARTÍN TEJEDOR, F. (2009). *Indicadores de riesgo de cuidado inadecuado o actitudes negligentes entre los cuidadores del programa "Cuidando al Cuidador". En: Malos tratos a mayores: Observa y actúa.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 245-250.

GARCÍA CARPIO, MS.; SERRANO GARIJO, P.; TENA-DÁVILA MATA, MC.; MARTÍN DÍEZ, MC.; FRÍAS MARTÍN, S.; MARTÍN TEJEDOR, F. (2008). *Impacto del programa "Cuidando al Cuidador" en la sobrecarga medida con Zarit. En: Nuevas Tecnologías: mayor servicio al mayor.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 225-228.

GOLDBERG, DP.; HILLIER, VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, Volumen 9, p.139-145.

HÉBERT, R. (1996). *Pérdida de autonomía: definición, epidemiología y prevención.* Año Gerontológico. Barcelona: Glosa, p. 39-49.

LAWTON, MP.; BRODY, EM. (1996). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, Volumen 9, p.179-186.

MARTÍN TEJEDOR, F. (2009). *Atención a mayores especialmente vulnerables desde el Ayuntamiento de Madrid. En: Malos tratos a mayores: Observa y actúa*. (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 133-148.

RODRÍGUEZ ZAFRA, M.; PÉREZ GARCÍA, AM.; RUEDA, B.; SANJUÁN, P.; GIL ESCUDERO, G.; FERNÁNDEZ LÓPEZ, R.; HERRÁIZ DOMINGO, PP.; GARCÍA CARPIO, MS.; MARTÍN DÍEZ, MC. (2009). *Efecto de la intervención psicológica grupal sobre la percepción de vulnerabilidad psicológica en cuidadores de personas mayores dependientes. En: Malos tratos a mayores: Observa y actúa.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 175-178.

SELLÉS PUIG, MA.; PEREYRA MACAZANA, EF.; TENA-DÁVILA MATA, MC.; SERRANO GARIJO, P.; MARTÍN TEJEDOR, F. (2009). *¿Qué rodea a la sensación de soledad y abandono que afirman vivir algunos de los mayores atendidos por emergencia? En: Malos tratos a mayores: Observa y actúa.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 235-240.

SERRANO GARIJO, P. (2008). Ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social. Programa de detección e intervención. En: Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales. [En línea]. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Aislamiento%20social%20de%20mayores.pdf> [Consultado el 14/02/2013].

SERRANO GARIJO, P.; TENA-DÁVILA MATA, MC. (2004). Criterios de fragilidad en los usuarios del servicio de ayuda social a domicilio. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Volumen 39, nº 1, p. 9-18.

SERRANO GARIJO, P.; TENA-DÁVILA MATA, MC.; ROMERO CHAPARRO, R.; COLLADO FRÍAS, E.; FRÍAS MARTÍN, S.; MARTÍN TEJEDOR, F. (2007). *¿Morir abandonado o morir estando solo? En: Claves para una Vejez Satisfactoria.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 173-178.

SERRANO GARIJO, P.; TENA-DÁVILA MATA, MC.; ROMERO CHAPARRO, R.; MARTÍN TEJEDOR, F. (2006). *Impacto del programa "Cuidando al Cuidador" en la calidad de vida de los cuidadores. En: Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 493-497.

TENA-DÁVILA MATA, MC. (2009). *Programas para los cuidadores como eje de prevención. En: Malos tratos a mayores: Observa y actúa.* (1ª edición). Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, p. 85-98.

WALLIS, JB.; BARBER, JH.; MCKEATING, E. (1980). A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, Volumen 30, nº 210, p. 49-51.

YAFFE, MJ.; WOLFSON, C.; LITHWICK, M.; WEISS, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, Volumen 20, nº 3, p. 276-300.

ZARIT, SH.; ORR, NK.; ZARIT, JM. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress*. New York: New York University Press.

Nota final: la mayor parte de la bibliografía específica sobre el programa municipal está disponible en la Web del Ayuntamiento de Madrid, en el apartado de Servicios Sociales, en Mayores, Publicaciones.

Resultados del proyecto Milcea: Monitoring in long term care. Prevention of elder abuse

Uwe BRUCKER
Nadine SCHEMPP
Andrea KIMMEL

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 328-360)
Fechas: Entrada: 20-03-2013; Aceptado: 04-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El objetivo del proyecto MILCEA fue contribuir a la prevención sistemática de los malos tratos hacia las personas mayores y, además, desarrollar un marco de trabajo común e internacional para la prevención

Los sistemas de cuidados a largo plazo en los diferentes países europeos fueron sistemáticamente analizados en términos de la prevención de los malos tratos. Se utilizaron diversos métodos científicos incluidos los grupos focales, análisis de los actores, revisión de la literatura y entrevistas. El punto importante fue identificar las fortalezas y debilidades de las existentes estructuras en la prevención de los malos tratos, de manera que se realizaron recomendaciones para su mejora.

PALABRAS CLAVE

Malos tratos a personas mayores, prevención, supervisión, cuidados de larga duración, métodos

---

ABSTRACT

The declared goal of the project MILCEA was to contribute to the systematic prevention of elder abuse and, in addition, to develop a common, international framework for prevention.

The LTC systems in different European countries were therefore systematically analysed for the first time in terms of the prevention of elder abuse. A variety of scientific methods were used, including focus groups, actor analysis, literature analysis and interviews. The important point was to identify the strengths and weaknesses of existing structures in preventing elder abuse, so that recommendations could be drawn up for their improvement.

KEY WORDS

Elder abuse, prevention, monitoring, long-term care; methods

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. EL COMPLEJO SISTEMA NORMATIVO EUROPEO DE LA SCE

1.1 La normativa comunitaria sobre SCE. Sus objetivos

Conforme a las Consideraciones que forman parte de la introducción al Reglamento (CE) Nº 1435/2003 del Consejo, de 22 de julio de 2003, relativo al Estatuto de la sociedad cooperativa europea (SCE), *la realización del mercado interior y la mejora de la situación económica y social que tal realización debe fomentar en el conjunto de la Comunidad implican, además de la eliminación de los obstáculos a los intercambios, una reestructuración a escala de la Comunidad de las estructuras de producción* (Considerando 2). Sin embargo, *el marco jurídico aplicable a la actividad económica dentro de la Comunidad sigue basándose en gran medida en las legislaciones nacionales y no se ajusta, pues, al marco económico en que dicha actividad debe desarrollarse. Esta situación puede entorpecer de manera considerable las operaciones de agrupamiento entre sociedades sometidas a las legislaciones de los distintos Estados miembros* (Considerando 3). De hecho, *la cooperación transfronteriza entre cooperativas tropieza actualmente en la Comunidad con dificultades de orden jurídico y administrativo que conviene eliminar en un mercado sin fronteras* (Considerando 11).

As the part of people aged 65 years and older is growing all over Europe also elder abuse will grow as a public health and societal problem. Elderly particularly in later and end of life are in the risk of becoming frail. The increasing dependency makes people in need of long-term nursing care vulnerable to maltreatment.

The MILCEA-Project (Monitoring Elder Abuse in Long-term Care – Pilot project on elder abuse) contributes to prevention of elder abuse. The subordinated goal is to develop a monitoring system that allows the assessment of elder abuse in long term care as a precondition for prevention.

This report provides information on the goals, the methodology and the results of the MILCEA project, which was funded by the European Commission and conducted between December 2009 and the end of March 2012. The declared goal of MILCEA was to contribute to the prevention of elder abuse (EA) in long-term care (LTC). In the

course of the project, the LTC systems in different Member States of the EU were systematically analyzed for elder abuse, using a mix of scientific methods (focus groups, stakeholder analysis, literature analysis, interviews, etc.). The main thrust of the MILCEA project was to provide a framework for EU Member States on how to put in place the structures needed to monitor elder abuse. The framework has been developed for use in all EU Member States.

Prevention includes the recognition of elder abuse and the risk of elder abuse. But as MILCEA defines prevention goes beyond the registration of risk factors and indicators, prevention also includes in the sense of a monitoring system concrete action measures including the whole system of LTC to protect the older person. This would be a monitoring system of elder abuse in LTC.

Why does MILCEA focuses on LTC? People who are in need of care permanently are dependent on the help of others. The care relationship is usually not reciprocal and thus very vulnerable. As dependence on care and attention by others increases, so does the risk becoming a victim or an offender of elder abuse. To protect the older person in need of care as well as the caregiver we need a special and comprehensive approach.

At the first time, the LTC systems concerning elder abuse in different European countries[1] were systematically analyzed by a mix of scientific methods (focus groups, actor analysis, literature analysis, interviews etc pp). One of the great efforts of the MILCEA-project is to provide a framework for European countries on how to put monitoring structures of elder abuse in place. This framework has been evaluated by several international experts in the field of elder abuse and/or long-term care.

Detailed goals of MILCEA were:

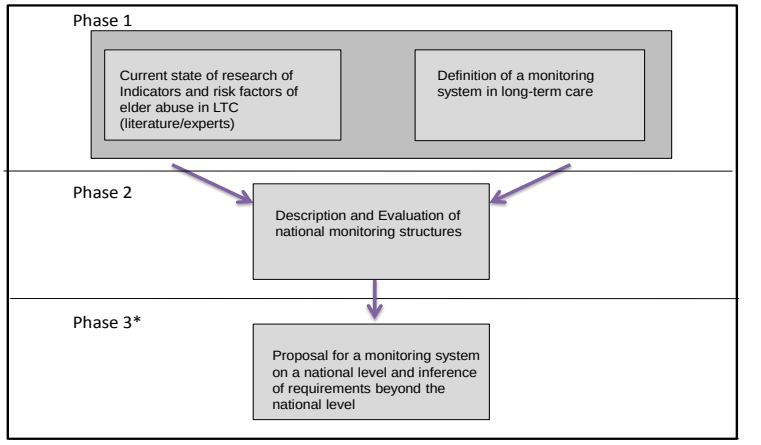
[1] The partners of MILCEA: Austria (Austrian Red Cross, Vienna); Spain (Fundación Instituto Gerontológico Matia-INGEMA, San Sebastian);Netherlands (Maastricht University, School Caphri, Department of General Practice and Department of Health Services Research); Luxembourg: CEO (in Ministry of Social Security) and CRP Henri Tudor;Germany (Medical Advisory Service of Health Insurance (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. – MDS, Essen)

- Description of monitoring systems installed in the Member States as part of their health care and LTC systems
- Promotion of an exchange of experience between those national bodies that have competence for these monitoring systems
- Development and promotion of mechanisms for a regular screening of all persons in need of LTC (e.g. distribution of a check-list to general physicians on whose basis deficiencies in LTC and risks of violence against older people can be detected)
- Development of a general reference framework including a list of measures and indicators to be used for improving national monitoring systems in terms of the quality of LTC, as well as promotion of the practical implementation of this reference framework
- Identification of factors that may increase vulnerability, such as handicap and sex, ethnic, social and cultural background, and suitable delimitation and separation of these factors

With a view to implementing these goals, MILCEA was focusing on older people in LTC both in an informal and formal care setting. After all, it is mainly the older people in need of LTC who run an increased risk of becoming victims of elder abuse due to their permanent and progressive dependence on the care by and attention of others. That means that the description and further development of systems to monitor elder abuse in LTC was at the centre of the project. While no framework for systematically recording elder abuse in LTC has as yet been established in any of the Member States of the European Union, there are various actors in the different countries that are in regular contact with potential victims of elder abuse and thus have a possibility to identify and record acts of abuse. Moreover, there are initiatives and projects in nearly all of the European Member States meanwhile that are devoted to the prevention of elder abuse and focus their activities on individual aspects or expressions of an abuse. There are also those actors who – within the frame of quality assurance in LTC – might be able to supply clues of and document elder abuse. The structures in the countries participating in the MILCEA project are very heterogeneous when comparing the goals and tasks of these actors and the recording methodologies they employ.

First of all, the analysis of national structures calls for an operationalization of the different forms of elder abuse in LTC. This was achieved on the basis of international research work and the results of expert opinions. The outcome then was a list of indicators and risk factors on whose basis the project partners analyse structures for identifying and recording abuse in their respective countries. Key questions were: *Which actors are there in LTC? What access do they have to older people in need of LTC? Which are their possibilities to identify and record elder abuse – and where are their limits? Which legal outline conditions apply to them?* Departing from this analysis of structures and the requirements to be met by a monitoring system each partner country made recommendations as to a national routine recording of elder abuse in LTC. Furthermore, major factors that stand in the way of or promote a national monitoring system had to be highlighted. Thereafter, the partner countries jointly examined the legal, institutional and socio-cultural frame for monitoring elder abuse in Europe. The individual steps, each next following building on the foregoing, are shown in the following graph.

Figure 1: Description of the 3 phases



*The intermediate report shows one additional phase 4. In further course of the project it became more logical to combine phase 3 and phase 4 in one phase. The proposal for a monitoring system on a national level serves as a precondition to find common requirements for a monitoring system beyond the national level.and thus it is no single phase.

THE METHODOLOGICAL APPROACH OF MILCEA

The main goal of MILCEA is to contribute to the development of a monitoring system in Long-Term Care that identifies and prevents elder abuse.

The final result of the project presents a framework for European countries to develop a monitoring system of elder abuse. The project was structured in three steps:

Phase 1: Literature analysis; definitions; risk-factors and indicators of elder abuse

Phase 2**:** Evaluation of existing national monitoring structures

Phase 3: Prerequisites of a monitoring system for European countries

MILCEA Phase 1: Literature-research; predictors, risk-factors and indicators of elder abuse

Based on international literature and expert opinions the various types of elder abuse in long-term care were assessed and their measurement operationalized. The result was a list of indicators and risk factors. Besides, it was important at the beginning to define a monitoring system with its function and elements. As a method to determine the definition of a monitoring system, focus discussions within national expert groups were conducted.

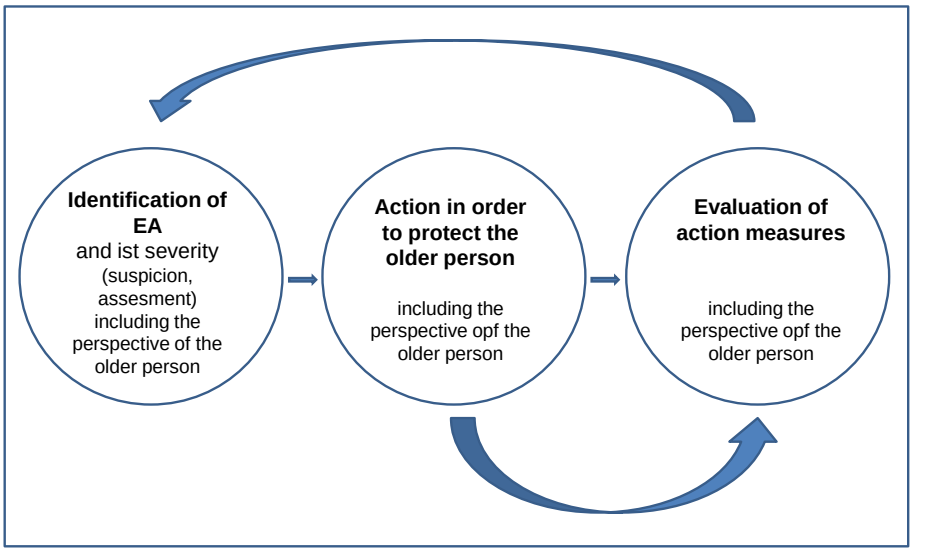
Although there is no uniform definition of elder abuse as yet, a majority of the experts support the WHO definition whose salient point is that there must be a relationship of trust between the perpetrator and the potential victim. If this is the case, according to the WHO (2008), elder abuse can be defined as "a single or repeated act or lack of appropriate action (…)which causes harm or distress to an older person". Distinction is made between physical abuse (e.g. hitting or kicking), psychological abuse (e.g. threats), sexual misuse (forced sexual contact), financial exploitation (e.g. theft of property) and neglect (e.g. inadequate supply with food and beverages). For the purposes of the project the definition of elder abuse was concretised for the field of LTC. According to the OECD (2005) the essential characteristic of persons receiving LTC is that they depend on the assistance by others with their activities of daily life (ADL) for a protracted period.

Following the definition of basic terms of the project's subject matter and the environment to be considered, the various forms of elder abuse were operationalized. To this end, the latest research into predictors and risk factors of elder abuse was reviewed. Predictors are such indications which may point to an incidence of actual abuse, e.g. pressure ulcers and black spots, but also a fearful and shy attitude of an older person. A burn-out syndrome of professional caregivers in institutional care or a negative relationship between the caregiver in informal care and the older person that existed in the past may increase the probability of elder abuse occurring. The results were analyzed for the three different care settings (informal care provided by spouses or partners, formal home care provided by professional caregivers and institutional care). For subsuming significant predictors instruments available for the assessment of elder abuse were compiled and predictors of elder abuse identified on their basis.[2]

Since no monitoring system of elder abuse exists in the field of LTC in any of the Member States of the EU, it had been necessary to specify the characteristics and requirements such a monitoring system of elder abuse has to meet before commencing the structural analysis. To this end, major requirements of a monitoring system were determined in focus group discussions at both national and international levels. "To monitor" is, according to the Oxford English Dictionary, to "observe and check the progress and quality of (something) over a period of time".

[2] Final report of MILCEA:
http://www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf

Figure 2: Essentials of a monitoring system



One of the next results of the literature research were systematic classifications of the risk factors in the long-term care settings. In the informal care setting the following risk factors are found:

Figure 3 Example of risk factors (e.g. informal care setting):

	Risk factors (informal care)
Structural characteristics (situation)	• social isolation of older person – except from the person with whom he/she may be living • shared living situation with caregiver • financial dependency of caregiver
Characteristics of caregiver	• symptoms of depression • mental illness/emotional difficulties (e.g. paranoid ideations) • addiction to drugs or alcohol • familial or marital problems • lack of skills and knowledge of caregiver concerning care issues
Characteristics of (potential) victim	• disruptive and aggressive behaviour • symptoms of depression • cognitive impairment
Characteristics of relationship between caregiver and older person	• poor relationship in the past

A survey of risk factors for elder abuse in community settings showed that the higher the frequency of provocative an aggressive, challenging behaviour by an older person, the higher the risk of their caregiver engaging in maltreatment. [3]

In the schedule below possible risk factors in professional home care settings are listed. Since, there are fewer scientific studies on risk factors in professional home care settings so far, the list shows preliminary results, mainly based on assumptions and derivations from the results obtained for risk factors in the other two settings. Further research in this field is needed to prove the following characteristics to be risk factors of elder abuse in a professional home care setting.

[3] Perez-Rojo G et al. Identification of elder abuse risk factors in community settings. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2008, 8: 105-117.

Figure 4: Risk factors in professional home care setting

	Risk factors
Structural characteristics (situation)	Institutional risk factors: • inadequate staffing level (average amount of persons with dementia a caregiver has to care for) • working climate • social isolation of older person
Characteristics of professional caregiver	• poor job and life satisfaction • view patients as childlike • frequent thoughts about quitting • work load and burnt-out employees • mental illness • dependence on drugs or alcohol
Characteristics of (potential) victim	• behaviour problems (disruptive and aggressive behaviour or active resistance to care) • depression • cognitive impairment (e.g. dementia)

Indicators of elder abuse

Another goal of Phase 1 was the identification of indicators of elder abuse. Such indicators allow the detection of potentially abusive acts. The individual appearance of physical and psychological characteristics of an older person may reveal whether that person has experienced an abuse of one of the five dimensions. Many indicators are of a medical-diagnostic character. Furthermore, the behaviour of an older person, of the caregiver and the conduct of both towards each other can be indicative of an abuse having occurred.

Figure 5: Indicators and warning signs

Method	Indicators and warning signs[4]
Physical examination and/or observation	**Physical abuse:** 1. bruises, lacerations (especially old and new bruises; shape may suggest implement, e.g. iron or belt) 2. fractures 3. burns 4. bilateral injuries **Explanations of caregiver or older person** 5. implausible, bizarre, inconsistent, or vague explanation of injury **Sexual abuse:** 7. unexplained venereal disease or genital infection 8. bruises or bleeding in external genitalia, vaginal or anal areas 9. torn or bloody underwear **Neglect:** 10. contractures 11. decubiti 12. skin turgor, or other signs of dehydration 13. malnutrition 14. poor hygiene 16. urine burns 17. inappropriate clothing (e.g. dirty clothing) 18. inappropriate medication (over/under): *possible indicators: changes in mental ability or physical activity and decline in general health status, e.g. confusion, poor balance, falling, depression, recent incontinence and/or agitation* 19. caregiver shows indifference to the elderly 20. repetitive hospital admissions due to probable failure of health care surveillance **Psychological abuse:** 21. poor eye contact, withdrawn nature 22. depression 23. fearful interaction with caregiver **Financial abuse:** 24. inability to account for money/property 25. properties and money of an older person are disappearing **Might be indicators for all dimensions:** 26. Caregiver is overly protective, not allowing privacy 27. both the offender/perpetrator and the victim try to keep professional help outside

[4] The discussion of the indicators and warning signs will be found in the final report; also the bibliography with the research publications is listed there: http://www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

MILCEA Step 2: Evaluation of existing national monitoring structures; actors analysis

Taking the indicators and risk factors as well as the definition of a monitoring system as a yardstick, the project partners analyzed structures for identifying and recording elder abuse in their respective countries. The key questions were*: Who are the stakeholders in long-term care? Which actors have already legal responsibility in the prevention of elder abuse? What kind of responsibility do they have? Do they assess indicators and risk factors of elder abuse on a regular basis? Which action do they take to protect the potential victim?* The information on the monitoring structures was gathered through interviews with the relevant actors and throughdocument analysis, e.g. via internet. To receive comparable results between the countries, the partners designed a questionnaire that was used to interview the relevant actors. All together about 80 interviews were conducted. As a method for the evaluation of the results, first a profile of each actor was designed by each partner country. Second, to visualize the results about all actors of one setting, maps[5] were prepared by each project partner. On this basis, the partners identified together with national experts key actors of existing structures and their deficiencies, as well as lack of structures.

MILCEA performed as a method an actor analysis, a method that is used primarily in the field of development sociology and political science. This method is suitable wherever the planning and implementation of reforms in specific settings are concerned. It allows the relevance of organizational actors or their potential for change to be demonstrated within a specific setting. In this project the potential of organizational actors in the LTC system in order to prevent the abuse of older persons who are in need of care was at issue. For this purpose the strengths and weaknesses of every actor was identified and the communication/cooperation links between the individual actors were worked out.[6]

The conclusions of phase 2

By comparing the results of the partners on current monitoring structures, deficiencies were found across all participating countries.

[5] For the preparation of the maps, classification criteria were determined before.

[6] Kimmel A; Schempp N; Brucker U: Elder abuse in Long Term Care: Results of an actor analysis for Germany.

It has been shown that all settings have monitoring structures, but in the formal and the informal home care setting there are fewer structures than in the institutional care setting. Up until now, legal regulations concerning the monitoring of elder abuse are missing: no institutions have direct legal responsibility to prevent elder abuse. This confirms the results of the policy analysis, which showed an absence of legal regulations to combat elder abuse specifically. Responsibilities for the issue of elder abuse are not clearly defined or communicated. In only some countries specific screening tools for elder abuse are used. The general assessment instruments that are used by some actors include only a few indicators and risk factors of elder abuse, and their focus is not primarily on elder abuse. All participating countries have established mechanisms to check the quality of LTC, and these include indicators and risk factors that may point to elder abuse. But the goal of these mechanisms is mainly to assess quality of care and not elder abuse.

All partners received the impression during the expert interviews that some nursing and health care professionals still are generally poorly attuned to elder abuse, its indicators and risk factors. This does not mean that health care professionals are not aware of the problem. Rather, the results indicate an absence of clear structures, with the result that it is not always clear for staff members, how to react in the case of elder abuse

MILCEA Phase 3: Prerequisites of a monitoring system for European countries

The partners of MILCEA gave recommendations on how existing monitoring structures in their country can be improved. The deficiencies in monitoring elder abuse across countries were compared and the partners identified general conditions, in the sense of prerequisites, for creating a monitoring system in European Countries. At the final conference, these framework conditions have been evaluated by experts in the field of long-term care and/or elder abuse.

Main results:

The ultimate goal of a monitoring system of elder abuse is the protection of older people in need of care. Therefore, elder abuse and the risk of elder abuse have to be recognized and in a subsequent step appropriate actions to prevent elder abuse have to be implemented. To realize this, several prerequisites need to be put in place.

All these prerequisites need an outstanding position on the policy agendas on local, regional and national level. As long as "*Elder abuse in long-term care*" will not be politically acknowledged this existing social problem will not leave the corner of a societal taboo. Thus, these conditions have to be implemented and supported in the first place on a political level[7]. Only then is it possible that both organizations in LTC and the single individual[8] are empowered to act according to a monitoring system.

The framework defines for each element of a monitoring system, namely awareness, identification, action and evaluation, the underlying prerequisites. We suppose that awareness is the basic prerequisites to all the other elements of the framework and each following element is dependent on the ones before. The central focus is put on the older persons themselves, thereby taking the *European Chart of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance*[9] as a leading model.

Awareness

There has to be awareness and knowledge of elder abuse on general societal level. There has to be a positive view of old age and aging in society.

The discussion of quality of care must include the issue of elder abuse.

Awareness on general societal level can be only possible, if several prerequisites are fulfilled:

- The topic of EA must become part of the education of nursing and all health care professionals (e.g. nurses) and social workers and even in basic school education.

[7]It can be a task of self-help and users organizations as well as a matter of volunteer-organizations to find political parties as allies.

[8] Here are meant the professionals, family members and the older person himself.

[9] AGE Platform Europe. Available from: http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf [Accessed]

- Further educational programs on elder abuse, including aging, older peoples' rights and stereotypes for nursing professionals, informal caregivers and even the older people themselves, have to be developed and already existing programs have to be implemented. Therefore financial support has to be available.
- Finally, organizations in LTC have to enable their employees to attend these educational programs.
- A law must be adapted stating that older people and specifically older people in LTC have to be protected from elder abuse. Therefore the quality of life[10] of older care dependent persons (including people suffering from gerontopsychiatric disorders) has to be the explicit goal of LTC and also defined by law.[11] The government has to initiate and to support organizations in LTC concerning the creation, distribution and implementation of guidelines how to deal with elder abuse and to raise the awareness of the involved persons to the whole topic.
- Developing and launching public awareness campaigns about elder abuse in mass media in the long run and nationwide. Some should have their focus on the empowerment of older people through educating them about elder abuse forms, indicators and risk factors. These campaigns should also inform about older peoples' rights and who they can refer to in the case of elder abuse. Older people themselves should be involved in the development of these public awareness campaigns.

2. IDENTIFICATION

Additionally to awareness raising, in each country, appropriate and validated screening/assessment instruments and/or signal cards should be available and incorporated into the monitoring system obligatory.

Accessed]

[11] When QoL of people in need of care gains more relevance, parallel to it elder abuse will gain importance as well.

Prerequisites

- On policy level the validation of screening/assessment instruments and signal cards in order to assess elder abuse, should be encouraged. The use of screening and assessment instruments and signal cards should be strongly recommended or maybe obliged by regional or national regulations. It has to be ensured that all professionals in long-term care are educated, how to use a screening/assessment instrument.
- The actual implementation of screening/assessment instruments and signal cards in daily practice should be defined by law and the implementation should be scientifically evaluated.
- A working group on European level of experts on the field of elder abuse has to be created, to enforce the evaluation of instruments and educational programs, to make the results transparent. There has to be an international guideline concerning the methodological quality of instruments (validity, reliability) and education programs. Further research in the "methodological quality of indicators and risk factors" (instruments), ideally on an international level is needed (to know how many and which indicators measure elder abuse and the risk as precise as possible).
- Responsibility of professional actors in LTC concerning identification of elder abuse must be defined.

Prerequisites

- Requirements on professional care concerning identification of elder abuse have to be defined by law and on this basis obligatory rules for care providers have to be formulated.
- Regular care and nursing assessments carried out by providers should contain indicators of all forms of elder abuse and this has to be a quality criterion for nursing assessment instruments. This has to be confirmed by regional or national regulations (depends on national structures).
- There should be regular inspections of care providers by actors which are independent from them. These inspections should include indicators of all forms of elder abuse. This has to be confirmed by law. In many European countries, there are inspection bodies that assess quality of care in nursing

homes and home care services. Inspection bodies should include elder abuse in their audits[12] (national level).

Risk factors of elder abuse must be regularly controlled and reduced by care providers.

Prerequisites

- It has to be defined by law that service providers (nursing homes, day-care centers and home nursing services) should include the topic of elder abuse into their internal quality management system.
- Conduct certificates for professional care staff should become mandatory.
- Nursing homes and home nursing services should be bound to designate a person of trust for staff. This person should be educated and should receive adequate protection e.g. under employment law. Besides, there should also be a person of trust for the residents of a nursing home (e.g. residents' advocates).
- Guidelines on how to act if there is a risk for elder abuse should be implemented by the care providers.

3. ACTION

In case elder abuse is suspected, the responsibility of all actors in terms of assessment should be clearly defined. In addition, it should be clear which actions should be performed by the various actors including defined responsibilities. Therefore, already existing structures and/or actors should be involved. When all responsibilities concerning action are defined, it will be granted that elder abuse or the risk factors of elder abuse will be approached in a comprehensive multidisciplinary way.

Prerequisites

[12]In most cases they already include such indicators and risk factors but they are not directly linked to elder abuse.

- First of all, it has to be clarified on a national level, which actor is responsible for concrete steps of actions on each level. Who are the key actors and what are their duties concerning acting to protect the potential victim?
- This might be done by a working group of advocates of the interest groups and associations of key actors (multidisciplinary team) and other social relevant groups with competence in geriatric-long term care system. Also interest groups of older people themselves should be included in this process. As a result, this working group should develop a *national guideline* that defines the responsibilities concerning concrete steps of action.
- Key actors should be bound to implement the *national guideline* of action. This guideline defines overall-structures like which actor is responsible for the reduction of elder abuse risks, further assessment and implementation of adequate actions to prevent elder abuse in the respective setting.
- All organisations that are key actors in this field should develop an explicit policy on preventing elder abuse and should transfer the developed *national guideline* into an internal guideline including an internal procedure to follow in cases of elder abuse with defined responsibilities within the organisation. The clear description of the responsibility in the prevention of elder abuse (here concerning action) should be part of the self-understanding of the several institutional key actors.
- One of the key actors has to be nominated as a lead agency-on the topic elder abuse by the working group. This agency should be locally based. The nomination of the lead agency has to be clarified in the *national guideline*. Since, there are different national conditions, different solutions for a lead agency for elder abuse can be considered.

a) The integrative "under-one-roof- solution"

This solution integrates the function of consultancy and follow up cases. On the one hand, this means that the agency overtakes the function of consultancy of victims, witnesses and caregivers (e.g. a hotline for elder abuse).[13] This means that the staff must be well ed-

[13] At this point it has to be noted that victims, caregivers and witnesses have to contact the consultancy service or hotline by themselves and only some parts of the population are reached by this approach.

ucated on the elder abuse topic and must be able to provide psychological assistance and to refer clients, if necessary, to other supporting institutions. On the other hand, the agency would, if there is evidence or a suspicion for elder abuse, follow up cases and implement measures to finally protect the older person. This agency would need special rights to intervene in the case of elder abuse and would have to work closely together with the police and the court.

b) The "split-up solution"

Dependent on the national existing key actors, a split-up solution would be also possible to install. It separates the responsibility of consultancy and assistance (e.g. hotline) from the follow-up of cases. If there is a suspicion for elder abuse, the consultancy service would refer to another agency that would be responsible for the follow-up of cases and securing that the older person is protected.

4. EVALUATION

Confirmed elder abuse cases have to be registered on a local/regional level (with the subsequent possibility to aggregate the data on a national level). The aim is 1) to scope the problem of elder abuse, 2) to introduce appropriate measures for prevention and to provide solutions for actual cases of EA, and 3) to evaluate the used action.

Prerequisites

- A central registration system of cases of elder abuse on an aggregated level has to be developed and implemented on national level. The implementation of such a central registration system has to be politically determined. Thereby, it has to be defined what kind of data, when and how the data should be collected. Existing structures in the countries have to be used. There should be public access to the data and regular reports.
- Service providers should be bound to document and evaluate all measures that were taken to protect the potential victim. The latter means also that further measures have to be implemented, if the protection of the victim is still not granted.

Also cases where there was a suspicion of abuse that could not be confirmed should be documented.

- The legal basis for regular public reports on a national level must be given.

5. SPECIFIC RECOMMENDATIONS FOR THE INFORMAL CARE SETTING

Our framework refers mainly to the formal care settings, because informal care mostly takes place behind closed doors and almost no formal actors have access to the private care environment. In our opinion, the only possibility to guarantee monitoring also in the informal care setting is to use existing linkages to the formal system. The following recommendations are made:

- ✓ Awareness raising on a broad societal level will enable people of the informal environment of older people in the informal care setting and older people themselves to raise a suspicion for elder abuse or to identify elder abuse.
- ✓ General practitioners and other community health care and social work professionals are some of the few actors that often have regular contact to older people who are part of the informal care setting. This means that awareness raising concerning elder abuse and the provision of screening tools is especially important for general practitioners. It is necessary that European countries create incentives for general practitioners include an elder abuse check in the anamneses of older patients and to implement appropriate measures.
- ✓ One further linkage to the formal system is consultancy services on the elder abuse topic for older people, their caregivers and witnesses, as explained under action. At this point it has to be noted that victims, caregivers and witnesses have to contact the consultancy service or hotline by themselves and only some parts of the population are reached by this approach. Through publicity campaigns these services should be made known. [14]

[14] Further research should clarify which part of population is reached by this approach.

- ✓ Depending on the specific conditions of the countries, there might be other actors that have regular contact to older people in the informal care setting. The government should support research in the identification of such actors and in finding solutions to bring these actors into position to identify elder abuse and to implement appropriate measures.

Recommendations for the European commission:

- The European Commission should urge for the implementation of the framework by the member states by pointing out that elder abuse is an act against human rights.
- The European Commission should stimulate research on elder abuse indicators and risk factors (in all care settings), instruments and standards of data gathering for member states. Additionally, research on efficient policies in elder abuse prevention should be supported.

6. MAIN RESULTS PRESENTED BY THE EXAMPLES OF SPAIN AND GERMANY LINKED WITH THE FINAL FRAMEWORK OF MILCEA

The framework recommended by MILCEA needs to be adapted as a national framework that is suited to Spain or Germany or any other nation.

a) Spain

In 2010 the government of the Basque Country and the non-profit organisation INGEMA (associated with older and disabled people) started to work on the prevention of elder abuse in several steps. Some have already been carried out, while others will be carried out as soon as possible. They will be described briefly below:

- knowing the prevalence of elder abuse in the Basque Country

- developing and launching a public-awareness campaign against elder abuse
- developing a hotline for elder abuse
- developing a strategic action plan
- developing and implementing training on the issue of elder abuse for professionals working with older people, informal caregivers and older people themselves
- developing and implementing intervention to prevent elder abuse by professionals and informal caregivers.

In the following paragraphs the actions are linked to the MILCEA final framework.

Awareness of EA, knowledge of risk factors and indicators:

Public campaign: In the Basque Country, the government and INGEMA have developed and launched a public-awareness campaign targeting elder abuse in the community and institutional setting. It is the first such campaign developed in Spain and has been carried in the mass media (radio) and on posters. The campaign tackled subtle manifestations of elder abuse (like violation of rights and treating the older person like an infant), rather than more explicit manifestations of physical abuse. It is important that other communities and institutions should develop other campaigns. Or perhaps a nationwide campaign could be launched.

Hotline for elder abuse: In the Basque Country a free phone number has been launched to raise awareness and to aid in the detection of elder abuse.

Identification

Prevalence studies: Spain has worked very hard on the identification of elder abuse. It has carried out various studies into the prevalence of elder abuse and risk factors. INGEMA and the government of the Basque Country have carried out a study too, which shows a prevalence of 0.9% (in a sample of 1,207 people aged 60 years and above). It is thought that no further work is required on prevalence studies.

Risk factors: With respect to risk factors, the INGEMA training plan includes an assessment of risk factors among formal and informal caregivers.

Screening tool: In her dissertation, Gema Pérez Rojo carried out a validation of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). Only one elder abuse screening tool has been designed in Spain (EDMA). This is an observational tool applied by a professional to assess elder abuse and self-neglect. Screening tools are necessary to detect elder abuse, and there is a gap in Spain surrounding them. It is necessary to develop new tools or to conduct validation of the existing tools in Spain.

Hotline for elder abuse

Training: In Spain, different experts in elder abuse train other professionals who come into contact with older people; this will continue in the future. Moreover, the government of the Basque Country and INGEMA have included the topic of elder abuse in a training plan for professionals in contact with older people, informal caregivers and older people themselves. Educational programmes on the issue of elder abuse have been developed.

Action:

Programme on Neglect and Psychological Abuse in Madrid: This is an innovative programme undertaken by Madrid's Town Hall. It kicks in when social services suspect or detect actual elder abuse (neglect and psychological abuse) and refer the older person to this programme, which treats the victim as responsible of elder abuse. A multidisciplinary team (a psychologist, a social worker and a nurse) work together in this programme, first of all confirming the elder abuse and then intervening and following up. Other communities would do well to replicate this programme.

Training: The training carried out by INGEMA empowers professionals to intervene in elder abuse situations and clarifies their duties to act to protect the potential victim.

Evaluation:

At the moment there is no central registration system in Spain for cases of elder abuse. There is currently no specific law on elder abuse.

Below, the framework is elaborated according to the three settings: long-term institutional care, professional home care and informal home care.

Long-term institutional care

Awareness

- Develop and launch a public-awareness campaign highlighting elder abuse.
- Develop a hotline for elder abuse.

Identification

- Develop a hotline for elder abuse.
- Know as a professional the prevalence of in the Basque Country.
- Know the elder abuse risk factor.
- Have expert professionals apply screening tools.
- Develop and implement training on elder abuse for professionals working with older people.

Action

- Develop a strategic action plan.
- Develop and implement intervention methods for professionals to prevent elder abuse.

Evaluation

- Make a full report to the Health Care Inspectorate (in case of abuse by professionals).
- Assess lessons learned and take extra preventive measures in LTC establishments.
- Provide continuing support for the victim by a trusted person.

Professional home care

Awareness

- Develop and launch a public-awareness campaign highlighting elder abuse.

– Develop a hotline for elder abuse.

Identification

– Develop a hotline for elder abuse.
– Know the prevalence of elder abuse by professionals in the Basque Country.
– Know the elder abuse risk factor.
– Have expert professionals apply screening tools.
– Develop and implement training on elder abuse for professionals working with older people.

Action

– Develop a strategic action plan.
– Develop and implement intervention to prevent elder abuse by professionals.

Evaluation

– Make a full report to the Health Care Inspectorate (in case of abuse by professionals).
– Assess lessons learned and take extra preventive measures in the home care services.
– Provide continuing support for the victim by a trusted person.

Informal home care

Awareness

– Develop and launch a public-awareness campaign on elder abuse.
– Develop a hotline for elder abuse.

Identification

– Develop a hotline for elder abuse.
– Know the prevalence of elder abuse in the Basque Country.
– Know the elder abuse risk factor.
– Have expert professionals apply screening tools.

– Develop and implement training on elder abuse for informal caregivers and older people themselves.

Action

– Develop a strategic action plan.
– Develop and implement intervention to prevent elder abuse by informal caregivers.

Evaluation

– Provide continuing support for the victim by a trusted person.

b) Germany

As part of a follow-up project to MILCEA, the MDS plans to develop a German model of a monitoring system designed to prevent elder abuse. There are different options for setting up such a system on the basis of existing responsibilities. The advantages and disadvantages are outlined below.

Introductory remark

Across Europe, the MILCEA project has identified various inadequate structures that need to be improved, in order to prevent the abuse of elderly people in need of nursing care. Germany is no exception to this. The positive and negative aspects for Germany can be summarised as follows:

– In all nursing-care settings there are rudimentary monitoring structures; these are found least of all in the purely informal nursing-care setting.
– There is no legal basis in Germany for the monitoring (supervision and evaluation) of the abuse of older people in need of nursing care. There is no institution that is directly responsible for preventing elder abuse.
– Responsibilities in the matter of elder abuse are neither regulated nor communicated.
– Professionals working in health care for the elderly have only a vague notion of the subject of elder abuse, or of the indicators and risk factors of such abuse.

- Existing procedures for identifying abuse in daily nursing care are not applied.
- Assessment instruments used by some providers (e.g. as part of internal quality management) only take account of some of the indicators and risk factors of abuse.
- While there are quality assurance mechanisms in place in Germany (Nursing Home Supervisory Authorities and Medical Service) for LTC that do include indicators and risk factors, the purpose of these mechanisms is to judge the quality of nursing care provided, rather than to identify abuse of older people in need of nursing care. Whether this present focus on the quality of nursing care clouds the view of elder abuse (rather than sharpens it) remains to be examined.
- As a result, there is widespread helplessness and lack of orientation among professional actors when elder abuse is identified. This leads to an accidental, rather than a targeted and systematic approach to the problem.

While child abuse is (rightly) an important subject debated by society, the abuse of people in need of care, and of senior citizens in general, is not so prominent. That is why a first step in preventing abuse is to alert those who have contact with possible victims of abuse in nursing care – i.e. professionals or voluntary assistants – to the problem: they must start to admit the possibility that abuse may occur in the environment in which they work. Comprehensive information and advanced training campaigns are therefore necessary, especially for members of the medical, social and nursing professions.

If abuse has occurred, the primary objective is to put an end to it. Responsibilities need to be defined and concepts for action need to be developed. Moreover, there must be points of contact that not only offer advice, but that can also arrange temporary accommodation, sleeping and nursing arrangements. In the Netherlands, this has already been introduced. In Germany, it would be opportune to include the many facets of the experience gained with shelters for battered women. Every situation that gives rise to abuse of an older person in need of care has to be analysed thoroughly, in order to identify the causes. Both the victim and the wrongdoer need help that highlights the alternatives and the prospects for a violence-free situation. If all these efforts turn out to be in vain, there must also be a legal mechanism for keeping the wrongdoer away from the victim. To this end, special competence for violence in the home environment should

be granted to family courts, so that they can ensure rapid action that is in the best interests of the victim.

Suggestions now follow on how the recommendations of the framework can be implemented in Germany and on which actors could assume specific responsibilities in this process. Various options are introduced, and their implementation is critically debated.

Option 1 – The State Home Supervisory Authority as a monitoring agent

In the setting of full inpatient LTC, it is the legal duty of the State Home Supervisory Authority to protect the interests and welfare of the residents of nursing homes. So far, the state of Hesse has been the only regional parliament to codify the right to receive nursing care free of abuse. The authority has administrative-law measures available to safeguard this right.

The advantage that the State Home Supervisory Authority has as a monitoring agent for elder abuse is its experience in handling precarious quality issues in long-term care and individual-case consulting, and its knowledge of the nursing-care trade. Moreover, it is authorised by administrative law to intervene to end situations that occasion abuse. To date, the State Home Supervisory Authority has not mounted any targeted investigations into elder abuse in nursing homes. This weakness may be addressed by measures that are relatively simple to implement: certain people who have contact with potential victims of elder abuse in the nursing home could be given an assessment tool to record risk factors and indicators of abuse. The information so gathered would be regularly transmitted to the State Home Supervisory Authority. The Supervisory Authority would provide the person who reports suspected abuse with feedback on its investigations within a fixed timeframe. The person who makes the assessment might be an informal representative of the interests of home residents (a so-called "home spokesperson") or it might be the person who holds the position of "elder abuse officer", to be newly created in each nursing home. The latter must be qualified in the subject, be employed by the home and be subject to professional confidentiality. Other possible assessors would be the staff of the medical service, physicians and pharmacists.

Taking a look at the more informal nursing-care setting (i.e. professional nursing support at an old person's residence), we find there

is no structure here that would parallel the one in the formal nursing-care setting, such as the State Home Supervisory Authority. There is no regular contact between a government supervising agent and those people who need care in their residential environment. This gap may be filled legislatively, simply by extending the competence of the State Home Supervisory Authority to include outpatient nursing care. Both the professional nursing care in the residential setting and the setting of informal care could be subject to supervision by the State Home Supervisory Authority if a case of elder abuse occurs; in the case of nursing care provided exclusively by family members, this might include the right/obligation for the State Home Supervisory Authority to approach the family court if it cannot gain access to investigate a suspicion of abuse.

In the case of nursing care provided at an older person's home, it would be a good idea to give those people who have regular contact with potential victims an assessment tool. The information gathered would be sent at regular intervals to the Supervisory Authority.

The people concerned may be members of the social services, outpatient nursing services or volunteers who, in the course of their activities, come into contact with older persons in need of care. Again, the assessors of the medical services who visit these households and physicians, pharmacists and other people in regular contact should be familiarised with these assessment tools.

Option 2 – Nursing-care consultants and nursing-care bases

Nursing-care bases, which are currently being set up, are another monitoring agent to prevent the abuse of older people in need of care. The consultants and nursing-care bases have the advantage of being close to the old people and of being experienced in providing consultancy, as well as of being familiar with the nursing-care trade. However, there are some disadvantages: the bases are not spread evenly throughout the country; they report to different sponsors; and they are not everywhere accepted by the population. Even the impartiality of the consulting service provided by them is sometimes in doubt. The most important disadvantage appears to be that the main sponsoring bodies of these bases are unwilling to accept the additional burden.

Option 3 – The communal care centre with extended range of tasks (this centre needs to be redesigned)

The communal care centre network has proved its worth over many years and exists throughout the country. An extension of its tasks is under discussion in connection with the redesign of care-control law ("from judicial to social care"). If the task of acting as a monitoring agent was entrusted to the communal care centre, this would have the advantage that the agent is experienced in providing consultancy, is familiar with the older people in need of care from its previous tasks (e.g. production of social expert opinions for the guardianship court) and has experience of cooperation with the family court. Since it is a communal agency at the interface between social matters, health and the family court, it is also independent. The disadvantage is that communal care centres will generally not be in a position to handle the added task of monitoring elder abuse without extra personnel.

A short digression on staffing policy in the field of assistance to the elderly in certain municipalities

People get older and develop a need for nursing care in towns and municipalities. Politico-economic decisions have, in some regions of Germany, resulted in the old, traditional forms of trans-generational family nursing care no longer being feasible: older people (and others in need of care) cannot always be nursed by their children or other members of their family, as the requirements of the labour market and the need to be mobile and flexible mean that younger people have to live and work far away from their increasingly frail parents. There are scarcely any structures in place to support and nurse the parental generation and to provide it with care. Under their communal obligations to provide services to the public, those towns and municipalities in economically underdeveloped regions that have a reduced number of jobs available are faced with a growing problem, which is intensified by the trend towards the single-person household, where even a spouse or live-in companion is lacking.

In recent decades, towns and municipalities have been successful in their efforts to rationalise services – which has also entailed substantial cuts in personnel. In many instances, agencies that assisted senior citizens were slimmed down (or even abolished) in the wake of the introduction of compulsory long-term care insurance. Much the same fate has befallen many points of contact and advice for old people and people in need of care in rural areas. In view of the demographically driven structural changes in towns and municipalities, the administrations of those towns and municipalities will have to ask

themselves (or allow the question) how adequate their old (or new) control instruments are in responding to these demographic changes.

Whatever they may say officially about empty coffers, towns and municipalities will need to bite the bullet and introduce changes to the concept and the staffing of services for the elderly. Instead of resorting to the well-worn rhetoric of "depleted resources", local authorities will need to meet the task head on, with future-oriented concepts that are capable of withstanding the demographic challenge. It should make no essential difference whether the new tasks posed by an aging society that depends on support and assistance are handled in a town or municipality by an existing organisation or are focused in a new organisational unit.

Option 4 – "Agency for the Welfare of the Elderly and Applied Demographics"

The advantages of concentrating monitoring tasks in the hands of a new agency are evident: the traditional tasks of a municipality in the field of "service to the elderly and to seniors" are bundled in with the task that results from the "demographic challenge". It would thus be possible to adapt the communal tasks in the field of service to the public to the changed age structure of the population. Positive experience gathered by youth welfare services appears to be transferable to traditional services for the elderly, in terms of a redesign of the latter's tasks. As a consequence, the old and the newly defined tasks can be aligned. The synergies generated by an agency set up in this way should outweigh the red tape; at least this should be explored scientifically.

Option for a national agency for collecting and evaluating data with regular reporting

A monitoring agency with a proven track record working with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities is the independent German Institute for Human Rights in Berlin.

Outlook for Germany

The recommendations resulting from the MILCEA project should be evaluated in Germany in a range of towns and municipalities with different structures. The four options described above should be considered as framework recommendations that can be adapted locally.

It is necessary (and therefore desirable) that Germany should gather experience of the project as soon as possible, so that the country has a research basis on which to take further steps towards a system for monitoring and preventing elder abuse. Time and the distress of many elderly people are pressing issues.

Acknowledgments: Sincere thanks are given to all the national experts of the participating countries and the partners of the MILCEA project.

****

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

KIMMEL A; SCHEMPP N; BRUCKER U: "Elder abuse in Long Term Care: Results of an actor analysis for Germany". In: E Needham, I., McKenna; K., Kingma, M. & Oud, N. (Eds.). Violence in the Health Sector. Proceedings of the Third International Conference on Violence in the Health Sector 24 – 26 oct 2012 in Vancouver Canada. Linking local initiatives with global learning). Amsterdam: Kanvanah 2012; 81-84

PEREZ-ROJO G ET AL. "Identification of elder abuse risk factors in community settings". International Journal of Clinical and Health Psychology, 2008, 8: 105-117

WHO Regional Office for Europe (Ed.) European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen 2011

More information about the MILCEA project will be found on the homepage; also with information in Spanish language: www.milcea.eu

Programa Daphne Stop V.I.E.W. contra la Violencia hacia las Mujeres

V.I.E.W. Daphne Program to stop violence towards Elderly women

Carmen SÁNCHEZ MORO
Socióloga
Universidad Pontificia de Salamanca
carmensmoro@outlook.com

Julia PÉREZ CORREA
Presidenta de UNAF (Unión de Asociaciones Familiares)
presidencia@unaf.org

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 361-381)
Fechas: Entrada: 20-03-2013; Aceptado: 16-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El articulo hace referencia al desarrollo del Proyecto Europeo Daphne: "STOP V.I.E.W. Violence Against Elderly Women", cuyo objetivo general es visibilizar la problemática de los malos tratos y violencia contra las mujeres mayores y las consecuencias del fenómeno, y ayudar a crear más conciencia y sensibilidad acerca de las necesidades y las dificultades de las mujeres mayores, para proveerles mayor protección en las situaciones de abuso y promover acciones preventivas frente a las situaciones de riesgo.

PALABRAS CLAVE

Maltrato, Violencia de Género, Mujeres Mayores, Factores de Riesgo. Prevención, Protección Social.

ABSTRACT

The article refers to the development of the Daphne European project: "STOP V.I.E.W. "Violence Against Elderly Women", whose general objective is to make visible the problem of abuse and violence against elderly women and the consequences of the phenomenon, and to create more awareness and sensitivity about the needs and difficulties of elderly women, in order to provide them with greater protection in situations of abuse, promoting preventive actions against situations of risk.

KEY WORDS

Abuse, Violence, Older Women, Risk Factors. Prevention, Social Protection.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

INTRODUCCIÓN

El presente artículo hace referencia al desarrollo por parte de la UNAF, en España del Proyecto Europeo Daphne: "STOP V.I.EW. Violence Against Elderly Women", cuyo objetivo general es visibilizar la problemática de los malos tratos y violencia contra las mujeres mayores y las consecuencias del fenómeno, y ayudar a crear más conciencia y sensibilidad acerca de las necesidades y las dificultades de las mujeres mayores, para proveerles mayor protección en las situaciones de abuso y promover acciones preventivas frente a las situaciones de riesgo.

La UNAF Unión de Asociaciones Familiares) es una ONG que trabaja en el fomento y defensa de los derechos y el bienestar de las familias ( ) con especial atención a aquellas familias en riesgo de exclusión social, por ello la UNAF ha decido participar en el Programa Daphne Stop V.I.E.W. "Stop a la Violencia Contra Las Mujeres Mayores."

Siguiendo la estructura del proyecto por flujos de trabajo, en el artículo partiremos del análisis del estudio diagnóstico de la etapa inicial del proyecto para describir posteriormente cada uno de los flujos de trabajo y de las acciones realizadas y resultados obtenidos en cada una de ellos.

EL PROGRAMA DAPHNE STOP V.I.EW "STOP A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES MAYORES."

Los programas Daphne son programas de acción comunitaria que tienen como objetivo contribuir a garantizar la protección de niños/as, adolescentes y mujeres contra la violencia, previniéndola y prestando apoyo a sus víctimas con el fin de evitar futuras exposiciones a la misma. También tienen por objeto ayudar y favorecer a las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras organizaciones activas en este terreno a contribuir al bienestar social. Todo ello mediante acciones trasnacionales de intercambio, cooperación y sensibilización.

En concreto, la razón para este Programa Daphne Stop VI.E.W (Stop a la violencia contra las Mujeres Mayores), es que cada día millones de mujeres de todas las edades y clases sociales sufren abuso sexual, físico, psicológico y económico, tanto fuera como dentro del

hogar y a manos de sus parejas, miembros de la familia, conocidos, etc. A través de este proyecto se trata de aumentar la sensibilización sobre el fenómeno de la violencia contra las mujeres mayores intercambiando análisis, experiencias y buenas prácticas a nivel nacional y trasnacional.

La dimensión europea del proyecto, a través de los socios de los seis países participantes, ha permitido constituir una red de intercambio de experiencias y conocimientos sobre el tema de la violencia y malos tratos a mujeres mayores, que para todos representaba un objetivo, reforzando los propios conocimientos y prácticas, en algunos casos más próximos a la realidad de las personas mayores como en el caso de AUSER Lombardia (Italia), ANJAF (Portugal) y ZDEUS (Eslovenia), en otros su cercanía a la problemática de género como CNIDFF (Francia), BGR (Bulgaria) y UNAF (España).

Los objetivos del proyecto y las directrices que han guiado la acción conjunta de todos los países y socios participantes son:

- Dar visibilidad social a este problema a través de un programa de concienciación, información y comunicación. Solicitar una mayor atención y sensibilidad sobre el problema

- Preparar a las organizaciones e instituciones en la labor de desarrollar nuevos enfoques y herramientas de actuación.

- Establecer redes de apoyo social e implementar iniciativas de apoyo y auto-ayuda para aumentar los niveles de seguridad y solidaridad en los lugares donde las mujeres mayores viven y se socializan, con la implicación directa de las beneficiarias y las asociaciones.

- Y difundir los resultados para estimular un intercambio social más amplio, promoviendo la transferencia de las experiencias positivas y extendiendo la red de colaboración a nivel nacional y de la Unión Europea.

El programa Daphne se organiza por flujos de trabajo, con una serie de tareas asignadas y metodología para desarrollarlas, de forma que el resultado de cada flujo sirva como base de trabajo para el siguiente. Describiremos brevemente las acciones y resultados de cada uno de ellos.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. LA VIOLENCIA Y MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES: UN PROBLEMA OCULTO E INVISIBILIZADO

La elaboración del Estudio-Informe sobre la Violencia contra las Mujeres Mayores en España, constituye el primer requerimiento que cada organización a nivel nacional debe realizar, en este caso la UNAF, en la programación del flujo de trabajo (WS1), para el desarrollo del Proyecto marco anteriormente señalado. En primer lugar, los países participantes en el proyecto llevaron a cabo una Investigación de Diagnóstico, para conocer cuál era la situación en cada uno de ellos.

En nuestro país, se realizó un estudio-informe sobre la problemática de los malos tratos en mujeres mayores, a partir de la recopilación y análisis de contenido de Fuentes Documentales y Estadísticas, Análisis de legislación, Entrevistas a Informantes Claves: de las áreas de mujer, violencia de género y personas mayores y Grupo de Discusión con mujeres mayores víctimas de violencia de género.

El estudio ha hecho hincapié en los datos estructurales del proceso de envejecimiento como un aspecto importante en el fenómeno de los malos tratos a personas mayores y en particular en el caso de las mujeres.

Europa está envejeciendo, en España el porcentaje de la población mayor de 65 años es el más alto de toda Europa, ha crecido del 10,58% en el año 1975, al 17,36% en el año 2010. Se espera que para el año 2050 el porcentaje sea del 35,7%. Lo anterior quiere decir que una de cada tres personas en España tendrán más de 65 años para entonces, y entre estas las mujeres son más que los hombres, el incremento de la esperanza de vida y de los mayores de 80 años hace que cada vez sean más los años que pasan las personas ancianas en situación de dependencia. Lo que se ha dado en llamar "sobreenvejecimiento", es un fenómeno sobre todo femenino.

El progresivo envejecimiento de la población y su repercusión en las situaciones de dependencia funcional y emocional, favorecen que las personas mayores hayan devenido en uno de los grupos sociales más susceptibles de sufrir situaciones de abuso, malos tratos y/o violencia. Los riesgos de maltrato son más altos para las personas ancianas y específicamente para las mujeres, y son el resultado de una

compleja interacción entre aspectos individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

La discriminación por edad, también conocida por el término inglés ageism (Butler),[1] (que a su vez ha sido traducido al español por la Comisión Europea como «edadísmo»), es la estereotipificación y discriminación contra personas o colectivos por motivo de edad. Engloba una serie de creencias, normas y valores que justifican la discriminación de las personas en base a su edad. Entre estas ideas se encuentra, por ejemplo, la de que las personas mayores pierden poder y control sobre sus vidas con la edad, así como la percepción de los ancianos como frágiles, débiles y dependientes. Todo esto facilita que otras personas abusen de ellos, y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación

En la actualidad, la imagen que se construye en torno al proceso de envejecimiento es una imagen dotada de connotaciones negativas, asociándose a pasividad, enfermedad, deterioro y carga social. Es la invisibilidad social la que promueve la vulnerabilidad de las personas de edad, a través de las múltiples dependencias que generan, desde las económicas hasta las emocionales, pasando por las instrumentales.

La declaración de la OMS define los malos tratos a las personas mayores como: "Acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión ". [2]

Según INPEA (Red Internacional de Prevención del Abuso contra las Personas Mayores), cabe suponer que los datos de incidencia y prevalencia reportados son apenas la punta del iceberg y se reconoce que el abuso contra las personas mayores, es el menos conocido a nivel mundial y que su prevalencia es inestimable por el momento debido a los numerosos factores que propician el sesgo

[1]Butler, Ageism a foreword –Journal of Social Issues -36-8-11

[2] Declaración de Toronto- Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Organización Mundial de la Salud. INPEA (Red Internacional de Prevención del Abuso contra las Personas Mayores) Toronto, 17 de Noviembre de 2002.

Según cita T.Bazo en su artículo "Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores"[3] diversas investigaciones realizadas señalan los siguientes porcentajes de prevalencia de malos tratos en personas mayores: Boston (1988), 3,2%; Canadá (1992), 4%; Finlandia (1992), 5,4% e Inglaterra (1993), 8,8%

Dentro del marco del programa DAPHNE un estudio realizado para analizar la prevalencia de la violencia contra las mujeres mayores en Austria, Bélgica, Finlandia, Lituania y Portugal. AVOW European Research Report,[4] señala como resultado global que un 28,1% de las mujeres de edad había experimentado algún tipo de violencia o abuso.

Por tipos de violencia ejercida la emocional fue la forma más común (23,6%); seguido por la económica (8,8%); violación de derechos (6,4%); y negligencia en el cuidado (5,4%). El abuso sexual (3,1%) y la violencia física (2,5%) fueron las formas menos frecuentes.

En una mayoría de los casos los autores de los supuestos más frecuentes de violencia eran las propias parejas o sus cónyuges. La excepción son los casos de negligencia, donde las mujeres mayores fueron maltratadas por sus hijos adultos u otros familiares de manera más habitual.

En nuestro país, existen escasos estudios relativos a la problemática de la violencia en las personas mayores y menos aún focalizados en mujeres mayores. Todos ellos presentan metodologías muy diferenciadas que impiden una comparación de sus resultados: T.Bazo (2001); Riso, Jiménez, Paniagua, Labrador, Molina Buitrago (2005); Pérez Cáceres et al, (2008); Pérez Rojo, Izal y Montoro (2008); Iborra,I. Centro Reina Sofía (2008). Garcia Olmo (2009); Sancho,T et al. Fundcón. (INGEMA) Uvdad. Autónoma de Madrid (UAM) (2011).

Los estudios realizados en España apuntan a que la incidencia global del maltrato a ancianos oscila entre el 4% y el 5% siendo las

[3] Este artículo es muy recomendable por la visión global que proporciona. Bazo, Teresa, "Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores", publicado en *El Maltrato a Personas Mayores*, Cuesta Arzamendi, José Luis editor, Instituto Vasco de Criminología, 2006.

[4] Prevalence study of Abuse and Violence against Older Women (AVOW Daphne III programme, Ministry for Social Affairs and Health (Finland)

formas más frecuentes la negligencia y el abuso emocional –en todas sus formas– y las menos frecuentes, el maltrato físico y abuso sexual.

Igualmente, existen pocos datos y muchas dificultades para investigar e intervenir sobre el maltrato institucional, cuyas formas de expresión más comunes son la contención física/ataduras (con una tasa de uso aproximada del 40% en España) y la contención química a base de fármacos psicoactivos.

Factores de riesgo

Aunque existen diferencias considerables entre los países con respecto a las tasas de prevalencia si existen unas características comunes en todos ellos.

Por ejemplo, existe una asociación significativa entre la violencia y una menor salud física, enfermedad mental, hogares con bajos ingresos y falta de participación en la vida social. Hallarse en situación de dependencia que lleva asociada, en muchos casos, una capacidad limitada de comunicación, son variables que incrementan de manera sustancial la posibilidad de ser víctima de malos tratos. En el estudio de Isabel Iborra Marmolejo titulado "Maltrato de personas mayores en la familia en España" 5se indica que "un 0,8% de la muestra total estudiada sufre maltrato, porcentaje que se eleva a un 1% en las personas con dependencia moderada, al 2'2% en caso de severa y al 2,9% en el caso de gran dependencia".

Por otra parte el incremento de la esperanza de vida hace que cada vez sean más los años que pasan las personas ancianas en situación de dependencia y con tiempos de cuidados muy dilatado que ocasiona sobrecarga familiar continua, generándose estrés, trastornos psicológicos, adicciones y otras situaciones en los/as cuidadores que incrementan la posibilidad de malos tratos y violencia.

Tener escasos ingresos económicos impide el acceso a servicios de calidad de cuidados residenciales o en el propio domicilio e incluso a los propios servicios, entre otras posibles consecuencias. También puede generar dependencia económica de la familia. Esta falta de

[5] IBORRA MARMOLEJO, Isabel, (2008). "Maltrato de personas mayores en la familia en España", Centro Reina Sofía, Valencia.

autonomía económica favorece el incremento de la relación de "sumisión" a la familia cuidadora y el silencio de las personas mayores maltratadas que tienen que aguantarse ante la situación.

Entre los elementos que caracterizan a las víctimas destacan el ser mujer, de mayor edad, con mayor grado de dependencia y deterioro, aislamiento social y falta de apoyo. La confluencia de factores como el género y la edad hace que las mujeres mayores se conviertan en un grupo con un alto riesgo de sufrir algún tipo de maltrato.

Para las mujeres mayores pertenecer a un determinado género está asociado, no sólo a una desigualdad que han arrastrado durante toda su vida sino que, por causa de esa desigualdad, están en mayor riesgo que los hombres de ser sujeto de violencia, y de sufrir más intensidad y tipos de violencia diferentes, de haber sufrido una mayor violencia durante su vida y presentar secuelas de esa violencia."

La invisibilización es por tanto doble: Por ser sujeto de una violencia aún prácticamente invisible y por no estar recogida su especificidad de género.

La incorporación de la perspectiva de género en la comprensión del maltrato y violencia contra mujeres mayores

La perspectiva de género, todavía escasamente utilizada en los estudios relativos al envejecimiento, es un enfoque importante que ayuda a comprender las dinámicas sociales; La mirada de género ha sido relevante en el proyecto Stop V.I.E.W. y de gran utilidad para subrayar la especificidad del envejecimiento y las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en las fases de la vida.

El envejecimiento afecta de forma diferente a hombres y mujeres, ya que a lo largo de su vida adaptaron roles diferentes. Las mujeres tienen más posibilidades de enviudar y quedarse solas, tienen peor situación cultural y económica, algunas de ellas en situación de pobreza, aspectos todos ellos que las hace más vulnerables, las mujeres están en mayor riesgo que los hombres porque están en mayoría entre las personas mayores y también entre las más frágiles. Como

señala T Bazo 6 "Las mujeres mayores sufren malos tratos en más cantidad e intensidad y el daño potencial para ellas es mayor"

Ser mujer es, desgraciadamente, un factor de alto riesgo de poder ser víctima de abuso y malos tratos; Pero además las mujeres mayores pueden sufrir, "violencia de género", una forma específica y diferenciada de los malos tratos a personas mayores.

Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres, por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión, una violencia que se manifiesta en lo cotidiano de las relaciones, y que, por lo tanto, permanece o ha permanecido invisible, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y en la que el peso de una cultura patriarcal y la presencia de rígidos estereotipos sobre lo femenino y masculino, concurren a crear factores de riesgo de violencia en el ámbito familiar, especialmente a manos de la pareja o ex pareja.

La violencia de género, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. La violencia de género se produce en todos los ámbitos de las relaciones personales, comprende cualquier agresión física y/o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, sobre las mujeres y es utilizada por el hombre para ejercer su poder y mantener la subordinación.

Es importante reconocer las características propias y necesidades de las mujeres mayores que sufren violencia, ya que pueden tener implicaciones significativas en su comportamiento y reacción ante el maltrato, así como para la provisión de servicios y apoyo. Las mujeres ancianas son un grupo vulnerable porque tienen más dificultad para defenderse, solicitar ayuda, saben menos de sus derechos e incluso a menudo han sufrido años de maltrato repetido, permaneciendo en silencio y ocultando la Violencia de que eran objeto, por ello sienten miedo a denunciar y a tener que rehacer sus vidas y romper con sus familias, responsables de los malos tratos, y en muchos casos no pueden reconocerse en las formas de violencia, porque consideran el

[6] BAZO, Teresa (2001). "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España", publicado en *Revista española de geriatría y gerontología*, Vol.36, Nº1: 8-14.

maltrato de familia como un modo de relación o porque viven de manera demasiado dolorosa el tener que admitir el abuso en el interior del propio hogar. Por otra parte existen pocos recursos para dar respuesta a las necesidades de las mujeres mayores y los servicios existentes pueden no ser apropiados para estas.

Barreras para la detección del maltrato

Como señala M, Tabueña [7] -"El silencio, tanto de las propias víctimas como de los profesionales y de la sociedad en general, es cómplice de los malos tratos. En nuestro entorno, la persona mayor no suele denunciar su situación a causa de su falta de información, de su capacidad limitada de comunicación, de la débil posibilidad de que sea creída, y también por la desconfianza en el proceso jurídico, entre otros factores".

Ciertas personas mayores pueden no ser conscientes de la situación de maltrato que están viviendo. En los casos en los que sí son conscientes, pueden estar interviniendo otros factores como los sentimientos de vergüenza, tristeza e impotencia, que les llevan a ocultar la realidad de su maltrato. Además, estas personas mayores (sobre todo en el caso de las mujeres) consideran que hablando del maltrato sufrido pueden contribuir a dañar la convivencia familiar.

Este "silencio", más el "afecto familiar" y el "estigma social" que supone reconocer malos tratos en la propia familia, son hechos clave para explicar la disparidad entre los estudios objetivos realizados en los propios colectivos de personas mayores españolas que apuntan a tasas bajas de violencia.

Mejorar la sensibilización de la sociedad, de los profesionales y de las propias personas mayores respecto a las características, los riesgos y las consecuencias de los malos tratos es una de las medidas más eficientes de prevención y evitarlos. No se puede tratar aquello que se desconoce.

Siguiendo la estructura del proyecto por flujos de trabajo, y teniendo en cuenta los resultados del análisis del estudio diagnóstico de la etapa inicial del proyecto, anteriormente expuestos, describiremos

[7] TABUEÑA LAFARGA, Mercè (2009). "Los malos tratos a las personas mayores". Obra Social, Caixa Catalunya.

a continuación cada uno de los flujos de trabajo y de las acciones realizadas y resultados obtenidos en cada una de ellas .

2. DIVULGACIÓN, INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El escaso conocimiento del fenómeno comporta la necesidad de estimular la atención por parte de las instituciones y de las organizaciones sociales que se ocupan de las personas mayores, proveyéndoles un cuadro más sistémico del problema.

Han sido numerosas las demandas y ocasiones de presentar públicamente los resultados del informe y el proyecto Daphne, a través de encuentros internacionales, jornadas, medios de comunicación, artículos, etc., entre las que cabría destacar las siguientes:

- 5 Reuniones trasnacionales del proyecto Daphne Stop V.I.E.W. celebradas en cada uno de los países participantes (concretamente en Milán, Lisboa, París, Liubliana, Madrid)
- Jornada 'Dependencia en Personas Mayores: por una Atención Personal y Digna', organizada por UNAF y la Asociación INTRESS el 6 de octubre de 2011 en Mallorca.
- VI Jornadas sobre Violencia de género: Miradas de género", organizadas por Cruz Roja Española días 9,10 y 11 Mayo 2012. Madrid
- "Jornadas sobre Malos Tratos y Violencia contra las Mujeres Mayores", organizadas por UNAF en IMSERSO con motivo del Día Internacional contra los Malos Tratos a Personas Mayores. 15 de junio de 2012.Madrid
- "Jornadas sobre violencia contra las mujeres mayores. El trabajo de las Asociaciones". Organizada por UNAF y Unidad de Igualdad de la Universidad Complutense de Madrid. 19 de Octubre 2012. Madrid.
- Conferencia sobre violencia de género y mujeres mayores" dentro de los actos en torno al 25 de Noviembre, Día Internacional contra la Violencia a las Mujeres. Organizadas por el Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz.

- Conferencia final Europea de presentación de resultados y de la prospectiva del proyecto Daphne Stop V.I.E.W., Milán, 29 Enero 2013

Asimismo se han editado diversos materiales divulgativos del programa (folletos, video, postales, etc..) que han sido difundidos a través de las distintas acciones llevadas a cabo durante el desarrollo del programa.

3. GRUPOS DE SENSIBILIZACIÓN Y GRUPOS DE FOCO

Se han realizado 4 grupos focales para promover una reflexión compartida entre expertos, profesionales y agentes sociales (de servicios sociales y socio-sanitarios, organizaciones y asociaciones de personas mayores y mujeres, organizaciones de voluntariado, etc.) sobre la naturaleza, formas y consecuencias de la violencia hacia las personas mayores, y promover el debate sobre posibles acciones integradas para apoyar la protección y la prevención. En ellos han participado 45 personas en representación de distintas entidades e instituciones[8].

Los grupos focales han constituido una metodología cuyos objetivos eran:

- Fomentar la reflexión compartida sobre las medidas de protección, apoyo y prevención. sobre las experiencias y buenas prácticas existentes.
- La acción también sirve como preparación para el flujo de trabajo WS4 (talleres de formación)
- Promover un debate transnacional en torno a una serie de ejes temáticos.

[8] FEVOCAM (Plataforma de voluntariado de la Comunidad de MADRID), Ayto Madrid D.Gral. de Mayores y Atención Social y D. Gral. Igualdad de Oportunidades FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias), FEDERACION LARES (Fed. de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores) INGESS (Instituto de Formación en Gerontología y Servicios Sociales), SEGG (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología).

La implicación de expertos, profesionales en los debates sobre el tema del envejecimiento, malos tratos a personas mayores y violencia de género, han resultado de gran utilidad para el proyecto; la riqueza de las ideas y experiencias, la capacidad proactiva para identificar nuevas formas de trabajar en los servicios y en las estructuras de atención y cuidado y la búsqueda de instrumentos adecuados de escucha y apoyo a las mujeres mayores víctimas de violencia han puesto de manifiesto la necesidad de trabajar en red y de incorporar la perspectiva de edad/género en la intervención social y en la relación de ayuda.

Además han servido como instrumento para la participación e intercambio de conocimientos y experiencias, por la diversidad de instituciones y organizaciones, profesionales y agentes sociales que han intervenido en los mismos, favoreciendo la creación de redes a diferentes niveles:

- Interinstitucional, Participación de diversas instituciones del sector público, privado , y tercer sector (Asociaciones, Ongs),
- Interáreas; Área Personas Mayores, Área de Mujeres y Violencia de Género, área de Salud, Servicios Sociales, etc…
- Interdisciplinar: Diversidad de profesionales y agentes sociales (trabajadoras /es sociales, psicólogas/os, médicos/as, ATS, agentes de igualdad, voluntariado, educadores /as, gerentes de residencias, etc.

Los grupos focales han constituido una maravillosa oportunidad de escuchar e integrar las perspectivas, necesidades, dificultades y fortalezas de personas que están interviniendo directamente sobre el fenómeno desde muy diversos lugares y que en muchas ocasiones lo hacen en completa desconexión entre ellos. Esto ha propiciado la creación de redes y contactos entre profesionales que a través de la participación en el programa han entrado en contacto desde un lugar común.

En segundo lugar hay que destacar como una de las mayores aportaciones del proyecto, la inclusión de la Perspectiva de Género y la Perspectiva de Edad para integrar las metodologías. La integración de ambas perspectivas fue algo muy valorado y que de alguna manera ayudó a tomar conciencia tanto a los/as profesionales y voluntarias/os que habitualmente trabajan con población mayor como a aquellas/os que lo hacen con mujeres.

Es importante destacar también que el contacto entre profesionales de diversas áreas, con metodologías y abordajes diferentes e incluso con recursos de apoyo diferentes, ha posibilitado la creación de un espacios de debate sobre las formas de intervenir y sus dificultades tanto entre compañeros/as como entre personas de diversas instituciones que esperamos fructifiquen en la creación de redes de trabajo.

Se hace necesario en este momento del proyecto visibilizar de cara a las entidades participantes a nivel nacional y transnacional la importancia y la validez de estas iniciativas, que no solo crean un lazo común entre organizaciones de diversos países sino que además ayudan a desarrollar flujos de información y redes de trabajo común que, transcendiendo el mundo de lo teórico, tienen un impacto real en la vida de las personas; en este caso en el de las mujeres mayores.

4. TALLERES DE FORMACIÓN

En función de los objetivos propios del Proyecto STOP V.I.E.W., se han realizado talleres de formación dirigidos a profesionales y voluntariado que trabajan y/o colaboran en el ámbito de las personas mayores y/o violencia de género, con el fin de aumentar su conocimiento y competencias de manera que puedan desarrollar nuevas medidas de detección de la violencia y de protección de las mujeres mayores.

A través de estos talleres se pretendía:

- Fortalecer y reforzar los conocimientos y técnicos y las competencias de los/as trabajadores/as y voluntarios/as que trabajan con personas mayores, con el fin de desarrollar y practicar modelos y alternativas para proteger a las mujeres de edad e identificar mujeres en situación de riesgo. Difundir y visibilizar la problemática de la violencia y malos tratos contra las mujeres mayores y promover una mayor sensibilidad sobre el problema.
- Ofrecer una formación teórico-práctica sobre la problemática de los malos tratos y violencia contra las mujeres mayores, a través de la perspectiva de la edad y el género.

- Fomentar el desarrollo de equipos de trabajo multiprofesionales congruentes y comprometidos con la prevención y lucha contra los malos tratos y violencia contra las mujeres mayores y la promoción de una cultura de buen trato y protección hacia éstas

Teniendo en cuenta los resultados e indicadores de los grupos focales y directrices emanadas de los encuentros internacionales entre los socios participantes, se definieron como temas ejes transversales de toda la acción formativa: El envejecimiento y la perspectiva de género, los malos tratos a personas mayores y violencia hacia mujeres mayores. El objetivo era desarrollar una mirada en profesionales y voluntarios/as que atienda a la especificidad de las mujeres mayores y rompa con la doble invisibilidad. Los contenidos, aunque necesariamente contenían una base teórica sólida, estaban orientados a la práctica, facilitando herramientas para la intervención y haciendo especial hincapié en la relación de ayuda y escucha activa.

En total se han llevado a cabo siete acciones formativas en las que han participado 125 personas de diferentes profesiones (médicas, ATS, trabajadoras sociales, psicólogas, policías, agentes de igualdad, voluntarios/as, operadores de call centers…) de diversas entidades e instituciones[9].

5. GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Por último se han organizado cuatro grupos de ayuda y apoyo mutuo con mujeres mayores de 65 años. Con el fin de fortalecer las redes de acción social y de ofrecer a las mujeres mayores lugares y oportunidades para fortalecer su autoestima y la conciencia de grupo, e implementar iniciativas de auto-organización y solidaridad.

[9] COMUNIDAD DE MADRID: Servicio Regional de Bienestar Social, Centro Formación Servicios Sociales; Escuela de Voluntariado. AYUNTAMIENTO DE MADRID. Dirección General de Mayores y Atención Social, Centros de Mayores y Centros de Servicios Sociales; DIRECCION GENERAL DE POLICIA; ASOCIACIÓN MENSAJEROS DE LA PAZ; CRUZ ROJA ESPAÑOLA.

En ellos han participado 60 mujeres, en 10 sesiones de trabajo realizadas a lo largo de tres meses, realizados en contextos diversos (centros de personas mayores, asociaciones, voluntariado etc…)[10] con la metodología del grupo de ayuda mutua, coordinados por expertos.

Los grupos de autoayuda son un método de intercambio de experiencias comunes. El proyecto pretendía probar esta herramienta para comprobar su eficacia en el campo de las mujeres mayores como forma de prevención y auto-protección contra el abuso o el riesgo de abuso.

El tema central de los grupos era la fragilidad de ser mujer en la edad anciana…. a traves del que se abordaba la vivencia del envejecimiento desde una perspectiva de género, y los factores de riesgo que pueden producir violencia o malos tratos, asi com o los factores de proiteccion para hacer frebnte a estos.

Los grupos han informado, sensibilizado y creado lazos y han ayudado a:

- Fomentar la solidaridad y evitar situaciones de aislamiento, ayudando a enfrentar temores, sentimientos de culpa y soledad.
- Informar y sensibilizar acerca de los malos tratos y violencia hacia las mujeres mayores favoreciendo la conciencia de sí misma y del entorno, y a nombrar la violencia sufrida u observada.
- Orientar acerca de las fortalezas y resiliencia de las propias mujeres para afrontar situaciones de riesgo y asesorar sobre los recursos y servicios a los que acudir o derivar los casos de violencia sufridos u observados.

Teniendo en cuenta la utilidad de los grupos para las propias mujeres y tambien para los operadores y agentes sociales y servicios, la UNAF editará una "Guía para profesionales para el trabajo en grupo, con perspectiva de género, para la promoción del buen trato con mujeres mayores".

[10] AYUNTAMIENTO DE TORREJÓN DE ARDOZ: Concejalía de Mujer, Concejalía de Personas Mayores. Centro abogados de Atocha; AYUNTAMIENTO DE MADRID, Centro de Mayores Acuario **Distrito** de Barajas; ASOCIACIÓN MENSAJEROS DE LA PAZ, Teléfono Dorado.)

Por otra parte se estableció un servicio de Counseling, orientacion individual, de grupo y telefónico[11], a través del que se ofrecía , escucha activa, apoyo pisocológico, ayuda, análisis de casos , informacion y orientacion y formacion acerca de violencia de género para un grupo de voluntariado del Teléfono Dorado.

A traves de este servicio se han atendido 60 demandas individuales principalmente en consulta psicológica y un grupo de formación/ orientación sobre violencia de género para voluntariado del Teléfono Dorado, en el que han participado 16 personas.

En el cuadro adjunto se puede observar un resumen de las acciones realizadas a lo largo del desarrollo del Programa y el número aproximado de participantes. Asimismo hay que destacar y agradecer la implicación y colaboración de un gran número de instituciones, entidades, asociaciones tanto públicas como privadas y de profesionales de las mismas, gracias a las cuales ha sido posible la realización de las mismas.

Cuadro resumen de las acciones realizadas y número de participantes

	Numero	nº de participantes
Grupos focales	4	44
Talleres de formación	7	137
Grupos de autoayuda	4	60
Counseling		60+16
Jornadas de sensibilización	5	500
Jornadas transnacionales	5	

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

- La prevención del maltrato de las personas mayores en un mundo que envejece nos concierne a todos. Por ello es necesario promover esfuerzos multidisciplinares y coordinados, desde diversos ámbitos y sectores. Es necesario actuar sobre los factores de riesgo y promover también factores de protec-

[11] En colaboración con la Federación de Mujeres Progresistas de Madrid

ción y resiliencia tanto en las potenciales víctimas y responsables de los malos tratos como en la comunidad.

- Es necesario continuar profundizando en los estudios que tratan el tema, tratando de homogeneizar criterios e indicadores que permitan una detección y estimación fiable del problema.
- Hay que incorporar la perspectiva de género que permita evidenciar las desigualdades de género que afectan el ser mayor de manera diferencial a hombres y mujeres.
- Es necesario visibilizar los problemas y las demandas de las mujeres mayores que sufren violencia, ya que pueden tener implicaciones significativas en su comportamiento y reacción ante el maltrato, así como para la provisión de servicios y apoyo.
- Es necesario proporcionar apoyo, formación y asistencia a las personas cuidadoras, para evitar que la sobrecarga y el queme, puedan incidir en una inadecuada atención o maltrato a las personas mayores asistidas.
- Las respuestas para las víctimas deben ser reforzadas y adaptadas a las características de su edad y condición. Los servicios de atención a las personas mayores deben estar más centrados en la persona que en el funcionamiento de la organización.
- La formación y el entrenamiento de profesionales y del personal en la detección, el cuidado y la rehabilitación es fundamental para asegurar la atención y el cuidado de las personas mayores
- Provisión de soporte y apoyo social, ya que como se desprende del análisis que hemos venido haciendo, uno de sus principales problemas es el aislamiento y la falta de redes de apoyo formales e informales. En este sentido, las asociaciones pueden constituir una fortaleza o factor de protección y mediación como soporte y apoyo social.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AYUNTAMIENTO DE MADRID (2010) "Buen Trato a las Personas Mayores". Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, Dirección General de Mayores.

BAZO, Teresa (2001). "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España", publicado en Revista española de geriatría y gerontología, Vol.36, Nº1: 8-14.

BAZO, Teresa (2002). "Trato inadecuado a personas mayores" Áraba, Diputación Foral.

BAZO, Teresa, (2006). "Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores", publicado en El Maltrato a Personas Mayores, Cuesta Arzamendi, José Luis editor, Instituto Vasco de Criminología.

BARBERO GUTIÉRREZ, Javier y Antonio MOYA BERNAL, (2005). "Malos tratos a mayores. Guía de Actuación" Madrid, IMSERSO.

BUTLER, Robert N., (1980). "Ageism: A Foreword" publicado en Journal of Social Issues, 36: 8–11.

COMA SOLÉ, Montserrat, Jordi MUÑOZ IRANZO y Mercé TABUERGA LAFARGA (2009). "Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores" Obra Social de Caixa Catalunya. [Consultada: 30/06/2011].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/eima-
.

GÓMEZ MARTÍN, María del Puerto; DÍAZ VEIGA, Pura; BERMEJO García, Lourdes; et al. (2011) "Guía práctica del buen trato a las personas mayores." Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

IBORRA MARMOLEJO, Isabel, (2008). "Maltrato de personas mayores en la familia en España", Centro Reina Sofía, Valencia.

LORENTE ACOSTA, Miguel, Cruz SÁNCHEZ DE LARA SORZANO y Covadonga NAREDO CAMBLOR (2007). "Suicidio y Violencia de Género" Madrid, Federación de Mujeres Progresistas.

LUOMA, M.-L., KOIVUSILTA, M., LANG, G., ENZENHOFER, E., DE DONDER, L., VERTÉ, D., REINGARDE, J.,TAMUTIENE, I., FERREIRA-ALVES, J., SANTOS, A. J. & PENHALE, B. (2011). "Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland,Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project)". Finland:

National Institute forHealth and Welfare http://www.thl.fi/en_US/web/en/research/projects/avow

MARTINEZ MAROTO, Antonio (2005). "El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española" Grupo Seminario Malos tratos a mayores. Madrid, Informes Portal de Mayores, nº 40. [Fecha de publicación: 01/08/2005]. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa (2010). "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 98.[Fecha de publicación: 28/01/2010]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01. pdf>

PANEQUE SOSA, Miguel (2007). "La protección de los derechos de las personas mayores en España por los defensores del pueblo". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 79 [Fecha de publicación: 04/02/2008]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/paneque-proteccion-01.pdf>

SANCHO CASTIELLO, Mayte; PÉREZ ROJO, Gema; BARRIO TRUCHADO, Elena DEL; YANGUAS LEZAUN, José Javier; IZAL FERNÁNDEZ DE TROCÓNIZ, María (2011).'Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco'. Gobierno Vasco.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG).(2012) Decálogo para el buen trato a las personas mayores . Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).

TABUEÑA LAFARGA, Mercè (2009). "Los malos tratos a las personas mayores". Obra Social, Caixa Catalunya.

Aislamiento social en la ciudad de Madrid: Autonegligencia

Social isolation in the city of Madrid: self-neglect

Ana Belén SANTOS-OLMO SÁNCHEZ
Colegio Oficial de Psicólogos
sapsmayor@cop.es

Eva VELÁZQUEZ-MARTÍN
Colegio Oficial de Psicólogos
sapsmayor@cop.es

Berta AUSÍN BENITO
Universidad Complutense de Madrid
bausin@ucm.es

Manuel MUÑOZ LÓPEZ
Universidad Complutense de Madrid
mmunoz@psi.ucm.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 382-401)
Fechas: Entrada: 28-02-2013; Aceptado: 11-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Los factores sociales relacionados con el rechazo social, el aislamiento, la soledad y la exclusión social tienen efectos negativos en la salud mental y en el bienestar y calidad de vida de las personas, entre otros, la aparición de conductas autonegligentes. El presente artículo pretende describir la frecuencia de indicadores de autonegligencia en una muestra de personas en aislamiento social atendidas por el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid; así como determinar sus características sociodemográficas, deterioro cognitivo, presencia de trastorno mental, salud y funcionamiento psicosocial y número de necesidades no cubiertas. Uno de los resultados más llamativos de este estudio es la presencia de conductas autonegligentes en un 94,3% de la población en aislamiento social estudiada. La descripción de esta población permitirá encaminar las intervenciones sobre las personas en aislamiento social hacia modelos más preventivos.

PALABRAS CLAVE

Aislamiento social, Exclusión social, Autonegligencia, Personas mayores

---

ABSTRACT

Social factors related to social rejection, isolation, loneliness and social exclusion have negative effects on mental health and well-being and quality of life of individuals, among others, the development of self-neglectful behaviors. This article aims to describe the frequency of self-neglect indicators in a sample of people who are in situations of social isolation, served by the Psychological Support Service to Major in Social Isolation in Madrid, as well as determine their sociodemographic characteristics, cognitive impairment, presence of mental disorder, health and psychosocial functioning and number of unmet needs. One of the most striking results of this study is the presence of self-neglectful behaviors in 94.3% of the population studied in social isolation. The description of this population will allow direct interventions on people in social isolation towards more preventive models.

KEY WORDS

Social isolation, Social exclusion, Self-neglect, Elderly

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha puesto de manifiesto la importancia que los factores sociales relacionados con el rechazo social, el aislamiento, la soledad y la exclusión social tienen en la salud mental y en el bienestar y calidad de vida de las personas (Cattan, White, Bond y Learmouth, 2005; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003; Heinrich y Gullone, 2006). Siguiendo a Baumeister y Leary (1995) los seres humanos tienen una necesidad de pertenencia que consiste en un deseo de formar y mantener una cierta cantidad de relaciones sociales significativas y positivas. Desde este punto de vista, las personas que experimentan dificultades importantes y persistentes en establecer y mantener este tipo de relaciones satisfactorias con otras personas, y por tanto tienen dificultades para cubrir sus necesidades de pertenencia, corren el riesgo de sufrir sensaciones de deprivación que se manifiestan como sensaciones de soledad, depresión, ansiedad e ira (Baumeister y Leary, 1995; Cacioppo et al., 2000). Esta realidad ha llevado a que organizaciones internacionales y nacionales hayan centrado su interés en la importancia de identificar estos factores en distintos grupos de población y en especial en la personas mayores (British Department of Health, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2002).

El término "aislamiento" está próximo a los niveles microsociales, familiares, de grupo, amigos y, en definitiva, factores relacionales y psicosociales. El aislamiento ha sido definido de forma muy variada en la literatura científica confundiéndose frecuentemente con soledad y exclusión. En general, se habla de aislamiento social como la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y de un nivel bajo de participación en la vida comunitaria. El aislamiento social implica experimentar una serie de factores como bajo nivel de participación social y niveles de actividad social que la persona percibe como inadecuada. Hall y Havens (1999) definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros; y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenidos. El paralelismo entre soledad objetiva-soledad social-aislamiento social y soledad subjetiva-soledad emocional-aislamiento emocional resulta obvio y para muchos autores configura el significado de ambos términos. En esta misma línea, muy recientemente Cattan, White, Bond *et al.* (2005) definen la soledad o aislamiento emocional como el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía, mientras que consideran

que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos y de interacciones entre la persona mayor y la red social.

Las situaciones personales de jubilación, desempleo, emigración, etc. son elementos que, sin ninguna duda, ayudan a configurar unos factores de vulnerabilidad ante el aislamiento muy relevantes.

La interacción entre los factores estructurales y psicosociales podría explicar gran parte de las dinámicas de exclusión y aislamiento pero todavía podríamos encontrar personas que aún con el peso de las variables sociales y psicosociales jugando en su contra fueran capaces de mantener conexiones y superar el aislamiento. En los últimos años se han identificado factores de resiliencia y protección personal que ayudan a superar este tipo de situaciones sociales adversas. De forma paralela, se encuentran personas que incluso en sociedades y grupos sociales muy inclusivos permanecen aislados. Es decir, existe un último grupo de factores psicológicos, más unidos a lo subjetivo y lo emocional (soledad) que pueden influir en esta ecuación. La investigación ha puesto de manifiesto como ciertos estilos de personalidad (introversión, hostilidad, paranoide) y determinados estilos de apego pueden ayudar a generar procesos psicológicos de aislamiento y soledad. Desde un punto de vista más comportamental puede señalarse como las personas aisladas mantienen comportamientos sociales poco eficaces y con un número de auto-revelaciones emocionales muy bajo. En el plano afectivo, la soledad se relaciona con la ansiedad social, los sentimientos agresivos o de victimización y la depresión. En este sentido, es destacable el paralelismo sugerido por algunos autores (MacDonald y Leary, 2005) entre el dolor físico y el dolor social proveniente del rechazo social y la exclusión encontrado a nivel neuroanatómico y funcional del sistema nervioso. Finalmente, los aspectos cognitivos se ven implicados en este proceso, por ejemplo, con elementos de deterioro del procesamiento superior o con procesos de internalización del estigma social.

Es decir, ninguno de los grupos de factores por si sólo parece poder explicar el tipo de situaciones extremas de aislamiento que encontramos en nuestras sociedades (personas sin hogar, mayores aislados, etc.). De esta forma, el hecho de que una persona se encuentre en un momento determinado de su vida en una situación de aislamiento extremo esta en función de la interacción de la biografía de la persona con su mundo relacional en un marco social y cultural determinado.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

En los últimos años, se han ido realizando trabajos de revisión y sistematización de los efectos de la soledad y el aislamiento social (Heinrich y Gullone, 2006; Jones y Hebb, 2003). Aunque los resultados deben ser clasificados como de iniciales y no concluyentes en todos los casos, se han empezado a identificar grupos de variables de funcionamiento psicológico que mantienen una relación conocida con el aislamiento y la soledad. Debe señalarse que el tipo de relaciones identificadas han sido en la mayoría de los estudios correlacionales, lo que dificulta la interpretación del sentido de la misma, aún así los datos resultan relevantes. Ajustándose a una clasificación tradicional pueden distinguirse los siguientes grupos de efectos:

- Afectivos: las personas que sufren de un aislamiento social extremo y de sentimientos de soledad tienden a sentir también sentimientos de desesperación, falta de cariño, rechazo, problemas del estado de ánimo tendentes a la depresión, sensaciones de impaciencia y parecen mantener unos esquemas de funcionamiento cognitivo tendentes a la autodevaluación (Rubenstein y Shaver, 1982).
- Cognitivos: acompañando a las sensaciones de autodevaluación se observan tendencias a la baja autoestima de estas personas (Peplau, Miceli et al., 1982). De forma paralela, se han identificado variables cognitivas relacionadas con la suspicacia hacia los otros y la sensibilidad al rechazo, de hecho se han observado sesgos perceptivos que llevan a la percepción de los otros como "hostiles" (Cacioppo et al., 2002, 2003; Ernst y Cacioppo, 1999; Gardner et al., 1998; Rotenberg, 1994). De forma experimental, Twenge, Baumeister, Tice y Stucke (2002a) han conseguido demostrar efectos de bajadas en el procesamiento cognitivo superior (por ejemplo, bajadas en el CI).
- Psicopatológicos: las variables anteriores inciden en el aumento de la probabilidad de sufrir problemas psicopatológicos (Asher y Paquette, 2003).
- Comportamental: en este plano lo más señalado tiene relación directa con comportamientos cohibidos, poco asertivos y de poca habilidad social (Cacioppo et al., 2000). Aparecen también esquemas comportamentales de auto-abandono, la mayor aparición de conductas de riesgo y el mayor consumo de alcohol y su uso en situaciones domésticas o peligrosas e incluso un empeoramiento de las conductas prosociales y de

ayuda (Twenge et al., 2002b; Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco y Bartels, 2007).

Estos últimos efectos comportamentales están estrechamente ligados al concepto de autonegligencia, sobre todo en lo que tiene que ver con el auto-abandono y la aparición de conductas de riesgo, y es en ellos en los que se centra el interés de esta investigación.

Según Touza, Segura, Prado, Ballester y March (2009), la autonegligencia entraría dentro del concepto de trato inadecuado, definido como "el conjunto de actuaciones de los cuidadores, los familiares, otras personas cercanas o la propia persona mayor que no le garantizan bienestar físico, psicológico y/o social".

Revisando el concepto de autonegligencia, son varias las definiciones que existen en la literatura. Veamos las definiciones que proponen dos de los centros más relevantes en el estudio de los malos tratos a personas mayores: el NCEA (National Center for Elder Abuse) y el NCFV (National Clearinghouse on Family Violence, Public Health Agency of Canada).

Según el NCEA, la autonegligencia se caracteriza por un conjunto de comportamientos de una persona mayor que amenazan su propia salud o seguridad. Se manifiesta generalmente como una negativa o fallo por parte de la persona mayor a la hora de proporcionarse a sí misma una alimentación adecuada, agua, ropa, vivienda, higiene personal, medicación (si está indicada) y precauciones de seguridad. Se incluyen los siguientes signos y síntomas de la autonegligencia:

- Deshidratación, desnutrición, enfermedades no tratadas o tratadas de manera inadecuada y falta de higiene personal;
- Condiciones de vida peligrosas o inseguras (por ejemplo, sin agua corriente, ni calefacción);
- Viviendas insalubres o sucias (por ejemplo, plagas de insectos o roedores, mal funcionamiento del baño, olor a orina/heces);
- Vestimenta inapropiada, sin ayudas médicas necesarias (por ejemplo, lentes, audífonos, prótesis dentales)
- Vivienda totalmente inadecuada o falta de vivienda.

El NCEA excluye de su definición de autonegligencia aquellos casos en los que la persona es mentalmente competente y por tanto

entiende las consecuencias de sus decisiones y toma la decisión consciente y voluntaria de llevar a cabo actos que amenazan su salud o su seguridad como una elección personal.

Por su parte, el NCFV (1999) considera que la autonegligencia ocurre cuando las personas mayores, por elección o por falta de conciencia, viven de una forma que amenaza su salud y necesidades de seguridad, pudiendo en ocasiones extenderse este peligro a las personas que les rodean. Como puede verse en esta definición, incluyen tanto a las personas mentalmente competentes como a aquellas que no lo son (por ejemplo, por deterioro cognitivo).

En todo caso, existe consenso en considerar un caso de autonegligencia aquel en el que la persona no lleva a cabo un cuidado de sí misma adecuado, por lo que no puede garantizar su salud y seguridad. En esta investigación, se ha optado por incluir dentro de la definición de autonegligencia tanto a aquellas personas que lo hacen por elección personal, como a aquellas en las que existe falta de conciencia.

2. MÉTODO

El presente estudio se ha llevado a cabo por el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social de Madrid (SAP) (Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008), que presta sus servicios en la ciudad de Madrid (España).

2.1. Objetivos

1. Describir la frecuencia de conductas autonegligentes en una muestra de la población de personas en aislamiento social en la ciudad de Madrid, dividiendo la muestra en cuatro grupos según número de indicadores de autonegligencia encontrados (ver apartado "Análisis de datos - a) división por grupos" más adelante).

2. Describir la población de personas en aislamiento social que presentan conductas autonegligentes en cuanto a variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, tipo de convivencia y e hijos, y comparar estos valores dividiendo la mues-

tra en cuatro grupos según número de indicadores de autonegligencia encontrados.

3. Describir la población de personas en aislamiento social que presentan conductas autonegligentes en cuanto a variables relacionadas con el funcionamiento psicológico y social de la persona: presencia de deterioro cognitivo y/o trastorno mental (se incluyen dentro de esta categoría los trastornos del estado de ánimo, sintomatología psicótica, abuso de alcohol, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y retraso mental), salud y funcionamiento psicosocial y necesidades no cubiertas, y comparar estos valores dividiendo la muestra en cuatro grupos según número de indicadores de autonegligencia encontrados.

2.2. Muestra

Se ha empleado para este análisis una muestra de 158 personas en situación de aislamiento social de la ciudad de Madrid, atendida por el SAP, cuyos criterios de inclusión son:

- Ser mayor de 65 años;
- Vivir solo/a o en situación de convivencias especiales; tener necesidades sociosanitarias no cubiertas;
- Tener una red de apoyo social nula o escasa;
- Rechazar todas las ayudas que se le ofrecen desde los servicios socio-sanitarios para cubrir sus necesidades

En la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas de la muestra.

Se divide la muestra en cuatro grupos en función de los indicadores de autonegligencia, obtenidos a través de la puntuación en 6 áreas de necesidad del Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell CANE (Reynolds et al., 2000), que evalúan conductas autonegligentes:

- Área 3. Alimentación
- Área 4. Cuidado personal
- Área 11. Salud física

- Área 12. Toma de medicación
- Área 17. Riesgo para sí mismo de provocar accidentes
- Área 23. Manejo del dinero

Se ha considerado que una puntuación de 2 "necesidad no cubierta" en las áreas anteriores constituye un indicador de conducta autonegligente.

De esta manera, se establecen 4 grupos ad hoc:

- Grupo 1: Sin autonegligencia. Puntuación 0 "sin necesidad" o 1"necesidad cubierta" en todas las áreas del CANE indicadoras de autonegligencia.
- Grupo 2: Autonegligencia leve. Puntuación 2 "necesidad no cubierta" en 1-2 áreas del CANE indicadoras de autonegligencia.
- Grupo 3: Autonegligencia moderada. Puntuación 2 "necesidad no cubierta" en 3-4 áreas del CANE indicadoras de autonegligencia.
- Grupo 4: Autonegligencia severa. Puntuación 2 "necesidad no cubierta" en 5-6 áreas del CANE indicadoras de autonegligencia.

2.3. Instrumentos de evaluación

a) Evaluación de salud y funcionamiento psicosocial: Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años HoNOS65+ (Burns et al., 1999) en su adaptación española (Ausín, Muñoz y Quiroga, 2007).

b) Evaluación de la presencia de algún trastorno mental y/o deterioro cognitivo: Detección diagnóstica por profesionales de salud mental.

c) Evaluación de necesidades: Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell CANE (Reynolds et al., 2000).

2.4. Análisis de datos

Se utiliza el paquete estadístico SPSS 17.0 para realizar los siguientes análisis:

a) Descriptivos por grupos: Se llevan a cabo estadísticos descriptivos de los cuatro grupos en cuanto a variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, tipo de convivencia y si tienen hijos.

b) Diferencias entre grupos: Con el objetivo de analizar las diferencias entre grupos en cuanto a las variables relacionadas con el funcionamiento psicológico y social de la persona: presencia de deterioro cognitivo y/o trastorno mental, salud y funcionamiento psicosocial, necesidades no cubiertas, se procedió a realizar análisis ANOVA y Chi cuadrado.

3. RESULTADOS

3.1. Resultados objetivo 1

"Describir la frecuencia de conductas autonegligentes en una muestra de la población de personas en aislamiento social en la ciudad de Madrid, dividiendo la muestra en cuatro grupos según número de indicadores de autonegligencia encontrados".

De los 158 casos en situación de aislamiento social evaluados:

- 9 personas (5,7%) pertenecen al Grupo 1: Sin autonegligencia.
- 43 personas (27,2%) pertenecen al Grupo 2: Autonegligencia leve.
- 44 personas (27,8%) pertenecen al Grupo 3: Autonegligencia moderada.
- 62 personas (39,2%) pertenecen al Grupo 4: Autonegligencia severa.

En definitiva, un 94,3% de la muestra presenta un comportamiento autonegligente.

Los porcentajes según el área de necesidad del CANE empleado como indicador de autonegligencia son los siguientes:

- Área 3. Alimentación: 84 personas (57,14%) tienen una alimentación inadecuada, presentando un comportamiento autonegligente en esta área.
- Área 4. Cuidado personal: 107 personas (72,79%) no se cuidan de manera adecuada (higiene personal, vestimenta, etc), presentando un comportamiento autonegligente en esta área.
- Área 11. Salud física: 94 personas (63,51%) presentan problemas de salud física sin tratamiento, con seguimiento médico irregular o nulo, presentando un comportamiento autonegligente en esta área.
- Área 12. Toma de medicación: 104 personas (71,72%) tiene pobre o nulo cumplimiento de la toma de medicación, presentando un comportamiento autonegligente en esta área.
- Área 17. Riesgo para sí mismo de provocar accidentes: 132 personas (89,19%) ha hecho alguna vez algo que le ha puesto en peligro accidentalmente (riesgo de incendios, riesgo de perderse por la calle, etc), presentando un comportamiento autonegligente en esta área.
- Área 23. Manejo del dinero: 40 personas (27,78%) no son capaces de manejar el dinero y/o sus finanzas, presentando un comportamiento autonegligente en esta área.

Como puede verse, las áreas de mayor autonegligencia son el riesgo para sí mismo de provocar accidentes (89,19%), el cuidado personal (72,79%), la toma de medicación (71,72%) y la salud física (63,51%).

3.2. Resultados objetivo 2

"Describir la población de personas en aislamiento social que presentan conductas autonegligentes en cuanto a variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, tipo de convivencia y e hijos, y comparar estos valores dividiendo la muestra en cuatro grupos según número de indicadores de autonegligencia encontrados".

En la tabla 1 se recogen los descriptivos de cada grupo.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra total, sin autonegligencia (Grupo 1), autonegligencia leve (Grupo 2), autonegligencia moderada (Grupo 3) y autonegligencia severa (Grupo 4)

	Total (N=158)		Grupo 1 (n=9)		Grupo 2 (n=43)		Grupo 3 (n=44)		Grupo 4 (n=62)	
Edad media	81,29		80,44		82,38		81,45		80,56	
Sexo	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Hombres	47	29,7	1	11,1	11	25,6	13	29,5	22	35,5
Mujeres	111	70,3	8	88,9	32	74,4	31	70,5	40	64,5
Estado Civil										
Casado/a	16	10,1	0	---	3	7	7	15,9	6	9,7
Soltero/a	90	57	9	100	24	55,8	25	56,8	32	51,6
Viudo/a	42	26,6	0	---	14	32,6	10	22,7	18	29
Separado/a-Divorciado/a	10	6,3	0	---	2	4,7	2	4,5	6	9,7
Convivencia										
Solo/a	119	75,3	7	77,8	32	74,4	31	70,5	49	79
Esposo/a	15	9,5	0	---	3	7	6	13,6	6	9,7
Hermano/a	18	11,4	2	22,2	5	11,6	6	13,6	5	8,1
Hijo/a	4	2,5	0	---	3	7	1	2,3	0	---
Otros	2	1,2	0	---	0	---	0	---	2	3,2
Tiene hijos										
Sí	28	17,7	0	---	7	16,3	10	22,7	11	17,7

(*) Se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos a un nivel de significación del 0.05.

Como puede verse en la tabla, la edad media de la muestra, en general, es muy elevada, superando los 80 años en todos los grupos. El porcentaje entre hombres y mujeres también se mantiene homogéneo en todos los grupos, encontrando mayor proporción de mujeres. La mayor parte de la población estudiada es soltera o viuda, y vive sola y no tienen hijos, manteniéndose así en todos los grupos estudiados. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas. Los datos del grupo 1 "Sin autonegligencia" deben ser tomados de manera meramente orientativa puesto que se trata de un grupo demasiado pequeño como para poder hacer análisis concluyentes.

3.3. Resultado objetivo 3

"Describir la población de personas en aislamiento social que presentan conductas autonegligentes en cuanto a variables relacionadas con el funcionamiento psicológico y social de la persona: presencia de deterioro cognitivo y/o trastorno mental (se incluyen dentro de esta categoría los trastornos del estado de ánimo, sintomatología psicótica, abuso de alcohol, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y retraso mental), salud y funcionamiento psicosocial y necesidades no cubiertas, y comparar estos valores dividiendo la muestra en cuatro grupos según número de indicadores de autonegligencia encontrados".

Tabla 2. Presencia de deterioro cognitivo y/o posible trastorno mental grave (trastornos del estado de ánimo, sintomatología psicótica, abuso de alcohol, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y retraso mental) en la muestra sin autonegligencia (Grupo 1), autonegligencia leve (Grupo 2), autonegligencia moderada (Grupo 3) y autonegligencia severa (Grupo 4).

	Grupo 1 (n=9)		Grupo 2 (n=43)		Grupo 3 (n=44)		Grupo 4 (n=62)	
Deterioro cognitivo (*)	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin deterioro cognitivo	9	100	22	55	19	46,3	17	28,8
Deterioro cognitivo leve	0	---	5	12,5	10	24,4	16	27,1
Deterioro cognitivo moderado	0	---	12	30	10	24,4	22	37,3
Deterioro cognitivo grave	0	---	1	2,5	2	4,9	4	6,8
	Diferencias estadísticamente significativas entre Grupo 1 y Grupos 2, 3 y 4							
Presenta algún trastorno mental (*) (trastornos del estado de ánimo, sintomatología psicótica, abuso de alcohol, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y retraso mental)	2	22,2	20	47,6	33	75	37	61,7
	Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 1 y los grupos 3 y 4. ▪ Grupo 2 y el grupo 3.							

(*) Se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos a un nivel de significación del 0.05.

Como puede verse en la tabla 2, respecto al deterioro cognitivo, la proporción de personas que presentan deterioro cognitivo de moderado a grave es inexistente en la muestra "Sin autonegligencia" y relativamente alto en los tres grupos de autonegligencia. Las únicas diferencias estadísticamente significativas que se encuentran son con el grupo 1, pero de nuevo, no pueden extraerse conclusiones firmes respecto a este análisis debido a la escasez de muestra en dicho grupo. Entre los tres grupos donde la autonegligencia está presente, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la proporción de personas con deterioro cognitivo.

Respecto a la presencia de algún trastorno mental, puede verse cómo el porcentaje de personas que sufren trastorno mental es más alto en los grupos con autonegligencia moderada y severa. El grupo que se desmarca respecto a los demás en la mayoría de las comparaciones es el grupo 3 de autonegligencia moderada.

Tabla 3. Salud y funcionamiento psicosocial (HoNOS65+) en la muestra sin autonegligencia (Grupo 1), autonegligencia leve (Grupo 2), autonegligencia moderada (Grupo 3) y autonegligencia severa (Grupo 4).

Salud y funcionamiento psicosocial: HoNOS65+ (Puntuaciones medias)	Grupo 1 (n=9)	Grupo 2 (n=43)	Grupo 3 (n=44)	Grupo 4 (n=62)
Escala 1. Conducta Alborotada	1,11	1,47	1,98	1,87
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0	0,12	0,11	0,11
Escala 3. Consumo problemático de alcohol o drogas	0	0,17	0,58	0,58
Escala 4. Problemas cognitivos (*)	0,22	1,25	1,43	2
	Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 1 y Grupo 4 ▪ Grupo 2 y Grupo 4			
Escala 5. Problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad	2,22	2,3	2,56	2,73
Escala 6. Problemas asociados a la presencia de alucinaciones/ideas delirantes/falsas creencias	0,11	0,86	1,23	0,98
Escala 7. Problemas en relación con síntomas depresivos	**0,33**	**0,63**	**0,48**	**0,33**
Escala 8. Otros problemas mentales y conductuales (*)	0	0,69	1,18	1,53
	Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 1 y Grupo 4			

	▪ Grupo 2 y Grupo 4			
Escala 9. Problemas con las relaciones sociales o de apoyo	3,22	3,48	3,66	3,77
Escala 10. Problemas con las Actividades de la Vida Diaria (*)	1,33 Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 1 y los otros tres grupos. ▪ Grupo 2 y Grupo 4 ▪ Grupo 3 y Grupo 4	2,47	2,72	3,26
Escala 11. Problemas generales con las condiciones de vida (*)	0,78 Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 1 y los otros tres grupos. ▪ Grupo 2 y Grupo 4 ▪ Grupo 3 y Grupo 4	2,24	2,52	3,19
Escala 12. Problemas con el trabajo y las actividades de ocio – calidad del entorno cotidiano (*)	3,11 Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 2 y Grupo 4	3,09	3,55	3,74
HoNOS65+Total (*)	12,44 Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 1 y los otros tres grupos. ▪ Grupo 2 y los otros tres grupos.	18,49	21,59	23,71

(*) Se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos a un nivel de significación del 0.05.

Tal y como aparece en la Tabla 3, sobre los niveles de Salud y funcionamiento psicosocial, evaluadas con las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años HoNOS65+ (Burns et al., 1999; Ausín et al., 2007), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas:

- Escala 4. Problemas cognitivos.
- Escala 8. Otros problemas mentales y conductuales.
- Escala 10. Problemas con las Actividades de la Vida Diaria.
- Escala 11. Problemas generales con las condiciones de vida.
- Escala 12. Problemas con el trabajo y las actividades de ocio – calidad del entorno cotidiano.

- HoNOS65+Total.

Como puede verse, en todas las escalas donde se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, se da un continuo de mayor deterioro según aumenta el grado de autonegligencia. Cabe resaltar que en todos los casos, existen diferencias estadísticamente significativas con el grupo 4 "Autonegligencia Severa".

Tabla 4. Número de necesidades no cubiertas (CANE) en la muestra sin autonegligencia (Grupo 1), autonegligencia leve (Grupo 2), autonegligencia moderada (Grupo 3) y autonegligencia severa (Grupo 4).

	Grupo 1 (n=9)	Grupo 2 (n=43)	Grupo 3 (n=44)	Grupo 4 (n=62)
Puntuación media del número total de necesidades no cubiertas según CANE (*)	2,33	6,91	10,34	12,9
	Diferencias estadísticamente significativas entre: ▪ Grupo 1 y los otros tres grupos. ▪ Grupo 2 y los otros tres grupos. ▪ Grupo 3 y los otros tres grupos. ▪ Grupo 4 y los otros tres grupos.			

(*) Se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos a un nivel de significación del 0.05.

Respecto a las necesidades socio-sanitarias no cubiertas, medidas con el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell CANE (Reynolds et al., 2000), se ha evaluado el número total de necesidades no cubiertas, oscilando la puntuación total entre 0 y 24. Tal y como puede verse en la Tabla 4, se han encontrando diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos y, de nuevo, puede observarse un continuo de mayor número de necesidades no cubiertas según aumenta el grado de autonegligencia. De esta manera, el grupo 1 "sin autonegligencia" presenta una media de 2,33 necesidades no cubiertas, necesidades que, por ejemplo, se triplican respecto al grupo 2, y se quintuplican respecto a los grupos 3 y 4. Dentro de los grupos que presentan autonegligencia, también se ve un aumento estadísticamente significativo de necesidades no cubiertas según aumenta el grado de autonegligencia.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Uno de los resultados más llamativos de este estudio es la presencia de conductas autonegligentes en un 94,3% de la población en

aislamiento social estudiada. Dado el altísimo porcentaje de autonegligencia en esta población, se hace necesario incluir esta variable dentro de la intervención a desarrollar por el SAP.

Por otro lado, puede verse como existe un continuo de mayor deterioro cognitivo, mayor presencia de trastorno mental, peor funcionamiento psicosocial y mayor número de necesidades no cubiertas en los grupos de mayor autonegligencia (moderada y severa). Esto evidencia la importancia de la "autonegligencia" como factor de riesgo. Aunque no se pueda determinar si la autonegligencia fue causa o consecuencia del mayor deterioro general de una persona, sí queda claro que existe una fuerte relación entre un peor funcionamiento y un mayor deterioro mental y la presencia de conductas autonegligentes. En este sentido, es determinante que las intervenciones con esta población sean precoces, es decir, que intenten detectar a las personas en aislamiento social en las primeras fases de deterioro e intentar prevenir situaciones de auto-negligencia moderadas y severas.

A estos datos, hay que unir las consecuencias adversas de la propia situación de aislamiento social que viven estas personas, tales como falta de apoyo social, rechazo de ayudas, dificultades de acceso a la red de servicios sociosanitarios normalizada, rechazo social. etc. De esta manera, es necesario continuar el trabajo de detección e intervención con las personas en aislamiento social que sufren no sólo las consecuencias de la exclusión social, sino también las de la autonegligencia.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ASHER, S.R. Y PAQUETTE, J.A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. Current Directions in Psychological Science, 12, 75-78.

AUSÍN, B., MUÑOZ, M. Y QUIROGA, M.A. (2007). Adaptación Española De Las Escalas De Resultados Para Personas Mayores Honos65+ (Health Of The Nation Outcome Scales For Older Adults). Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 42, 88-95.

BAUMEISTER, R.F. Y LEARY, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117, 497-529.

BRITISH DEPARTMENT OF HEALTH (2001). National Services Framework for older adults. Department of health: London.

BURNS, A., BEEVOR, A., LELLIOTT, P., WING, J., BLAKEY, A., ORRELL, M., MULINGA, J. Y HADDEN, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS65+). Glossary for HoNOS65+ score sheet. British Journal of Psychiatry, 174, 435-438.

CACIOPPO, J.T., HAWKLEY, L.C. Y BERNSTON, G.G. (2003) The anatomy of loneliness. Current Directions of Psychological Science, 12: 71-74.

CACIOPPO, J.T., HAWKLEY, L.C., BERNTSON, G.G., ERNST, J.M., GIBBS, R.S., & HOBSON, J.A. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. Psychological Science, 13, 384-387

CATTAN, M., WHITE, M., BOND, J. Y LEARMOUTH, A. (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Ageing and Society, 25, 41-67.

ERNST, J.M., & CACIOPPO, J.T. (1999). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. Applied and Preventive Psychology, 8, 1-22

GARDNER, I., BROOKE, E., OZANNE, E., Y KENDIG, H. (1998). Improving social networks: A research report. Adelaide: La Trobe University.

HALL, M. Y HAVENS, B. (1999). Aging in Manitoba Study. Winnipeg: University of Manitoba.

HEINRICH, L.M. Y GULLONE, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. Clinical Psychology Review, 26, 695-718.

JONES, W. H., & HEBB, L. (2003). The experience of loneliness: Objective and subjective factors. International Scope Review, 5 (summer). Retrieved 24 February 2004 from http://www.internationalscope.com/journal/volume%202003/issue%209/pdf/2_jones.pdf

MACDONALD, G. Y LEARY, M.R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. Psychological Bulletin, 131, 202-223.

MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C. Y VÁZQUEZ, J.J. (2003) Los límites de la exclusión. Madrid: Ed. Tempora.

NATIONAL CENTER FOR ELDER Abuse (NCEA) http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/main_site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx

NCFV (National Clearinghouse on Family Violence (Public Health Agency of Canada) http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/index-eng.php

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). Active aging a policy framework. Génova: OMS.

PEPLAU, L.A. Y PERLMAN, D. (1982). Perspectivas on loneliness. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy (pág. 1-18). Nueva York: Wiley.

REYNOLDS, T., THORNICROFT, G., ABAS, M., WOODS, B., HOE, J., LEESE, M. Y ORRELL, M. (2000). Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. British Journal of Psychiatry, 176, 444-452.

ROTENBERG, K.J. (1999). Parental antecedents of children´s loneliness. En K.J. Rotenberg y S. Hymel (Eds.), Loneliness in childhood and adolescence (pág. 176-200). Cambridge, England: Cambridge University Press.

RUBENSTEIN, C., & SHAVER, P. R. (1982). The experience of loneliness. en L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy (pp. 206-223). New York: Wiley-Interscience.

SANTOS-OLMO, A.B, AUSÍN, B., MUÑOZ, M. Y SERRANO, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. Intervención Psicosocial [online]. 17 (3), 307-319.

TOUZA, C., SEGURA, M. P, PRADO, C., BALLESTER, LL. Y MARCH, M. X. (2009). Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia. Madrid: Ediciones Pirámide.

TWENGE, J. M., BAUMEISTER, R. F., DEWALL, C. N., CIAROCCO, N. J., & BARTELS, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 92, 56-66

TWENGE, J. M., BAUMEISTER, R. F., TICE, D. M., & STUCKE, T. S. (2002). If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 81, 1058-1069.

TWENGE, J. M., CATANESE, K. R., & BAUMEISTER, R. F. (2002b). Social exclusion causes self-defeating behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 83, 606-615.

Espiritualidad y religiosidad en cuidadores de personas con demencia como posibles factores protectores de maltrato

Spirituality and religiosity as possible protective factors against mistreatment among dementia caregivers

Javier LÓPEZ
Departamento de Psicología. Facultad de Medicina
Campus de Montepríncipe
Universidad CEU San Pablo
jlopezm@ceu.es

María MÁRQUEZ-GONZÁLEZ
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Autónoma de Madrid
maria.marquez@uam.es

Rosa ROMERO-MORENO
Departamento de Psicología
Universidad Rey Juan Carlos
rosa.romero@urjc.es

Andrés LOSADA
Departamento de Psicología
Universidad Rey Juan Carlos
andres.losada@urjc.es

Agradecimientos: La preparación de este artículo fue financiada en parte por la concesión de sendos proyectos de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación de España (PSI2009-08132/PSIC) y del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-31293).

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 402-423)
Fechas: Entrada: 21-02-2013; Aceptado: 16-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

La influencia de la religión y la espiritualidad en el proceso de estrés de los cuidadores está casi sin investigar, a pesar de que se ha encontrado que estas variables proporcionan un conjunto importante de recursos para el afrontamiento de los cuidadores. El papel de la ira en el proceso de estrés y bienestar de los cuidadores, también ha sido poco estudiado. La ira está asociada con un mayor riesgo de maltrato en personas cuidadas. La espiritualidad y religiosidad podrían amortiguar el impacto de la ira de los cuidadores en el maltrato de los mayores. El objetivo de este artículo es partir del modelo de estrés del cuidado, ampliamente utilizado y remodelarlo, integrando el papel de la espiritualidad y religiosidad y sus efectos sobre maltrato de la persona cuidada. Una vez que estas relaciones sean mejor conocidas, a través de las intervenciones se podría brindar específicamente un apoyo más completo a los cuidadores de personas con demencia a las que se cuida incluyendo, si parece adecuado, elementos espirituales y de ira del cuidador.

PALABRAS CLAVE

Ira, cuidadores, demencia, espiritualidad, religiosidad.

ABSTRACT

The influence of religion and spirituality on caregivers' stress is almost unexplored, even though religion and spirituality have been found to provide an essential set of coping resource s for caregivers. The role of anger in the caregiving stress process and in caregivers' well-being has also been underanalyzed. Anger is positively related with a increased risk of mistreatment of care recipients. Spirituality and religion buffer the impact of caregivers' anger on care recipient's mistreatment. This paper's objective is to take the usual caregiving stress process model, and reconfigure it to integrate the literature about the role of spirituality and religiosity, and their effects on care recipient mistreatment. Once these relationships are better understood, intervention programs could be specifically tailored to better support dementia caregivers including, if appropriate, caregivers spiritual and anger elements.

KEY WORDS

Anger, caregivers, dementia, spirituality, religiosity

1. RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD EN CUIDADORES

1.1 Modelo teórico de partida

En el mundo en general, y en España en particular, las personas cada vez viven más, y esto es una buena noticia. Sin embargo, hay ciertas enfermedades, como el Alzheimer u otras demencias asociadas a una mayor edad de las personas. Se calcula que en la actualidad hay en todo el mundo unos 36 millones de personas afectadas por algún tipo de demencia y, se estima, que en los próximos 20 años se alcancen los 66 millones de personas afectadas de demencia y que para el 2050 sean 115 millones los afectados (Alzheimer's Disease International, 2009).

El cuidado proporcionado por la familia es la forma más antigua de los sistemas de cuidado. Sin embargo, la investigación ha documentado claramente las consecuencias físicas y psicológicas negativas que tiene el hecho de ser cuidador de un familiar mayor (Pinquart & Sörensen, 2003). Los familiares que asumen el rol de cuidador principal, se exponen a una situación de estrés que incrementa el riesgo de desarrollar problemas emocionales importantes, especialmente ansiedad y depresión (Cooper Balamurali, & Livingston, 2007; Crespo & López, 2005).

Ser cuidador ha sido considerado como una situación prototípica de estrés crónico, y la mayor parte de la investigación en este campo, se ha llevado a cabo desde el modelo teórico de estrés y afrontamiento adaptado a la prestación de cuidados. Lawton, Moos, Kleban, Glicksman, & Rovine (1991) y Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff (1990) han desarrollado modelos de estrés del cuidador particularmente útiles y ampliamente utilizados. Desde estos marcos teóricos, se propone que la evaluación o percepción de la naturaleza de una situación de cuidado y los recursos personales del cuidador juegan una influencia importante en las consecuencias que implica el cuidar.

De acuerdo con estos autores, cómo afrontan los cuidadores las situaciones estresantes (e.g. los problemas conductuales de la persona mayor) influye en su salud mental (e.g. niveles de depresión, ansiedad e ira). El modo de afrontar y ser afectado por las situaciones de estrés que implica ser cuidador, puede variar dependiendo de la forma en que se valoran los problemas (como más o menos molestos), y de los recursos personales de los cuidadores. Así, por ejemplo,

los cuidadores con mayores recursos personales (e.g., mayor autoeficacia, mayor apoyo social) es probable que valoren los estresores del cuidado como menos molestos y, por lo tanto, puedan mostrar menor vulnerabilidad a las consecuencias psicológicas negativas del cuidado. Así pues, este modelo subraya la importancia de analizar la influencia de los recursos personales sobre el malestar del cuidador.

Se suele considerar que ser cuidador de un familiar con demencia es una "carrera de fondo" con varias etapas, donde el momento más estresante llega cuando más cuidados hay que proporcionar al familiar en el domicilio o cuando este ya no reconoce al propio cuidador. Pero lo cierto es que ser cuidador tiene distintas etapas, todas ellas potencialmente estresantes (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995). En la primera etapa o de "preparación y adquisición del rol de cuidador", suele ser problemático el shock del diagnóstico que hay que ir asumiendo paulatinamente. En la segunda etapa o de "promulgación o actuación", aparecen todos los problemas relacionados con el cuidado intenso del familiar con demencia y en numerosas ocasiones también surgen problemas laborales, de pareja, familiares…, por el hecho de la intensa dedicación del cuidador. Si llega la institucionalización del familiar tampoco se acaban los problemas, pues suelen surgir dificultades económicas, de desplazamientos a la residencia, de pérdida del control sobre los cuidados proporcionados al familiar con demencia… Con el fallecimiento del familiar tampoco termina el estrés del cuidador pues tiene que rehacer su vida, su identidad sin el ser querido y, quizás, por esto se ha comprobado que el malestar emocional perdura tras abandonar el rol de cuidador.

1.2. Papel de la espiritualidad y religiosidad en el proceso de estrés del cuidador

Aunque el número de estudios que analizan el estrés del cuidador ha crecido exponencialmente desde los años 80, hay algunos factores relevantes que intervienen en los efectos del cuidado que merecen una mayor atención de la que han recibido hasta ahora. Sin duda, la religiosidad y la espiritualidad de los cuidadores son factores que necesitan una mayor investigación. Entre los diferentes recursos personales que potencialmente pueden influir en el estrés de los cuidadores, Leblanc, Driscoll, & Pearlin (2004) han considerado la religiosidad como un factor que podría tener un efecto mediador y moderador sobre el malestar de los cuidadores. En concreto, la religiosidad puede mediar la expansión del estrés a través de su propia asociación independiente con el estrés, o puede moderar la expansión

del estrés si la religiosidad ejerce su influencia sólo bajo ciertas condiciones. En este sentido, se ha encontrado que la espiritualidad media parcialmente el efecto del estrés sobre los aspectos positivos del cuidado (Hodge & Sun, 2012).

Es bastante escaso el número de estudios que analizan la influencia de la religión y espiritualidad como recurso personal en el estrés del cuidador, y carecemos de estudios longitudinales, a pesar de que se ha encontrado que proporciona un conjunto importante de recursos para hacer frente al estrés por parte de los cuidadores (Hebert, Weinstein, Martire,& Schulz, 2006; López, Romero-Moreno, Marquez-González & Losada, 2012). Hasta el momento, los aspectos de la religión y espiritualidad que se han analizado en investigaciones con cuidadores van desde la mera información descriptiva (por ejemplo, adscripción a una determinada religión: ser católico, judío, musulmán…) y elementos conductuales (por ejemplo, la frecuencia con la que se reza) a aspectos más internos y personales como las actitudes y creencias (por ejemplo, importancia personal de la religión/espiritualidad), el afrontamiento (por ejemplo, el uso de estrategias religiosas para hacer frente a las dificultades) o el bienestar religioso (por ejemplo, sensación de una conexión con un "poder" más alto). Si bien es cierto que la mayoría de las investigaciones en este campo recogen efectos beneficiosos de la religiosidad y espiritualidad (Leblanc et al., 2004), hay que reconocer que la religiosidad y la espiritualidad también pueden tener un efecto negativo sobre los cuidadores si generan sentimientos de culpa, autorreproche, vergüenza, baja autoestima, pensar que nada se puede hacer pues se está siendo castigado por Dios, escrúpulos obsesivos, etc.

Esta ausencia de estudios sobre la influencia de la religiosidad y espiritualidad puede deberse en parte a la desconfianza que históricamente existe hacia estos elementos por parte de grandes pensadores de la Psicología. Aunque Freud mismo afirme que "yo tengo perfecta consciencia de la manera en la que mi pensamiento, gracias a la religión, se ha desarrollado y enriquecido" (Domínguez-Morano, 2000, p. 128), lo cierto es que primordialmente en el texto freudiano, la religión aparece, por un lado, como equivalente de represión, y por otro, como fomento de lo ilusorio, de lo no real. En primer lugar, en cuanto fuerza represora, lo religioso sería un mecanismo mediante el cual un pensamiento o impulso que amenaza con ser demasiado fuerte o desagradable para nosotros es relegado al inconsciente (parte de nuestro mundo psíquico interno, donde los contenidos no pueden hacerse conscientes, incluso aunque tratemos de dirigir nuestra aten-

ción hacia ellos) y no deja que aflore a la consciencia (Ávila, 2003; Fizzoti & Salustri, 2007; Domínguez-Morano, 1992). Freud puede tener razón al calificar como neuróticas o ilusorias ciertas conductas religiosas, pero estas conductas no se corresponden con una experiencia auténtica y una práctica de la fe desde el equilibrio y la salud. La religión es mucho más que una moral que indica lo que se debe, y sobre todo lo que no se debe hacer (López & Rodríguez, 2008). Aunque muchos psicólogos no tienen en cuenta los elementos religiosos y espirituales de sus clientes, éstos son aspectos fundamentales del proceso terapéutico (Tix & Frazier, 1998).

Lo cierto es que en nuestro contexto sociocultural la mayoría de los cuidadores (83.6%) se consideran practicantes de alguna religión (López, Márquez-González, Romero-Moreno, & Losada, 2009). De hecho, en una muestra de 134 cuidadores de personas con demencia, cuando valoran su grado de fe de 0 a 10, presentan una valoración media de 5,8 (DT= 3,39). No obstante, al indicar la frecuencia de la práctica religiosa (0 "ausencia" - 4 "varias veces por semana"), la mayoría de ellos señala que no practicaba (37,3%) o que ésta era escasa (14,2%). Tan solo un 9% dice practicar mensualmente, un 21,6% semanalmente y un 17,9% varias veces por semana.

Con todo, la religiosidad/espiritualidad es ciertamente relevante para estos cuidadores a la hora de explicar los motivos por los que están cuidando al familiar con demencia, pues cuando se les pregunta la intensidad para cuidar a su familiar por motivos religiosos (CJCS, Dilworth-Anderson et al., 2005), la mayoría (63,4%) está algo o totalmente de acuerdo en que "cuida de su familiar debido a sus creencias religiosas y espirituales" y tan solo una cuarta parte (37.4%) está algo o totalmente en desacuerdo con esta afirmación.

Si bien es cierto que la importancia de la religiosidad o espiritualidad depende en gran parte de cómo se conciban, y estas concepciones pueden cambiar a lo largo de las distintas generaciones (Blazer, 2012), una investigación pionera en el estudio de la influencia de la religiosidad en el afrontamiento de situaciones estresantes en los cuidadores, revela que casi tres cuartas partes de los cuidadores (74%) consideran la oración como su principal estrategia de afrontamiento (Baines, 1984).

Una revisión reciente de estudios que analizan el papel de la religiosidad y la espiritualidad en el malestar de los cuidadores mostró que la mayoría de estos estudios informan de una ausencia de aso-

ciación entre estas variables y el malestar emocional o una asociación mixta (combinación de resultados positivos, negativos o no significativos) (Hebert et al., 2006). Es probable que la heterogeneidad de las medidas utilizadas para evaluar la religiosidad y la espiritualidad, y las diferentes variables dependientes o de resultado incluidas en los estudios, puedan explicar parcialmente la inconsistencia de los hallazgos de la investigación.

También parece necesario establecer una distinción clara entre los conceptos de religiosidad y espiritualidad, ya que hay una superposición significativa entre ambos términos. La religiosidad puede ser definida como la experiencia espiritual que cristaliza en una determinada religión formal (es decir, con unas creencias, prácticas y rituales) (Holland et al., 1998).

Si bien el concepto de religiosidad está generalmente bien acotado, no ocurre lo mismo con el concepto de espiritualidad. La espiritualidad es un concepto más abstracto y difícil de aprehender que el de religiosidad, que se refiere a la respuesta individualizada y personal a asuntos tales como el sentido de la vida, la muerte, la enfermedad y las preocupaciones existenciales (Holland et al., 1998). Es la búsqueda personal para comprender las cuestiones últimas sobre la vida, el significado y la relación con lo sagrado o trascendente. Se puede ver que comprende elementos de significado y conexión con un poder superior o algo más grande que uno mismo (Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999). Si la religiosidad es un proceso personal más externo, la espiritualidad es ciertamente un proceso más interior (Farran, Paun, & Elliott, 2003). Pongamos un ejemplo para tratar de aclarar esta distinción entre espiritualidad y religiosidad. En una persona que está rezando una oración durante la eucaristía (e.g. el Padre Nuestro), los aspectos de religiosidad de esta conducta incluyen el hecho de que la oración se trasmite y se recita junto con un grupo de personas, mientras que los aspectos espirituales de esta conducta incluyen el sentido de transcendencia y recogimiento que el individuo puede experimentar mientras reza.

La depresión ha sido el trastorno psicopatológico más frecuentemente estudiado en su relación con la religiosidad, en parte por el solapamiento de cómo se expresan ambas realidades. Así, por ejemplo, la culpa asociada con la depresión se asocia frecuentemente con el conjunto de creencias religiosas y síntomas aparentemente depresivos (tales como la "noche oscura del alma") se asocian con experiencias religiosas (Blazer, 2012).

Aunque, en su investigación, Leblanc et al. (2004) no encontraron ninguna evidencia que sugiera que la religiosidad se relacione con el estrés o el malestar del cuidador, es necesario señalar que, en este estudio, el malestar del cuidador se midió mediante una escala de depresión y una medida de salud autopercibida de un único ítem. Por otra parte, sólo tres preguntas evaluaban las diferentes dimensiones de la religiosidad, como la percepción subjetiva de la religiosidad, la asistencia a los servicios religiosos y la frecuencia de la oración. Cuando un constructo complejo se mide con un solo elemento, es probable que los aspectos importantes del constructo no sean evaluados (Chang, Noonan, & Tennstedt, 1998; Hebert et al., 2006).

La influencia de la espiritualidad en el proceso de estrés del cuidador ha sido escasamente explorada. Una revisión de estudios que analizan el papel de la espiritualidad en el bienestar de los cuidadores, mostró que la mayoría de ellos (78%) han informado de la ausencia de asociación entre la espiritualidad y el bienestar (por ejemplo, depresión) o una asociación mixta (combinación de resultados positivos, negativos y no significativos) (Hebert et al., 2006).

Tal y como se ha señalado previamente, es probable que la heterogeneidad de las medidas utilizadas para evaluar la espiritualidad, explique en parte la inconsistencia de los hallazgos en este campo de investigación. A pesar de que la espiritualidad es un constructo multidimensional (Sentido, Perdón, Afrontamiento Espiritual, Historia Espiritual, Compromiso…) (Fetzer Institute/ National Institute on Aging, 1999), por lo general es operativizado con medidas generales, un hecho que puede contribuir al hallazgo de resultados "poco claros" (Hebert et al., 2006). Con el fin de evitar resultados ambiguos de investigación, es necesario ser específico acerca de la dimensión de la espiritualidad evaluada con los cuidadores.

2. Ira y Cuidadores

También ha sido infraanalizado el papel que la ira que tiene en el proceso de estrés del cuidador, aunque se ha resaltado como parte de los sentimientos que "normalmente" suelen surgir en el cuidado de personas con demencia (MacNeil et al., 2010; Vitaliano, Russo, & Niaura, 1995). De hecho, los investigadores han encontrado que los cuidadores de familiares con demencia están más irritados que los no cuidadores (Vitaliano et al., 1995), mostrando un 40% de los cuidadores de familiares con demencia estar irritados alguna o la mayoría

de las veces (Flaskerud, Carter, & Lee, 2000). Estos cuidadores se muestran irascibles por muy diversos motivos. Algunos de estos motivos tienen que ver con problemas de memoria o de conducta del familiar con demencia (e.g. que nunca muestre aprecio por lo que el cuidador hace y se queje continuamente), mientras que otros motivos tienen que ver con pensamientos que asaltan al propio cuidador cuando analiza su situación (e.g. preguntarse ¿por qué yo? en lugar de ¿por qué yo no?) (Farran et al., 2003).

Aunque la ira ha sido considerada generalmente como un efecto psicológico negativo del cuidado que no está relacionado con otros resultados observados normalmente en los cuidadores (e.g. depresión, ansiedad), algunos estudios han encontrado una asociación significativa entre la ira y las puntuaciones en los síntomas depresivos, lo que sugiere que los cuidadores altamente irritados pueden estar en mayor riesgo de padecer problemas emocionales (Flaskerud & Lee, 2001). Aun cuando se considera que los efectos desadaptativos de ira desempeñan un papel importante en la etiología de la depresión en los adultos (Pasquini, Picardi, Biondi, Gaetano, & Morosini, 2004; Spielberger, Ritterband, Sydeman, Reheiser, & Unger, 1995), la relación entre la ira y la depresión de los cuidadores rara vez ha sido el foco de investigación.

Ha habido todavía menos estudios que se hayan centrado en analizar el papel que la religión y la espiritualidad puede jugar en la ira de los cuidadores. Algunos informes sugieren que el tipo de religión profesada no está asociada con la ira experimentada por cuidadores de familiares con SIDA, cáncer o demencia (Flaskerud et al., 2000). Sin embargo, se ha encontrado que los cuidadores de personas con cáncer que asisten a la iglesia presentan menores puntuaciones de ira (Taylor, Baird, Malone, & McCorkle 1993).

Los cuidadores se dan cuenta progresivamente de que el cuidado está plagado de incertidumbre, pocas soluciones y cierta ilusión de control. La espiritualidad y religiosidad parece que ayudan a los familiares irascibles a encontrar sentido y propósito en la adversidad, un asidero para la identidad y un fundamento para afrontar el cambio, la pérdida, la incertidumbre y la imposibilidad de controlar todo. Espiritualidad y religiosidad ofrecen coherencia, perdón, absolución y animan a dar gracias por lo que todavía se tiene en lugar de las insuperables carencias, trascendiendo las circunstancias más difíciles. También pueden ofrecer al cuidador una interpretación para su sufrimiento, esperanza de reconciliación, sentido de reciprocidad y permiso

para ser imperfecto. Fortalecen los sentimientos de recursos internos y la conexión con otras personas (Gwyther, 2006).

Cuando los distintos estudios se han preguntado por qué es útil un afrontamiento religioso de los problemas para reducir el malestar de las personas (en el cual la ira es un elemento generalmente presente), se han encontrado tres respuestas: porque el marco de creencias religiosas facilita la reinterpretación de los sucesos con sentido, porque otorga una sensación de control sobre los problemas, o porque se recibe apoyo social de la comunidad religiosa de cada cual (Tix & Frazier, 1998). En nuestra opinión, las dos primeras respuestas tienen que ver con la valoración de la situación como controlable de alguna manera y, por tanto, se podría decir que hay dos maneras en las que la religiosidad o espiritualidad influyen en el control de la ira: modificando la valoración de la situación o de los recursos personales por un lado, y ampliando el apoyo social recibido por otro.

La participación en una comunidad religiosa a menudo proporciona a las personas un sentido de pertenencia con otros miembros de la comunidad y asegura un alto nivel de apoyo social de los individuos que comparten prácticas y rituales similares (Gwyther, 2006; Leblanc et al., 2004). Como el apoyo social es un factor crucial en la adaptación positiva a las situaciones de estrés (Varona, Saito, Takahashi, & Kai, 2007), la religiosidad podría estar relacionada con menores niveles de ira, ya que podría proporcionar a los cuidadores un mayor acceso al apoyo social.

En cuanto a la espiritualidad, las creencias existenciales han sido durante mucho tiempo consideradas como uno de los muchos factores personales que pueden contribuir a que existan diferencias individuales en la valoración de estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Estas creencias brindan a las personas respuestas a las preguntas del sufrimiento, la muerte y la existencia, lo que puede facilitar la reestructuración del significado de los acontecimientos negativos, que a su vez puede contribuir a la disminución de la ira (Hebert et al, 2006; Tix & Frazier, 1998). Incluso cuando hay evidencia que muestra que la espiritualidad se asocia con menores niveles de angustia en las personas que enfrentan enfermedades crónicas (e.g., Laubmeier, Zakowski, & Bair, 2004), esta hipótesis no ha sido comprobada con los cuidadores de familiares con demencia.

En un estudio realizado por los autores de este artículo (Márquez-González, López, Romero-Moreno & Losada, 2012), se plan-

teó analizar las relaciones entre la ira y la depresión de los cuidadores y (a) una variable de religiosidad, a la que se puede denominar el apoyo social de la comunidad religiosa, y (b) una variable la espiritualidad, a la que se puede denominar el significado espiritual o atribuciones filosóficas/ religiosas/ espirituales asociadas con la experiencia de cuidado (Farran, Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999).

El significado espiritual o sentido último es una dimensión espiritual específica relacionada con la perspectiva existencialista. El significado espiritual en el contexto de los cuidados se refiere a las atribuciones espirituales asociadas con la experiencia de cuidado (Farran et al., 1999). El significado espiritual o sentido último se refiere a los cuidadores que experimentan un sentido de propósito gracias a sus creencias en un poder espiritual. Un elemento central de la espiritualidad es la provisión de sentido último. La espiritualidad permite a las personas dar sentido a los acontecimientos y experiencias terrenas por su vinculación a un sentido más amplio (Farran et al, 1999; Quinn, Clare, & Woods, 2010).

En el estudio de Márquez-González et al. (2012) se evaluaron 128 cuidadores. Para poder participar en el estudio, los cuidadores tenían que autodescribirse como la fuente principal de ayuda para su familiar y estar más de tres meses cuidando y dedicando al menos una hora al día a la atención.

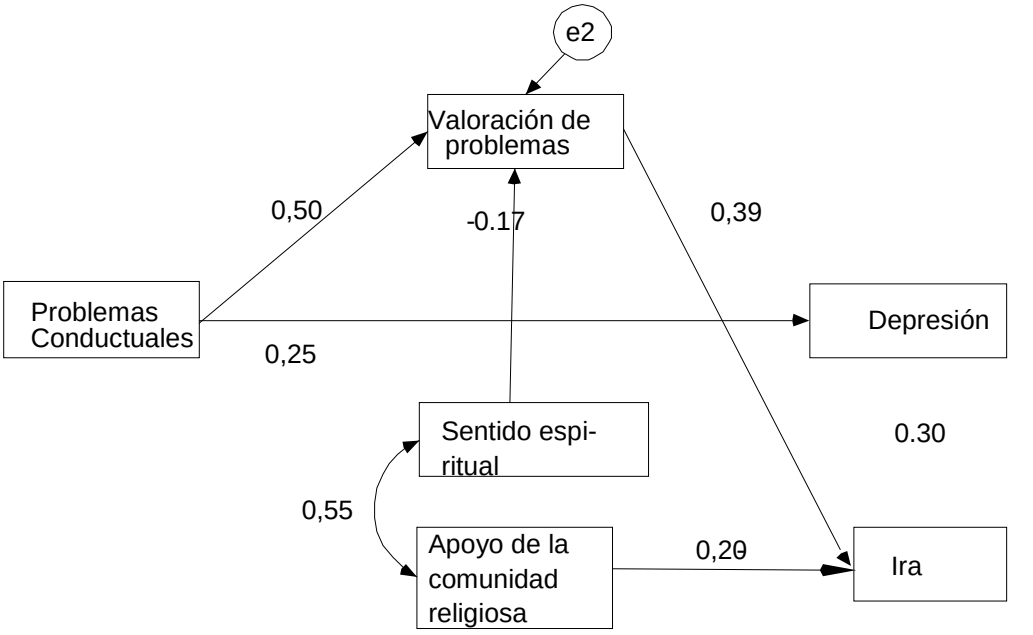
El Significado Espiritual se midió a través de la subescala Sentido Último del Inventario de Actitudes hacia Cuidado (Farran et al., 1999). Esta escala se compone de cinco elementos ("El Señor no te dará más de lo que puedas manejar", "Creo en el poder de la oración: sin ella no podría hacer esto", "Yo creo que el Señor proveerá", "Tengo fe en que el buen Dios tiene razones para esto", "Dios es bueno"), con respuestas que van desde 0 ("muy en desacuerdo") a 4 ("muy de acuerdo"). Se encontró una buena consistencia interna de esta escala (alfa de Cronbach = 0,92).

El Apoyo obtenido de la Comunidad Religiosa se midió a través de la sub-escala de Apoyo Social del Inventario de los Sistemas de Creencias (Holland et al., 1998). Los cuidadores calificaron su acuerdo con el contenido del ítem (por ejemplo, "Me gusta asistir a las celebraciones religiosas de mi grupo religioso o espiritual" o "Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda ") en una escala tipo Likert de 4 puntos - que va de 0 ("muy en desacuerdo" o "nada de tiempo") a 3 ("muy de acuerdo" o "todo el tiempo").

Se evaluó la presencia de una red de apoyo o de acciones de apoyo, las actitudes y el clima emocional proporcionado por la comunidad religiosa o espiritual de un individuo. Se encontró una buena consistencia interna de esta escala (alfa de Cronbach = 0,91).

La frecuencia y valoración de los problemas conductuales fue evaluada con la Escala Revisada de Problemas conductuales y de memoria (Teri et al., 1992). La subescala Ira Estado del Inventario de Ira Estado-Rasgo de Expresión (Spielberger, 1988) se utilizó para medir la percepción de nivel de ira. La depresión se evaluó a través de la escala CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, Radloff, 1977). Todas estas escalas demostraron buenas propiedades psicométricas.

Basándose en el modelo de proceso de estrés de cuidadores de familiares con demencia, se llevó a cabo un "análisis de senderos" (path analysis). Siguiendo la estrategia de generación de modelo (Jöreskog, 1993), sólo las asociaciones significativas entre las variables se incluyeron en el modelo final (Figura 1).



La Figura 1 muestra el modelo encontrado

La asociación entre la valoración de problemas y la depresión no fue significativa. El efecto indirecto de la valoración sobre la depresión a través de la ira fue significativa (Sobel test= 2,94; p<0,01), lo que sugiere un papel de mediador de la ira en esta relación.

Un patrón similar de resultados se encontró en la asociación entre el sentido espiritual y la ira. La asociación no fue significativa pero el test de Sobel sugería que los efectos del sentido espiritual sobre la ira estaba mediada por la valoración de los problemas (Sobel test= -2,08, p <0,01) y el apoyo de la comunidad religiosa (Sobel prueba = -2,24, p <0,01).

Los índices de ajuste del modelo probado sugieren un muy buen ajuste del modelo a los datos. En concreto, se encontró un valor χ^2 de 6,04 (gl= 8, p= 0,64).

Este estudio proporcionó nuevos datos sobre la relación entre religiosidad, la espiritualidad y el malestar de los cuidadores, aportando pruebas en apoyo de la asociación entre estas variables y las consecuencias de los cuidados. Este estudio encontró una relación negativa entre el apoyo de la comunidad religiosa y la ira. Resultados similares se han encontrado en cuanto al apoyo de la comunidad religiosa que, en consonancia con los resultados anteriores (Taylor et al., 1993), también presentaba una relación significativa con la ira. Las variables religiosidad y espiritualidad estaban significativamente correlacionadas entre sí, lo que sugiere que los elementos intrínsecos o relacionados con la fe (significado espiritual), y los extrínsecos o más pragmáticos (el apoyo social de la comunidad religiosa) son aspectos íntimamente relacionados, y que en su conjunto (las dos a la vez) parecen estar relacionados con el estado emocional de los cuidadores.

Tanto el significado espiritual como el apoyo de la comunidad religiosa desempeñaban un rol importante en los niveles de depresión y de ira de los cuidadores aunque de maneras diferentes.

El apoyo social de la comunidad estaba directamente relacionado con la ira, lo que sugiere que este tipo especial de apoyo social podría funcionar como un factor de amortiguación, proporcionando una forma de paliar o aliviar los sentimientos de ira en los cuidadores. Este efecto de amortiguación no ha sido, sin embargo, probado en el estudio reseñado, y debe ser analizado en futuros estudios.

Con respecto al significado espiritual, su asociación con la ira es más distante, y parecía estar mediada por valoraciones de los cuida-

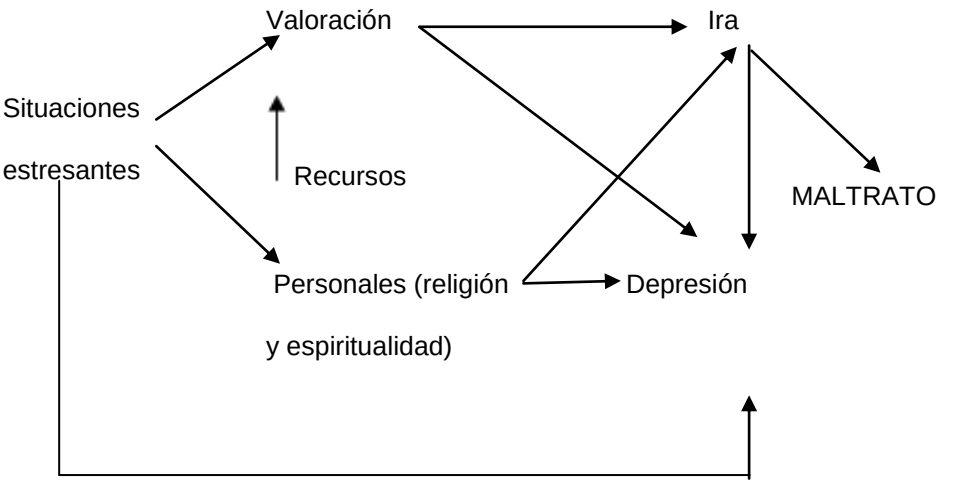
dores de los problemas de comportamiento del familiar con demencia. Este hecho sugiere que las creencias espirituales pueden ayudar a los cuidadores a encontrar sentido en las experiencias del cuidado, y así ayudarles a valorar los comportamientos problemáticos de la persona cuidada como menos estresantes.

Así pues, en consonancia con otros estudios, la espiritualidad y religiosidad pueden tener una influencia tanto directa como indirecta sobre los efectos del estrés de los cuidadores (Chang et al., 1998; Hebert et al., 2006). Se ha mostrado también relevante tener en cuenta la naturaleza multidimensional de la religiosidad y espiritualidad. En el presente estudio se han tenido en cuenta dos dimensiones posibles (apoyo social y significado), pero el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos reconoce hasta 12 dimensiones de religiosidad y espiritualidad relacionadas con el bienestar (Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999).

En resumen, este estudio apoyaba la hipótesis de que la religiosidad y la espiritualidad pueden estar relacionadas con la ira, ya que proporcionan, respectivamente, más apoyo social y capacidad de encontrar sentido en experiencias estresantes del cuidado (Hebert et al., 2006; Tix & Frazier, 1998).

3. IRA, RELIGIOSIDAD / ESPIRITUALIDAD Y MALTRATO EN CUIDADORES

A partir de los resultados expuestos se puede hipotetizar, tal como se recoge en la figura 2, que la espiritualidad y la religiosidad pueden ser factores protectores del maltrato, pues si disminuyen los niveles de ira, están disminuyendo la probabilidad del maltrato (Marriott, 1997).



La **Figura 2** muestra un modelo adaptado a partir de los modelos propuestos por Leblanc et al. (2004), MacNeil et al. (2010) y Pearlin et al. (1990). En este modelo, la religión, la espiritualidad y la ira se incluyen, junto con las variables generalmente más estudiadas en cuidadores, a saber, las situaciones estresantes (problemas de conducta), la valoración y la depresión, como elementos importantes del proceso de estrés de cuidado.

Las personas irritadas están frecuentemente más frustradas y su frustración proviene de cómo y cuándo se proporciona el cuidado. Así por ejemplo, cuidadores irritados pueden gritar con mayor facilidad al mayor, tener unos movimientos más toscos con el mayor, e incluso tener una mayor propensión a abusar físicamente del mayor, en función de su propensión a la agresión y de su habilidad para manejar sus emociones más intensas (MacNeil et al., 2010). La ira es un estado emocional que puede dar pie a la agresión, es decir, a actos físicos o verbales de violencia. De hecho, la ira rasgo ha sido relacionada con la presencia de agresiones tanto en familiares cuidadores como en profesionales (Adelman, Siddiqui & Foldi, 1998; Gates, Fitzwater & Succop, 2003).

De hecho, un estudio llevado a cabo en nuestro contexto sociocultural con cuidadores de personas con demencia (Pérez Rojo, Izal, Montorio, & Nuevo, 2008) permite señalar que el riesgo de maltrato está influido por la combinación de factores de diferente naturaleza, aunque con un mayor peso los procedentes del cuidador. En este

sentido, los resultados indicaron que el riesgo de maltrato aumentaba cuando existía mayor expresión de la ira por parte de los cuidadores.

Existe un reconocimiento cada vez mayor de que el maltrato al mayor es un problema que, en numerosas ocasiones, permanece oculto (Bradley 1996; Mellor & Brownell, 2006). Si los profesionales de la salud tuviesen contacto regular con los cuidadores, estarían en condiciones de dar al cuidador la oportunidad de manejar sus dificultades en el cuidado.

La investigación respecto de los tratamientos que reducen el malestar emocional en personas que abusan o pueden abusar de las personas mayores, está todavía en sus inicios, existiendo pocas intervenciones centradas en estos aspectos. A través de intervenciones de manejo de la ira se podría reducir el malestar emocional de los perpetradores de abuso a los mayores (Coon, Thompson, Steffen, Sorocco, & Gallagher-Thompson, 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) y de esta manera reducir el riesgo de maltrato (Reay & Browne, 2002). Los profesionales de la salud que trabajan con cuidadores de personas con demencia se beneficiarían de la evaluación del rol que juega la espiritualidad y religiosidad, así como de la inclusión de estos dos elementos en las intervenciones que se lleven a cabo. Cuando se acompaña a los cuidadores de personas con demencia en muchas ocasiones surgen temas de conversación relacionados con la religiosidad y espiritualidad. Algunos de estos temas surgen desde la ira de los cuidadores hacia ellos mismos, hacia las instituciones religiosas, hacia el mundo en general, hacia Dios… Otras veces surgen como un recurso, motivo para cuidar o fortaleza de los cuidadores. Lo cierto es que, en muchas ocasiones, pese a su relevancia, estos temas no son abordados en terapia pues se considera que son de la incumbencia de otro tipo de profesionales. La extensión en la que el terapeuta decida abordar temas religiosos y espirituales del paciente dependerá de su voluntad para hacerlo, de su conocimiento de estos temas y de la habilidad para manejarlos de una manera respetuosa sin forzar las actitudes o creencias de los pacientes. La búsqueda de sentido religioso es asunto profundamente personal, completamente vinculado a la libre voluntad de cada individuo (Koenig, 1990). Que los psicólogos tengan en cuenta la religiosidad y espiritualidad de los cuidadores de personas mayores con demencia es, sin ninguna duda, un reto y un camino de futuro para la investigación e intervención en este ámbito.

Asimismo, cada vez son más los estudios centrados en los aspectos positivos experimentados por los cuidadores (Farran et al., 2003;

López, López-Arrieta & Crespo, 2005) y quizá sea una futura línea de investigación la del estudio de la relación de la espiritualidad y religiosidad con el buen trato dispensado a los familiares con demencia por parte de sus cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ADELMAN, R., SIDDIQUI, H. & FOLDI, N. (1998). Approaches to diagnosis and treatment of elder abuse and neglect. En M. HERSEN & V.B. VAN HASSELT (Eds.), Handbook of Clinical Geropsychology (pp. 27-41). Nueva York: Plenum Publishing Company.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (2009). *World Alzheimer Report 2009*. Londres: Alzheimer's Disease International.

ANESHENSEL, C. S., PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., ZARIT, S. H., & WHITLATCH, C. J. (1995). *Profiles in caregiving. The unexpected career*. San Diego: Academic Press.

ÁVILA, A. (2003). *Para conocer la psicología de la religión.* Estella: Verbo Divino.

BAINES, E. (1984). Caregiver stress in the older adult. *Journal of Community Health Nursing, 1*, 257-263.

BLAZER, D. (2012). Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies? *The American Journal of Psychiatry, 169*, 10-22.

BRADLEY, M. (1996). Caring for Older People: Elder abuse. *British Medical Journal, 313*, 548-550.

CHANG, B. H., NOONAN, A. E., & TENNSTEDT, S. L. (1998). Role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *Gerontologist, 38*, 463-470.

COON, D. W., THOMPSON, L., STEFFEN, A., SOROCCO, K., & GALLAGHER-THOMPSON, D. (2003). Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions

for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist, 43*, 678-689.

COOPER, C., BALAMURALI, T.B., & LIVINGSTON, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics, 19*, 175-195.

CRESPO, M., & LÓPEZ, J. (2005). Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40*, 55-61.

DILWORTH-ANDERSON, P., BRUMMENTT, B.H., GOODWIN, P., WALLACE-WILLIAMS, S., WILLIAMS, R.B. & SIEGLER, I.C. (2005). Effect of Race on Cultural Justifications for Caregiving. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60*, 257-262.

DOMÍNGUEZ-MORANO, C. (1992). *Creer después de Freud*. Madrid: Paulinas.

DOMÍNGUEZ-MORANO, C. (2000). *Psicoanálisis y Religión: dialogo interminable. Sigmund Freud y Oskar Pfister*. Madrid: Trotta.

FARRAN, C. J., MILLER, B. H., KAUFMAN, J. E., DONNER, E., & FOGG, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1107-1125.

FARRAN, C. J., PAUN, O., & ELLIOTT, M. H. (2003). Spirituality in multicultural caregivers of persons with dementia. *Dementia, 2*, 353-377.

FETZER INSTITUTE, National Institute on Aging Working Group (1999). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo: Fetzer Institute Publications.

FIZZOTI, E. & SALUSTRI, M. (2007). *Psicología de la religión. Con antología de textos fundamentales.* Barcelona: Claret.

FLASKERUD, J. H., CARTER, P. A., & LEE, P. (2000). Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related

dementias, and advanced-stage cancers. *Perspectives in Psychiatric Care, 36*, 121-130.

FLASKERUD, J. H., & LEE, P. (2001). Vulnerability to health problems in female informal caregivers of persons with HIV/AIDS and age-related dementias. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 60-68.

GALLAGHER-THOMPSON, D., & DE VRIES, H. M. (1994). "Coping with frustration" classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *Gerontologist, 34*, 548-552.

GATES, D., FITZWATER , E.,& SUCCOP, P. (2003). Relationship of stressors, strain and anger to caregiver assault. *Issues in Mental Health Nursing, 24*, 775-793.

GWYTHER, L. P. (2006). Spirituality and caring for older family member. *Southern Medical Journal, 10*, 1180-1181.

HEBERT, R. S., WEINSTEIN, E., MARTIRE, L. M., & SCHULZ, R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: a review, critique, and research prospectus. *Aging & Mental Health, 10*, 497-520.

HODGE, D.R., & SUN, F. (2012). Positive feelings of caregiving among Latino Alzheimer's family caregivers: Understanding the role of spirituality. *Aging & Mental Health, 16,* 689-698.

HOLLAND, J. C., KASH, K. M., PASSIK, S., GRONERT, M. K., SISON, A., LEDERBERG, M., FOX, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology, 7,* 460-469.

JÖRESKOG, K. G., 1993. Testing structural equation models. En K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 294-316). Newbury Park: Sage.

KOENIG, H.G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary. *Journal of Geriatric Psychiatry, 23,* 23-53.

LAUBMEIER, K. K., ZAKOWSKI, S. A., & BAIR, J. P. (2004). The Role of Spirituality in the Psychological Adjustment to Cancer: A Test of the Transactional Model of Stress and Coping. *International Journal of Behavioral Medicine, 11*, 48-55.

LAWTON, M. P., MOOS, M., KLEBAN, M. H., GLICKSMAN, A., & ROVINE, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46*, P181-P189.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

LEBLANC, A. J., DRISCOLL, A. K., & PEARLIN, L. I. (2004). Religiosity and the expansion of caregiver stress. *Aging & Mental Health, 8,* 410–421.

LÓPEZ, J., LÓPEZ-ARRIETA, J. & CRESPO, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*, 81-94.

LÓPEZ, J., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., ROMERO-MORENO, R. & LOSADA, A. (2009). Espiritualidad/religiosidad de los cuidadores de personas con demencia y problemas emocionales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 44*, 114.

LÓPEZ, J. & RODRÍGUEZ, M.I. (2008). Una respuesta a la crítica de Freud a las religiones. *ITER, 47*, 59-78.

LÓPEZ, J., ROMERO-MORENO, R., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., & LOSADA, A. (2012). Spirituality and Self-Efficacy in Dementia Family Caregiving: Trust in God and in Yourself. *International Psychogeriatrics, 24*, 1943-1952.

MACNEIL, G., KOSBERG, J. I., DURKIN, D. W., DOOLEY, W. K., DECOSTER, J., & WILLIAMSON, G. M. (2010). Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger. *Gerontologist, 50*, 76-86.

MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., LÓPEZ, J., ROMERO-MORENO, R & LOSADA, A. (2012). Anger, spiritual meaning and support from the

religious community in dementia caregiving. *Journal of Religion & Health, 51*, 179-186.

MARRIOTT, A. (1997). The psychology of elder abuse and neglect. En P. Decalmer & F. Glendenning (Eds). *The mistreatment of elderly people* (pp. 129-140). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

MELLOR, M. J., & BROWNELL, P. J. (2006). *Elder abuse and mistreatment: policy, practice, and research*. New York: Haworth Press.

PASQUINI, M., PICARDI, A., BIONDI, M., GAETANO, P., & MOROSINI, P. (2004). Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder. *Psychopathology, 37*, 155-160.

PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., SEMPLE, S. J., & SKAFF, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist, 30*, 583-594.

PÉREZ ROJO, G., IZAL, M., MONTORIO, I. & NUEVO, R. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8,* 105-117.

PINQUART, M., & SÖRENSEN, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*, 250-267.

QUINN, C., CLARE, L. & WOODS, RT (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics, 22*, 43-55.

RADLOFF, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

REAY, A.M.C. & BROWNE, K.D. (2002). The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence, 17*, 416–431.

SPIELBERGER, C. D., (1988). *State-trait anger expression inventory*. Research edition. Psychological Assessment Resources, Odessa.

SPIELBERGER, C. D., RITTERBAND, L., SYDEMAN, S., REHEISER, E., & UNGER, K., (1995). Assessment of emotional states and personality traits: Psychological vital signs, En J. N. BUTENER (Ed.), *Clinical Personality Assessment: Practical Approach* (pp. 42-58). New York: Oxford University Press.

TAYLOR, E. J., BAIRD, S. B., MALONE, D., & MCCORKLE, R. (1993). Factors associated with anger in cancer patients and their caregivers. *Cancer Practice, 1*, 101-109.

TERI, L., TRUAX, P., LOGSDON, R., UOMOTO, J., & ZARIT, S. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging, 7*, 622-633.

TIX, A. P., & FRAZIER, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 411-422.

VARONA, R., SAITO, T., TAKAHASHI, M., & KAI, I. (2007). Caregiving in the Philippines: A quantitative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 45*, 27-41.

VITALIANO, P., RUSSO, J., & NIAURA, R. (1995). Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 50*, 18-24.

Ética y buen trato a personas mayores

Ethics and good treatment to the major persons

Marije GOIKOETXEA ITURREGUI
Facultad de Psicología y Educación
Universidad de Deusto
marije.goicoechea@deusto.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 424-448)
Fechas: Entrada: 26-02-2013; Aceptado: 04-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El artículo parte de la convicción de que las personas mayores desean una vida realizada y buena. Para ello es necesario mejorar su estimación personal (autoestima) y social. Se pretende, en primer lugar, aportar criterios y fundamentos éticos para el buen trato partiendo del reconocimiento del "valor" de la persona mayor, basado en la dignidad que poseen. A continuación propone una guía o itinerario relacional de "buen trato" que permita a la persona mayor capacitarse para un proyecto de vida autónomo en instituciones justas, donde se den las condiciones para desarrollar sus derechos de ciudadanía y la protección de su vulnerabilidad

PALABRAS CLAVE

Vejez, persona mayor, ética, "buen trato", maltrato, dignidad, autonomía..

ABSTRACT

The article starts from the certainty that elderly wish for a good and fulfilled life. For that, it is needed to improve their self-esteem and social esteem, which is the factor that has influence in a bigger way in the treat they receive. Firstly the article deals with contributes with judgment and ethic foundation for the good-treatment, starting from its values recognition, based on the dignity they have. Next, it is proposed a guide or itinerary of a good-treatment that allows the elder person qualify for a autonomy life-project in fair institutions, where there are the conditions for developing their citizenship and the vulnerability protection right.

KEY WORDS

Elder person, ethic, good treatment, autonomy, maltreatment, dignity

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

INTRODUCCIÓN

La ética hace referencia a la propuesta de vida buena que deseamos. Consideramos que merecemos ser felices, desplegando una vida que vale la pena ser vivida en un marco de autorrealización personal. Como respuesta a ese anhelo, surge el deber o imperativo ético: ¿qué debo vivir, y por tanto decidir y hacer, para lograr lo que deseo? Ahí radica la responsabilidad humana, la obligación de "responder", ante nosotros mismos y ante los demás, que lo vivido tiene significado en y para un proyecto de vida buena.

Sin embargo, los seres humanos no somos "autosuficientes", somos biológica, psicológica y socialmente "vivíparos"; como tales, requerimos de un "nosotros" del que formar parte, en el que ser y desarrollarnos como humanos. Los otros son el "hogar", los "recursos" que necesitamos para capacitarnos cada cual como un "yo" autónomo y diferente. Por eso, todos somos radicalmente "dependientes" para poder lograrnos y lograr nuestros "fines" personales.

Como el anhelo es lograr un "yo pleno", no nos conformamos con cualquier vida, sino la mejor posible en cada momento y en cada etapa. Para la ética, todo aquello que no lo mejor, no es suficiente. Exigimos y nos exigimos lo óptimo para lograr bien-estar y, sobre todo, bien-ser. No nos conformamos con vivir, como "no morir" y por tanto, no ser "maltratados", sino que deseamos y exigimos "vivir bien, al modo humano de vivir bien", ser "bien tratados", pudiendo acceder a los recursos y las relaciones que nos permitan una vida realizada, y participando en la vida común, en la "polis" de la que formamos parte.

Todo proyecto de vida tiene momentos y etapas de necesidad y otras de desarrollo. Sin duda, las personas mayores de 65 años viven prioritariamente una etapa de desarrollo, de autorrealización personal desde una identidad consolidada personal y socialmente. Sin embargo, es también un momento de aparición de nuevas necesidades generadas, fundamentalmente, por el cambio de función social (laboral y familiar). En este sentido es un momento de "reconfiguración" que requiere nuevos recursos y relaciones que posibiliten actualizar el proyecto personal sin renunciar a pretender "lo mejor", lo "óptimo posible" para lograr la autorrealización. La "reconfiguración" requerirá mayores aportaciones personales y sociales (sanitarias, de servicios sociales", económicas…) en las personas más vulnerables, con mayor

"dependencia funcional" y/o autonomía limitada para gestionar responsablemente su vida.

Mi objetivo es contribuir a la reflexión sobre cómo lograrlo. Intentaré aportar criterios éticos que vayan más allá de las obligaciones de "mínimos" para evitar el maltrato a los mayores; pretendo apuntar a máximos de "buen trato" que permitan a los mayores aspirar a una vida feliz y realizada.

1. EL OBJETIVO IRRENUNCIABLE: UNA VIDA REALIZADA

Como ya he apuntado en mi introducción, tratar bien a las personas, en nuestro caso a las personas mayores, antes que una obligación o imperativo, es un modo de relación personal y social que pretende un objetivo deseable para cualquier persona, que no es otro que una vida feliz. Me gustaría no renunciar a dicho objetivo. Con demasiada frecuencia, los que nos dedicamos a la ética convertimos a esta en un sistema de normas y prohibiciones para asegurar un mínimo de bienestar y justicia a todas las personas. De este modo, nuestras reflexiones van dirigidas a determinar obligaciones universales que, lamentablemente, pronto se convierten en las mínimas obligaciones exigibles, es decir en obligaciones legales, y parece que nuestras obligaciones éticas se reducen al cumplimiento de la ley.

Si el objetivo del buen trato a las personas mayores es posibilitar una vida realizada, lógicamente es irrenunciable una perspectiva subjetiva que nos exige conocer qué es satisfactorio para cada persona. Dicha perspectiva subjetiva es incluida en las diversas definiciones y conceptos de "calidad de vida". El término "Calidad de Vida" es ampliamente utilizado y varias veces re-definido. Quiero partir del concepto de "calidad de vida" de Felce y Perry (Felce 1997; Felce y Perry, 1996) que incluye: 1. factores objetivos de condiciones de vida de una persona; 2. la evaluación subjetiva de la satisfacción obtenida por las relaciones formales e informales; y 3. los valores y aspiraciones personales. Estoy de acuerdo con incluir los valores personales como un factor de las dimensiones subjetivas, como proponen Shalock y Verdugo (Shalock, R. y Verdugo, M. A., 2010), siempre que dichos factores no se confundan con bienestar emocional, sino que se reconozca la importancia que tiene el cumplimiento de los propios "deberes", en la apreciación y estimación del bienestar. Aporto un ejemplo que puede ayudarnos a comprender esto. Es posible que una persona mayor no reconozca como "buen trato" que un familiar suyo utilice su

dinero y gestione, sin su "consentimiento", la contratación de una auxiliar domiciliaria que mejore su bienestar objetivo (satisfacer sus necesidades físicas correctamente) y emocional (aumentar la comunicación y disminuir el aislamiento). Aunque su bienestar emocional aumente, la persona seguirá considerando incorrecta la propuesta si resulta incompatible con poder mantener un compromiso previo, por ejemplo el mantenimiento económico de un allegado.

Seguiré el planteamiento que Etxeberria, inspirado en Paul Ricoeur (Ricoeur, 2005), aplica a las personas con discapacidad, para describir qué entiendo por una vida realizada que es el objetivo del "buen trato"; en apartados posteriores expondré los principios éticos en que se fundamenta, y posteriormente apuntaré un recorrido o itinerario que les propongo para lograrlo.

1.1 Anhelo de vida realizada

El deseo de vida lograda se apoya necesariamente en la autoestima personal, en la conciencia de ser valiosos, de poseer cualidades y capacidades personales que nos permiten hacer aportaciones que mejoran el bienestar personal y social de los que nos rodean. La autoestima aumenta cuando somos reconocidos, estimados, en el medio en el que vivimos.

No es fácil que las personas mayores mantengan niveles adecuados de autoestima personal. El Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, mayo 2009) en el que se formulan preguntas relacionadas con la vejez, muestra como el 36.2% de la población española identifica a las personas mayores como aquellas que "no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados", mientras que sólo un 6.2% asocia este grupo de población con "personas activas, que disfrutan de la vida". Otros estudios muestran que estos estereotipos negativos sobre lo que conlleva la vejez están presentes tanto en la población joven como en las personas mayores. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002, citado en Iborra, 2008). Se considera a las personas mayores desde una perspectiva principalmente "pasiva", como perceptoras de prestaciones y servicios, consumidoras de servicios públicos y privados. Todo esto facilita que otras personas abusen de ellos sin un sentimiento de culpabilidad o remordimiento, y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación (Bytheway, 1994, citado en Iborra, 2008).

No es casual esta percepción; es la que se nos transmite en los diferentes medios de comunicación. Los medios apenas tienen en cuenta a los mayores en las informaciones y, cuando tienen cabida en ellas, se encuentran en situaciones asociadas a la exclusión social, la dependencia o la marginación. Las personas mayores, en la prensa escrita, forman parte de un colectivo sin voz, que carece de personas con identidad propia, salvo que se trate de personajes célebres y famosos, en cuyo caso se destacan sus actitudes vitalistas, llevando a cabo actividades relevantes relacionadas con la cultura, la ciencia o la política (Observatorio de personas mayores, Imserso 2006).

Lamentablemente, solo tratamos bien a aquello que consideramos valioso. Las personas mayores son un colectivo heterogéneo; cada persona posee identidad propia configurada a partir de los rasgos de la personalidad y de las experiencias vitales de cada una. Sin embargo existe una percepción distorsionada y se les identifica con fragilidad, carencias y, en consecuencia, como una carga social. Además, frecuentemente prima una visión alarmista respecto a la imposibilidad de sostener el sistema público de protección social, por lo que las futuras acciones a desarrollar con las personas mayores deben de ocuparse de los riesgos económicos que pueden suponer para la vida social y no en sus derechos, sus aportaciones o su bienestar.

Estas representaciones sociales generan una clara infravaloración de la vejez que dificulta a las personas mayores a aspirar a un proyecto de autorrealización personal, renunciando a relaciones basadas en el buen trato y en la estima personal y admitiendo situaciones de infravaloración, instrumentalización o indiferencia. Diversos estudios muestran, además, que los estereotipos negativos sobre las personas mayores influyen directamente en su rendimiento y en su calidad de vida. Carmen Huici, junto a Antonio Bustillos y Rocío Fernández-Ballesteros, ha investigado los efectos de la activación de las etiquetas asociadas a la vejez. El uso de estereotipos que identifican a las personas mayores como inútiles, hace que acaben mostrándose más torpes(tomado de la Vanguardia, 2013).

Por ello, la primera tarea es recuperar la estima social y fortalecer la autoestima de las personas mayores que les proteja de la infravaloración, les impulse asertivamente al reconocimiento de su dignidad y sus derechos y promueva el deseo de ideales personales y sociales que persigan una vida lograda.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1.2 Con y para los otros

No somos felices, ni podemos realizarnos solos. La participación en la vida común no es un añadido a un sujeto ya constituido, como dice Etxeberria, (Etxeberria,2004), sino que es esencial para la constitución misma como personas. El espacio de intercambio, donde damos y recibimos apoyos y recursos para nuestra capacitación, es privado y público.

En la vida privada nos dejamos influir e influenciamos la vida de los que son de nuestra confianza. Compartimos valores, fines, proyecto…y nos sentimos obligados a hacer el bien a aquellos con los que nos hemos comprometido. En este espacio la exigencia de buen trato es mayor, pues somos más vulnerables al tener más expuesta nuestra intimidad personal. La relación interpersonal en este ámbito privado forma parte del proyecto de felicidad y de autorrealización, especialmente en las relaciones familiares, de amistad, donde compartimos creencias e ideales.

Los ámbitos asistenciales (sanitarios o sociales) son ámbitos privados. Por eso las relaciones que exigimos a los profesionales de atención y asistencia son de excelencia profesional; exigimos que sus decisiones y acciones vengan fundamentadas y motivadas por el compromiso de hacernos el bien y deben evitar violentar la gestión de la intimidad y la privacidad de las personas, en este caso de las personas mayores. Para ello, como veremos es necesario desarrollar actitudes, habilidades y virtudes que favorezcan el buen trato, especialmente en los ámbitos de atención y cuidado a las personas más dependientes y vulnerables.

Pero la vida común es también una vida de participación como ciudadanos y ciudadanas en el espacio público. Todo proyecto de autorrealización incluye la responsabilidad sobre el espacio común. La dependencia de algunas personas mayores tiende a provocar, con frecuencia, fenómenos de aislamiento o de reagrupamiento institucional de semejantes. Se da en esos casos el riesgo de excluir y marginar o de considerar a las personas mayores que viven en dichos espacios solo como objetos de rehabilitación o de asistencia, con inexistentes apoyos para la participación como ciudadanos. Como dice Etxeberria "cuando hablamos de construir una sociedad abierta para las personas con discapacidad, con espacios accesibles de todo tipo (educativos, laborales, festivos, etc.), en marcos en los se integran personas con toda condición, no estamos sólo planteando una cues-

tión de justicia, estamos asentando las posibilidades de una vida lograda para todos". (Etxeberria y Florez, 2011).

1.3 En instituciones justas

La polis es el espacio de seguridad donde las personas esperamos que se tenga en consideración nuestras necesidades personales cuando dichas necesidades, por requerir abordajes especializados o por sobrepasar las capacidades de nuestro medio informal, no pueden satisfacerse es los espacios privados.

Para que todas las personas puedan acceder en condiciones de igualdad a los recursos necesarios se requieren instituciones justas que generen condiciones contextuales que impidan la discriminación y marginación de determinadas personas o colectivos y distribuyan con criterios de equidad los recursos disponibles. Se ha llegado a decir que la historia de los derechos humanos es la historia del reconocimiento de las necesidades básicas acompañado de la exigencia de que la sociedad se organice de modo tal que se satisfagan efectivamente en todas las personas (Etxeberria, 2008).

La justicia puede tener diversos modos de comprenderse. El buen trato a las personas creemos que va más allá del planteamiento liberal de respetar sus libertades y plantea la justicia como igualdad de oportunidades, lo que supone por un lado asegurar a todos el acceso a los bienes y recursos básicos con los que poder llegar a un proyecto de vida realizado en libertad y, por otro, compensar en lo posible las deficiencias de capacidades personales que algunas personas mayores dependientes pueden padecer y que no pueden ser superadas en sí (por ejemplo, una ceguera), a través de los recursos que sean necesarios para ello.

Podemos fundamentar la propuesta de fomento del buen trato a las personas mayores dependientes, como una propuesta de justicia que integra la atención a sus necesidades y la provisión de apoyos para una vida social en igualdad, desde tres enfoques distintos (Seoane, 2011):

Un primer fundamento teórico es el enfoque de las capacidades, desarrollado entre otros por Amartya Sen, y por la filósofa norteamericana Martha Nussbaum (Sen, 2000; Nussbaum, 2012). Este enfoque indica que un tratamiento justo de las personas dependientes exige el fomento de sus capacidades internas y externas. Una capacidad no es

lo que una persona hace o es, sino lo que una persona puede hacer o puede ser, por lo que se debe conceder libertad para decidir y ayudar a que sea o lo haga. Nussbaum propone una lista abierta de las capacidades centrales o básicas, aptas para garantizar una vida acorde con la dignidad y concebidas como derechos humanos básicos: 1) Vida.2) Salud corporal. 3) Integridad corporal. 4) Sentidos, imaginación, pensamiento. 5) Emociones. 6) Razón práctica. 7) Afiliación. 8) Otras especies. 9) Juego. 10) Control del propio entorno: a) político; b) material (Nussbaum, 2012).

El segundo soporte teórico es el enfoque de los funcionamientos seguros, desarrollado desde la Filosofía política por Jonathan Wolff y Avner de-Shalit (Wolff y de-Shalit, 2007). Ellos afirman que la discapacidad, la dependencia, en nuestro caso de las personas mayores, es una desventaja social y, por tanto, un problema de justicia social. Existe una desventaja social cuando una persona tiene escasas oportunidades auténticas para funcionar de forma segura, debido a la ausencia de alguno de estos tres factores: los recursos internos (que equivaldrían a las capacidades internas), los recursos externos (o condiciones externas) y el marco o la estructura social. Me gustaría resaltar de su enfoque el gran valor que conceden al entorno para mejorar el estatus, la posición social de las personas con deficiencias o discapacidades. Desde esta posición el buen trato a los mayores exige medidas asistenciales y estructurales que faciliten no solo intervenciones individuales, sino también entornos seguros y apoyos sociales para lograr una participación social de estas personas.

Finalmente, me gustaría mencionar las teorías del reconocimiento (Ricoeur, 2005; Fraser, 2006 y 2008). El reconocimiento tiene varias dimensiones, de la que ahora nos interesa el reconocimiento intersubjetivo de la persona mayor como un valor, y por tanto se exige su participación en los procesos deliberativos de determinación de las normas y estructuras de convivencia social.

2. LOS REFERENTES ÉTICOS DEL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES

Lograr una vida realizada, con y para otros, en instituciones justas exige a las personas que nos relacionamos con los mayores cumplir una serie de principios morales que nos obligan a "tratarles bien". A continuación expongo cuáles son, a mi juicio, los principios éticos

universales que deben de guiar nuestras actuaciones concretas para lograrlo.[1]

2.1 La dignidad como fundamento

La dignidad es la categoría ética fundamental, cuando hablamos de las obligaciones que tenemos para con las personas, en nuestro caso las personas mayores.

Empecemos recordando la definición de dignidad, tal como es expresada por Kant: es digno quien posee un valor incondicionado que le hace ser fin en sí. Quien tiene dignidad puede reclamar ser tratado siempre como fin, es decir, como un valor absoluto que en ningún caso se puede lesionar y nunca como puro medio, es decir como valor puramente instrumental para lograr otros beneficios.

En el reconocimiento de la dignidad ontológica que toda persona tiene por el mero hecho de ser y existir, donde se fundamenta el principio ético que obliga al buen trato. Quien tiene dignidad exige ser tratado con consideración y respeto, con igual consideración y respeto que el resto. Es de esta exigencia de "buen trato" de la que emanan todos los derechos de las personas: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y, dotados como están de razón y conciencia...» (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, artículo 1). Debe reconocerse «la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana» (preámbulo de id.).

El reconocimiento de la igual dignidad de todos los humanos ha exigido y exige los desarrollos jurídicos necesarios que aseguren su protección en aquellas circunstancias en que puede estar en riesgo. Así, se reconoce en la propia Constitución Española y en múltiples normas como las referentes a la asistencia sanitaria (Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información) y los servicios sociales (Ley

[1] Me inspiro aquí en el trabajo de investigación realizado FEVAS con la financiación de la Fundación Etorbizi para la innovación socio-sanitaria sobre "Aproximación ética al maltrato a personas con discapacidad" en el que he participado y que será publicado en breve por el Instituto de Derechos humanos Padre Arrupe de la Universidad de Deusto.

2/2008 de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia).

Las personas nos experimentamos como sujetos de dignidad cuando somos capacitados como seres con iniciativa, autónomos, y lo somos realmente. Político-jurídicamente esta dignidad se plasma en la condición de ciudadanía, en la posibilidad de ser "tenidos en cuenta" pues nuestra aportación es estimada como valiosa para la construcción social. La dignidad, por tanto, implica respeto, supone capacitación para la autonomía y exige jurídica-políticamente el reconocimiento de nuestros derechos como ciudadanos.

Existen tres modos de tratamiento y relación, que quebranta la dignidad. Se dan en las siguientes situaciones:

- Cuando se le trata a la persona como puro medio que vale para algo. Decimos entonces que la persona no tiene valor en sí, sino "precio" y se le maltrata para conseguir determinados intereses. En relación al tema que nos ocupa podríamos situar aquí las situaciones de maltrato responsable (económico, sexual…) donde la persona mayor es "utilizada intencionadamente" por una persona o grupo para lograr beneficios.

- Cuando la persona es considerada un no valor, o un disvalor por carencia de capacidades y/o recursos y como consecuencia sufre menosprecio, indiferencia, o incluso exclusión o marginación (no es tenida en cuenta, se le aparta si nos estorba o molesta, se le aísla o margina para no ser vista…). Esta situación no dependerá solamente de las condiciones de la persona mayor (que requiera más o menos cuidado), sino también de la situación subjetiva del cuidador (mayor o menor control emocional) y sobre todo del compromiso ético y el vínculo personal que se dé entre ambos.

- Por último, se atenta contra la dignidad cuando se considera a la persona,como un disvalor peligroso, porque supone una "carga" para otros, para el sistema,…por sus conductas inadecuadas, por generar gasto, molestia, insatisfacción en su familia, sobrecarga en sus cuidadores; en esos casos puede plantearse su "eliminación" y discriminación respecto a los recursos sociales por considerar que son "desproporcionados" para la "calidad de vida" que se obtendrá.

Estos modos de estimación y relación atentan contra la dignidad personal y por ello las clasificamos de trato poco digno o maltrato. En su sentido más estricto, entenderíamos por maltrato una conducta hacia otra persona que le causa un daño en tales circunstancias –que habrá que aclarar- que debe considerarse inmoral, al suponer falta de respeto de la dignidad de la persona dañada, porque implica tratarla expresamente como puro medio.[2] El maltrato es un trato indigno dado a otra persona. Esta dimensión de inmoralidad será pues decisiva en la definición precisa de maltrato.

2.2 La no maleficencia y la justicia

En el "buen trato" a las personas está siempre en juego una cuestión de derechos humanos y justicia, que desbordan los marcos de las relaciones intersubjetivas. Lógicamente, el reconocimiento de la dignidad ontológica de la persona tiene consecuencias de orden ético, tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito político y social. Si se reconoce que toda persona es digna per se, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores y apoyos físicos, normativos y de otro orden, que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales.

En el ámbito de la bioética tal constatación se desarrolla con los principios de no maleficencia y justicia. El embrión de estos principios los encontramos en el llamado "Informe Belmont" (Informe Belmont, 1978) que formuló la necesidad de respetar principios morales en las investigaciones con humanos. Posteriormente Bauchamp y Childress (Bauchamp y Childress, 1979) los difundieron como el núcleo fundamental de su metodología principialista para la toma de decisiones en la práctica médica. En nuestro medio ha sido el profesor Gracia (Gracia, D. 1989) quien ha profundizado en las consecuencias de su aplicación a la asistencia sanitaria.

[2] Las personas podemos tratarnos entre nosotros como "medio", sin que esto sea inmoral. Por ejemplo, el médico es el medio a través del cual el paciente se cura. Esto es acorde con la moralidad porque, *al mismo tiempo* que funciona como medio para un fin, el médico es considerado por el paciente un fin en sí, una persona con dignidad, a la que se le respeta en cuanto tal y se le reconoce su autonomía. Lo inmoral es tratar a alguien como *puro medio* para los intereses de quien lo trata, sin que exista a la vez este respeto y reconocimiento. Como es sabido, estas consideraciones se las debemos a Kant.

El principio de no maleficencia exige a los profesionales y cuidadores formales e informales disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que, en su relación con las personas dependientes, no se lesione su integridad y dignidad. Para ello se hará necesario el desarrollo y seguimiento de buenas prácticas personalizadas que, con evidencia científica suficiente en el caso de los profesionales, mejoren la calidad de vida de las personas. El buen trato a las personas mayores exige para ello, el desarrollo de la investigación y la formación en el ámbito de la geriatría y la gerontología, especialmente en aquellos ámbitos en que se dan situaciones especiales de deterioro y dependencia, como son las enfermedades neurológicas como las demencias y los procesos de final de la vida.

En cuanto a la justicia, el respeto a la dignidad supone que las personas no sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de lograr una "vida realizada" en función de factores como la edad, la enfermedad, el nivel de autonomía, etc. En su versión distributiva, la justicia está decididamente mediada por las instituciones e implica relaciones guiadas por el criterio del reparto equitativo de bienes y recursos con los que se satisfacen necesidades y se potencian las capacidades. Hay situaciones que suponen en sí un atentado contra la justicia distributiva, y por tanto contra la dignidad, como puede ser los criterios de exclusión en función de la edad de determinadas prestaciones sociales. Podemos hablar, incluso, de situaciones de maltrato en el ámbito de los mayores, que han sido provocados por la ausencia de recursos para la atención de necesidades básicas (como la ausencia de cuidadores familiares). Afortunadamente el Estado, a través del sistema de servicios sociales ha asegurado la atención a las personas en grave situación de dependencia. Por otro lado, la justicia positivizada en el Derecho debe regular el modo como debe indagarse, enjuiciarse, condenarse, repararse y, eventualmente, castigarse los delitos de maltrato en sus diferentes figuras penales.

Estos principios de no maleficencia y justicia reclaman a los responsables en cada caso:

- Formación para los cuidadores y profesionales para evitar situaciones de riesgo
- Validación de los procedimientos empleados en la atención a las personas mayores, especialmente cuando los mismos puedan generar una limitación de derechos (restricciones, ingresos involuntarios, etc.)

- Iniciativas para mejorar el buen trato a los mayores como guías buenas prácticas, formación en ética, sistemas de calidad y control que incluyan indicadores de buen trato.
- Establecimiento de medidas para evitar la discriminación de los mayores en los medios públicos como la asistencia sanitaria, el acceso a los servicios públicos de trasporte, ocio, etc.
- En relación al maltrato: instrumentos de prevención, medidas de reparación a las víctimas del maltrato, eventualmente castigo a los culpables,

2.3 La autonomía y la beneficencia

Cuando nos planteamos como fomentar el buen trato a las personas mayores, no nos conformamos con no hacer daño, con respetar la dignidad y con evitar discriminaciones o situaciones de exclusión. Pretendemos que las personas mayores puedan vivir de acuerdo a su modo de ser propio y puedan continuar su desarrollo biográfico e histórico en esta etapa de su vida. Para ello requieren entornos y relaciones que posibiliten el aprendizaje para alcanzar los propios objetivos.

Para lograrlo se necesitan relaciones que empoderen a la persona mayor, haciéndole protagonista y responsable de sus decisiones, conductas, bienestar y, en definitiva, de su "calidad de vida". Situándonos en este marco privado e intersubjetivo, y partiendo de que deben asumirse también en él los dos principios anteriores, aparecen otras dos obligaciones éticas irrenunciables para tratar bien a las personas: el respeto y desarrollo de su autonomía y la exigencia de beneficencia.

Quisiera aclarar que las relaciones asistenciales, sanitarias o de servicios sociales, se dan en este marco. Son relaciones que pretenden afectar, transformar y modificar la vida privada de las personas con el objetivo de superar las dificultades que le impiden "apropiarse de su vida", fomentar su salud y mejorar sus niveles de interacción social. Entendemos la salud como la "capacidad de posesión y apropiación del cuerpo" (Gracia, 1988). Dicha capacidad presupone dos niveles diferentes: el nivel biológico que define como ausencia de enfermedad o disfunción, y el nivel biográfico o moral que determina el nivel de bienestar personal en referencia a los propios objetivos vitales (Gracia, 1991). Desde esta concepción, el ser humano vive saludablemente, con salud, cuando puede llevar adelante su proyecto

de vida integrando en ella dos dimensiones fundamentales de su vivir: la corporalidad y la autoconciencia. Una vida saludable requiere niveles suficientes y gratificantes de interacción social que le permiten satisfacer las necesidades generadas por su vulnerabilidad o su deseo de desarrollo personal.

El principio de autonomía reclama respeto a la autodeterminación de las personas con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). Las personas, en virtud de su dignidad, son capaces de proponerse sus propios fines y, además, están obligados a perseguirlos. Respetar el propio código moral, los propios valores y creencias, es la primera obligación que sentimos cuando hemos desarrollado nuestra capacidad de libertad y responsabilidad. El respeto a la autonomía, requisito indispensable del buen trato, se desarrolla en diversas direcciones. A continuación presento brevemente algunas de ellas:

- Demanda contar con el permiso o consentimiento de los destinatarios de nuestra relación para acceder a su vida privada. El derecho a la privacidad, intimidad y confidencialidad es una consecuencia de la obligación de respetar la autodeterminación de las personas.
- Cualquier acción o intervención en la privacidad de otra debe evitar no solo imposiciones sino también engaños y manipulaciones, incluso cuando pensamos que son por su bien. El respeto a la autonomía conduce a eliminar cualquier obstáculo que impide a las personas tomar decisiones voluntarias y libres.
- El desarrollo de capacidades para la autonomía requiere aportar información comprensible y completa de la situación que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, conociendo los riesgos y beneficios de las mismas.
- Por último requiere apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones. En ocasiones será necesario poner a disposición de las personas recursos especiales como: modos alternativos de comunicación; instrumentos para conocer, explorar y recoger sus valores y preferencias para ser tenidas en cuenta en situaciones futuras de incapacidad;…

El principio de beneficencia es sin duda, el principio más implicado en el buen trato a las personas mayores. Nos proponemos y exigimos tratar bien para lograr el mayor beneficio y bienestar de las personas. Rige, sobre todo, para las personas que tienen relaciones de atención profesional o de cuidado informal con otras. Exige a los cuidadores:

- Que el bien que haga siguiendo criterios objetivos de mejora de calidad de vida, sea valorado también como bien por la propia persona mayor pues le ayuda a completar su biografía o proyecto de vida de acuerdo a su modo de ser.
- Que, en el caso de que observen carencias de autonomía, orienten prioritariamente la acción benefactora a potenciarlas todo lo que se pueda, y a sustituirlas únicamente en lo que no se pueda.
- Que, caso de tener que sustituir las decisiones de la persona mayor, las opciones elegidas tengan en cuenta los valores de la persona a la que se representa.

2.4 La prudencia

Cada persona tiene un modo único y distinto de percibir su realidad, la realidad de otros y la realidad del mundo. Esta percepción condicionará en gran medida sus decisiones y, por tanto, su estimación de lo que es una vida buena y realizada, y de lo que considera "calidad de vida". No es posible conocer la verdad absoluta sino las diferentes verdades de una realidad que se experimenta diferente, desde diferentes situaciones y perspectivas: la de la persona mayor, la de su representante, la de los familiares, la de los profesionales sanitarios, la de los profesionales de servicios sociales, la de los gestores, etc. Los principios se aplican siempre a situaciones concretas en que no siempre es fácil determinar qué es lo mejor para la persona mayor, pues entran en conflicto diversos valores y responsabilidades. En esos casos es necesario tener en cuenta a todos los afectados e implicados en la decisión.

Pero no todo diálogo supone un compromiso moral de lograr un entendimiento entre las partes; hay diálogos que se quedan en la comunicación de las diferentes perspectivas. El "buen trato" exige comprometemos, no sólo a dialogar, sino a deliberar, es decir, a dejarnos afectar para encontrar la mejor solución posible, especialmente en situaciones de vulnerabilidad grave de la persona mayor. El diálo-

go racional y la deliberación práctica es una habilidad que debe de incorporarse para impulsar el trato digno a las personas mayores.

El profesor Gracia (Gracia, 2001) propone el método deliberativo para estos casos. Dicho método exige: la escucha atenta de los argumentos de cada persona y/o parte; el compromiso de intentar comprender la situación completa en toda su complejidad; el análisis de los valores implicados; la argumentación racional sobre las diferentes soluciones o propuestas posibles y dentro de ellas de las más optimas; la aclaración del marco legal de la solución acordada.

Quiero hacer notar la insistencia en el compromiso de los implicados en la búsqueda de una solución responsable y prudente que resulte la más adecuada para respetar la dignidad de las personas implicadas, tras un proceso de deliberación racional.

3. UN ITINERARIO PARA EL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES: EL CASO DE JUAN

Como resumen y aplicación práctica de lo anterior podemos intentar pensar en cómo "tratar bien" a Juan.

Juan es un hombre soltero de 78 años, agricultor que vive solo en una casa de campo. Tiene la ayuda de una sobrina que le "organiza" los cuidados básicos y de una persona contratada que 4 días a la semana, dos horas cada día, le realiza las labores domésticas. Además tiene una excepcional relación con sus vecinos a los que ve muy frecuentemente y con los que comparte, casi diariamente, labores agrícolas y ocio. Tras un ingreso por una intervención quirúrgica en el que se le amputa una pierna y se detecta un mal control de varias enfermedades crónicas, se plantea qué hacer con Juan en esta última etapa de su vida en que probablemente sufrirá un deterioro progresivo.

Juan sufriría un trato inadecuado o incorrecto, por no cumplirse los principios anteriores y por tanto no respetar la dignidad de Juan, si ocurre algo como lo siguiente:

- No es informado de su situación, de las alternativas o recursos existentes de modo claro y adecuado.
- La determinación de sus cuidados se realiza sin tener en cuenta sus necesidades propias e individuales y sin su participación o la de los que le conocen.
- Es discriminado en determinados servicios o de determinadas prestaciones por su condición de persona mayor "pluripatológica" o por generar "costos" que se consideran desproporcionados para el sistema o la familia.
- Es ingresado en contra de sus deseos en un centro residencial.
- Pierde las relaciones significativas de su vida.

A continuación podemos intentar un itinerario de "buen trato a Juan", que comienza con una percepción éticamente correcta y concluye con la responsabilidad de su cuidado y la protección a su vulnerabilidad.

3.1 La percepción de su "valor".

El punto de partida del buen trato a Juan, es una buena estimación, una percepción de su valor y su dignidad. Dicha percepción debe comenzar por las propias personas mayores. Fomentar la autoestima de Juan es el primer paso para evitar su maltrato o el trato no digno. La percepción y las actitudes que dicha percepción genera son debidas en gran parte a los valores culturales en que somos socializados. Por ello es necesario superar el modelo "deficitario" de la vejez, que identifica esta etapa con "enfermedad", "improductividad", "involución", "decadencia", y sustituirlo por un modelo de "desarrollo" que asume un concepto biográfico de salud como proyecto de vida y plantea nuevos objetivos y metas para esta nueva situación.

El "deficientismo" es el caldo de cultivo para el maltrato. Tratamos mal a aquello que no vale, y no esperamos que nadie lo trate bien, por lo que consideramos "heroicas" las personas que mantienen compromisos de cuidado y atención digna a los mayores dependientes. Una percepción "ajustada" de las personas mayores que incluya sus capacidades, además de sus déficits, tendrá como consecuencia el "reconocimiento" (Fraser 2008) social necesario de sus derechos y

la solicitud de su participación en los ámbitos políticos de participación donde se decide el "bien común".

El reconocimiento de Juan como "valioso" generará relaciones intersubjetivas de beneficio mutuo en que todos los implicados en la relación esperan, y logran, enriquecerse y capacitarse en el encuentro. Supondrá un modelo de relación de confianza en el que informar a Juan de su situación con la expectativa de que es capaz de determinar, decidir y responsabilizarse de esta nueva etapa de su vida. Así además evitaremos consecuencias como la "sobrecarga", el "síndrome de burn-out", en alguno de sus familiares (por ejemplo su sobrina), o relaciones "defensivas de mínimos legales" (no podemos abandonarle) que, si bien no pueden catalogarse como maltrato, son uno de los factores predictores del trato no digno y de situaciones de sufrimiento en personas mayores vulnerables.

3.2 El compromiso con su "dignidad"

El buen trato a Juan parte de una percepción correcta que genera estima, y promueve un compromiso con la mejora de su calidad de vida. Dicho compromiso es el que motiva a los que conviven y asisten a los mayores a "capacitarse" y "cualificarse" con el objetivo de "mejorar" el bienestar de la persona mayor. Dicha capacitación deberá incluir:

- aspectos técnicos que logren mejorar los indicadores objetivos de salud (en el caso de Juan mejorar el control de sus enfermedades crónicas, lograr una buena adaptación con su minusvalía, atender las necesidades emocionales que tenga tras la amputación de su pierna…) e inclusión social (proponer las ayudas y apoyos técnicos necesarios para mantener en lo posible sus interacciones sociales…)

- aspectos relacionales que sean percibidos como satisfactorios por las personas mayores, por evitarles daños personales o sociales, promover su autonomía personal y proteger su dignidad en caso de ser incapaces para gestionar su vida responsablemente. La solicitud con Juan "obliga" a los profesionales a capacitarse en competencia emocional y relacional y en habilidades de comunicación; en el caso de Juan supondrá poseer habilidades para informar de modo comprensible de las diversas alternativas sociales y sanitarias, dar malas noticias, sostener el impacto emocional, ayudarle a decidir…

- Por último se requiere también cualificación ética. Para ello es necesario capacitarse para la deliberación y la toma de decisiones prudentes con Juan y los suyos, y desarrollar cualidades personales, también llamadas virtudes, que posibiliten que la persona se sienta valiosa, respetada y protegida. En este caso se necesitará paciencia para que Juan se adapte a esta nueva etapa y serenidad para no generar situaciones de conflicto entre Juan y sus familiares.

3.3 El respeto y promoción de su autonomía

El respeto a Juan se despliega en dos direcciones: una negativa a decidir o hacer acciones que le generen daño y otra positiva que nos exige procurarle las condiciones para una vida digna.

En la primera de las direcciones el punto de partida es el reconocimiento de la persona mayor como persona capaz y autónoma para gestionar su vida. La autonomía de Juan puede verse afectada por su situación de "dependencia funcional" o vulnerabilidad, pero es necesario no considerarle por ello incapaz de decidir sobre su vida.

La autonomía hace referencia a la capacidad de responsabilizarse de las decisiones y acciones propias y de las consecuencias de las mismas para sí o para otros. Juan es autónomo cuando vive de acuerdo a su modo de ser propio, a su proyecto de autorrealización, al código moral que determina sus valores y obligaciones. El respeto a la autonomía, entendida como evitar aquellas situaciones que cercenan la capacidad de las personas mayores para gestionar con libertad y responsabilidad su vida, conlleva:

- No invadir los ámbitos privados de Juan sin su autorización y cuidar especialmente el acceso sin mediar una relación de confianza a espacios de intimidad y privacidad si no es necesario para su bienestar. En este apartado incluimos la corporalidad, la sexualidad, las propiedades, la información personal y los valores y creencias de Juan

- Protegerle del acceso de otros a su vida privada sin su consentimiento. De ahí se deriva la obligación de confidencialidad de los profesionales y la necesidad de preguntarle quien quiere que acceda a su cuidado; también el derecho a la protección de sus datos personales.

- No utilizar engaños, manipulaciones y coacciones que pueden limitar y condicionar, e incluso eliminar, la voluntad personal de Juan.

- Informar de modo completo y comprensible de todo aquello que debe conocer para poder decidir con libertad y responsabilidad de acuerdo a sus valores y creencias, cómo y dónde vivir esta etapa, con qué recursos debe contar para cada alternativa, qué personas de su entorno pueden ayudarle y con qué condiciones, etc.

- Facilitar que Juan pueda expresar sus valores y decisiones y participe en la deliberación de las decisiones que le afectan.

En un sentido activo el respeto a la dignidad exige promover su autonomía personal y capacitarle para una vida responsable. En este sentido el "buen trato" a las personas mayores genera en los profesionales, familiares e instituciones promover contextos y facilitar apoyos personalizados para una vida autodeterminada, y, por tanto, única para cada persona. Sin duda el modelo de "Atención integral centrado en la persona" es el mejor para lograrlo (Martínez, 2011) pues, desde el enfoque de las capacidades, promueve a través de programas personalizados que cada persona mayor pueda, si es posible, dar continuidad a su historia personal en su entorno habitual, y si no es posible pueda vivir en otro lugar "a su modo".

3.4 La inclusión en los ámbitos de participación ciudadana

El buen trato a los mayores incluye el reconocimiento de su condición de ciudadanos. Para ello los mayores tienen que poder participar en el espacio público y su perspectiva debe ser tenida en cuenta en los procesos políticos de deliberación sobre la gestión del bien común. Lo frecuente es la consideración de los mayores como objeto de atención de las instituciones públicas. Considerarles sujetos protagonistas de la construcción social requiere hacer efectivo el paradigma del Envejecimiento Activo propugnado por la OMS, aprobado por Naciones Unidas y destacado por la Unión Europea, que designó 2012 como "Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional". La concreción para ello se recoge en el excelente "Manifiesto para una política de envejecimiento activo" (Asociación de mayores Madrid XXI y Fundación Pilares, 2013). Algunas de sus recomendaciones posibilitarían que Juan contase con propuestas acordes a su modo de ser en este momento, más acordes a una cultura

rural como es la suya, que pidiera posibilitar considerar a alguno de sus vecinos como cuidadores principales, etc.

3.5 La protección de su vulnerabilidad

Por último, no podemos obviar que, casi con toda probabilidad, Juan necesitará intervenciones y cuidados más intensos y especializados en breve tiempo. Dichos cuidados deberán ser acordes a su modo de ser propio y consentidos por él en la medida que lo posibiliten sus capacidades. Para ello deberemos de procurar recursos que mejoren sus niveles de confort emocional y físico, de modo que podamos asegurar que sus decisiones no están siendo coaccionadas por altos niveles de malestar físico (disconfort, dolor…) o emocional (soledad, abandono…).

En aquellos ámbitos en que Juan no pueda decidir por sí mismo se deberá procurar atenciones conformes a su modo ser, sus gustos, preferencias y valores. El buen trato a Juan incluye conocer dichos valores y preferencias, registrarlas, y ayudar a sus representantes a decidir conforme a los mismos. Si es posible deberemos facilitar a Juan la expresión de sus directrices previas y la participación en la planificación anticipada de sus cuidados al final de su vida, sin olvidar la atención a sus necesidades psicosociales, espirituales y religiosas.

Por último, creo que en la situación actual es imprescindible incluir en la obligaciones de "buen trato" con las personas mayores la coordinación entre los diversos ámbitos de intervención (social y sanitario) y los diferentes niveles dentro de esos ámbitos (comunitario y especializado). No es infrecuente que la falta de cooperación y colaboración genere altas dosis de confusión, desorientación, e incluso lesiones a las personas mayores. Dicha obligación es principalmente de los profesionales con responsabilidades políticas y de gestión, pero cuando las estructuras no lo faciliten deberán de ser los profesionales de atención directa los que soliciten y faciliten la información y las acciones necesarias para evitar situaciones de atención insuficiente, inapropiada o abandono en la atención a las personas mayores por considerarse que dicha acción no está asignada con claridad su responsabilidad y competencia.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

CIS (Centro de investigaciones sociológicas) (2009). Barómetro de enero. Estudio nº 2.801. http://datos.cis.es/pdf/Es2801mar_A.pdf [consultado el 23 de febrero de 2013]

ETXEBERRIA, X. (2004). Ética y discapacidad. Siglo 0. Revista Española sobre discapacidad intelectual. Vol 35(2). Num 210.

ETXEBERRIA, X. Y FLOREZ, J. Discapacidad y sociedad: aspectos éticos. <http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=category&id=878&Itemid=2309> [consultado el 11/11/2013]

ETXEBERRIA, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos; 48. Universidad de Deusto.

FRASER, N. (2006). La justicia social en la era de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En N. Fraser, N. y A. Honneth, *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate filosófico-político* (pp. 17-88, 2003), traducción de Pablo Manzano. Morata-Fundación Paideia Galiza.

FRASER, N. (2008). *Escalas de justicia*. Traducción de Antoni Martínez Riu. Madrid. Herder.

GRACIA, D. (1989) .Fundamentos de Bioética. Madrid. Triacastela.

GRACIA, D. (1991) Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. Eudema.

GRACIA, D. (1998).Salud, ecología, calidad de vida, Jano 35, 133 - 147.

GRACIA, D. (1991) Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud, Labor Hospitalaria 219, 11-14.

GRACIA, D. (2001) La deliberación moral: el método de la ética clínica, Medicina clínica 117, 18-23.

GRUPO PROMOTOR DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2013). Confidencialidad en Servicios Sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales. Oviedo. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

IBORRA, I. (2008). Maltrato a personas mayores en la familia en España. Centro Reina Sofía. <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Maltrato_personas_mayores.pdf> [descargado el 12 de febrero de 2013]

LA VANGUARDIA. 11 de febrero de 2013. <http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20121005/54351608727/desiguales-por-edad.html#ixzz2Kbe01a5L > [consultado el 11/11/2013]

NATIONAL COMISSION FOR THE PROTECTIÓN OF HUMAN SUBJET OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (1978); The Belmont Report: Ethical Principles and guidelines for the protectión of human subjets of research. Bethesda. Maryland

NUSSBAUM, M. C. (2012). Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano. Paidos

MARTINEZ, M.T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz. Gobierno Vasco. Documentos de bienestar social, 76.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES – IMSERSO (2006) Percepciones sociales hacia las personas mayores. Comunicación e Ciudadanía http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo06.pdf [consultado el 11/11/2013]

RICOEUR, P. (2005). *Caminos del reconocimiento. Tres estudios* (2004). Traducción de Agustín Neira. Madrid. Trotta.

SEN, A. (2000). *Desarrollo como libertad* (1999). Traducción de Esther Rabasco y Luis Toharia. Barcelona. Planeta.

SEOANE J. A. (2011) La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: perspectiva jurídica. Siglo 0. 42/1, 21- 32

WOLFF, J. Y DE-SHALIT, A. (2007). *Disadvantage*. Oxford. Oxford University Press.

Envejecimiento activo: un reto individual y social

Active aging: individual and social challenges

Mª Dolores ZAMARRÓN CASSINELLO
Universidad Autónoma de Madrid.
loles.zamarron@uam.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Mayo de 2013 (pp. 449-463)
Fechas: Entrada: 21-02-2013; Aceptado: 08-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El envejecimiento de la población ha supuesto que los políticos cambien de estrategias dirigidas a los mayores. El reto ya no es aumentar la esperanza de vida sino la esperanza de vida libre de discapacidad. En este contexto surge el paradigma del envejecimiento activo definido como *"el proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece".* Los determinantes del envejecimiento activo serían: económicos, sociales, físicos, de salud y servicios sociales, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida). En base a ellos, la forma en la que envejecemos dependerá tanto de las medidas socio-políticas que se lleven a cabo en un determinado país como de las acciones individuales que cada uno adopte a lo largo del ciclo vital en interacción con su entorno para mejorar su propia forma de envejecer.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento activo, ciclo vital, bio-psico-social

ABSTRACT

The population aging has driven politicians into changing their strategies for the elderly. The challenge now is not only to increase life expectancy, but life expectancy free of disability. In this context arises the active aging paradigm defined as *"the lifelong process which optimizes the physical, social and mental health in order to extend the expectations of health, participation and security, therefore, the quality of life as you age"*. The determinants of active aging would be: economic, social, physical, health and social care, personal (psychological and biological) and behavioral (life styles). Based on this, the way we age will depend on the socio-political measures applied in a specific country and the particular actions that each individual will adopt along its life, in interaction with its environment, to improve its own way of aging.

KEY WORDS

Active aging, life cycle, bio-psycho-social

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XX y lo que llevamos del XXI, la esperanza de vida al nacer se ha duplicado en los países desarrollados. Este hecho se debe, en gran parte, a la mejora de la situación socioeconómica, de las condiciones medioambientales, de los tratamientos médicos y de la asistencia sanitaria (Eurostat, 2011). Al mismo tiempo se ha producido un descenso de la natalidad y todo ello ha supuesto un envejecimiento significativo de la población. En el caso de España, la esperanza de vida al nacer se cifra en 81,9 años (79 los hombres y 85 las mujeres) (OMS, 2012) y la tasa de fertilidad en 1,38; produciéndose la circunstancia de que alrededor del 18% de los españoles son mayores de 65 y el 5,3% tiene más de 80 y las perspectivas de futuro son que este porcentaje se incrementará hasta el punto de que en el 2060 España será el país de la UE con un mayor porcentaje de octogenarios (14,2%); por delante de Italia (14,1%) y Alemania (13,5%) (Eurostat, 2012).

Como consecuencia, en las últimas décadas la estructura de nuestra sociedad también ha variado más que nunca. Han cambiado las estructuras familiares, los roles, hábitos higiénicos, sanitarios, educativos y laborales. Aunque no cabe duda que todos estos cambios son positivos, también suponen un desafío a la ciencia y a la sociedad ya que la edad está asociada a la enfermedad y ésta a la discapacidad; produciéndose, al mismo tiempo que la población envejece, un aumento de personas con limitaciones funcionales. Desde esta perspectiva, el indicador de la Esperanza de Vida libre de Discapacidad (EVLD), que hace referencia a la esperanza de vida saludable, es un indicador que cobra cada vez más relevancia ya que da cuenta de la "calidad" de vida más que de la "cantidad".

En 2010 el número de años de vida saludable (al nacer) se estimó en 61,7 para los hombres y 62,6 años para las mujeres en la Unión Europea (Eurostat, 2011), lo que representa aproximadamente el 80% y el 75% de la esperanza de vida total para hombres y mujeres. En España la esperanza de vida libre de discapacidad (2010) se estima en 63,9 años para las mujeres y 64,4 años para los hombres. Si tenemos en cuenta que los hombres viven, de media, 79 años y las mujeres 85, las mujeres tendrán 6,5 años más de morbilidad y discapacidad que los hombres. Es decir, según los datos, los hombres viven menos pero con mejor calidad de vida que las mujeres. Seguramente debido a una mayor prevalencia de enfermedades de huesos y

articulaciones por parte de las mujeres. Por ejemplo, la artrosis o la osteoporosis son enfermedades que afectan mucho más a las mujeres, sobre todo después de la menopausia, produciendo, en muchos casos, una limitación de la movilidad a quien las padece.

Aumentar la vida saludable es uno de los objetivos principales de la política sanitaria de la OMS, dado que no solo mejoraría la situación de las personas mayores, sino que también implicaría la reducción de los gastos sanitarios. El verdadero reto para la sociedad y la ciencia no es el del incremento de la esperanza de vida sino de la esperanza de vida saludable. Ampliar la esperanza de vida libre de discapacidad supondría reducir el costo social y producir un mayor bienestar y calidad de vida a los ciudadanos.

Pero el envejecimiento, además de constituir un fenómeno de la población, también representa un fenómeno individual y su estudio se debe abordar desde una perspectiva bio-psico-social; Y, aunque, hasta hace unas pocas décadas, ha sido la biología la que ha prevalecido en el estudio del envejecimiento (Birren,1960), en la actualidad existe un consenso científico en que el ser humano en interacción con su ambiente a lo largo del ciclo vital construye, en gran medida, su propia forma de envejecer; y que aunque es verdad que el individuo nace con una carga genética que influye en su longevidad, esa influencia genética representa un 25% dejando un 75% a factores conductuales y ambientales (Kirkwood, 2005). De ahí que exista una gran variabilidad en las formas de envejecer representadas como vejez "normal" "patológica" y con "éxito" (Baltes y Baltes, 1990a); las variables bio-psico-sociales determinan el modo en que envejecemos y las acciones del individuo en interacción con su ambiente serán las principales responsables del mismo.

2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Aunque tradicionalmente muchas de las teorías psicosociales sobre la vejez la han abordado desde una perspectiva de la desvinculación en el sentido de que en esta etapa de la vida las personas mayores deben retirarse de la vida activa y prepararse para el momento de la muerte, en los treinta últimos años, como consecuencia de la evidencia empírica de las diferentes formas de envejecer, se ha roto con ese enfoque negativo y surge un nuevo paradigma que ha venido tomando distintos nombres: *"saludable"* (OMS, 1990), "*buen enveje-*

cer" (Fries, 1989), *"con éxito"* (Rowe y Khan, 1997; Baltes y Baltes, 1990a), *"competente"* (Fernández-Ballesteros, 1996) o *"activo"* (OMS, 2002). El concepto ha ido evolucionando, desde la definición de la OMS de 1990 de envejecimiento saludable (centrado en la salud), hacia un modelo mucho más integrador como el de envejecimiento activo (OMS, 2002) definido como "*el proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece"* (p.26). Asume el modelo de Kalache y Kickbuschy (1997), considerando el envejecimiento como un proceso que se inicia en el nacimiento y cuyo éxito dependerá de las transacciones del individuo con el ambiente donde se desarrolla. Desde esta perspectiva, el envejecimiento no solo es cuestión de edad, ni tampoco del azar o de la suerte, sino que las formas de envejecer y la enorme variabilidad existente dependerán de la optimización de los recursos del individuo durante la infancia y adolescencia, de maximizar dichos recursos a lo largo de la edad adulta y de mantener un óptimo funcionamiento en la vejez.

Sustituye la planificación estratégica sobre las personas mayores basada en las "necesidades", por la basada en los "derechos" de independencia, participación, dignidad, atención y auto-desarrollo. Respetando la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de su ciclo vital.

El objetivo es extender la productividad, independencia y calidad de vida a edades avanzadas. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales, y educativas. Ofreciéndoles al mismo tiempo una adecuada protección, seguridad y atención médica cuando lo necesitan.

En la figura 1 se presentan los determinantes del envejecimiento activo de forma circular para indicar las múltiples direcciones en las que actúan tanto desde el individuo (recursos personales y conductuales) como desde el contexto (sistemas sociales, ambientales, económicos y de servicios sanitarios y sociales), dentro del marco condicionante que generan la cultura y el género. En la tabla 1 se presentan los factores o variables asociadas a cada uno de los determinantes del envejecimiento activo descritos por la OMS, 2002.

Figura 1: Determinantes del envejecimiento activo (OMS, 2002)

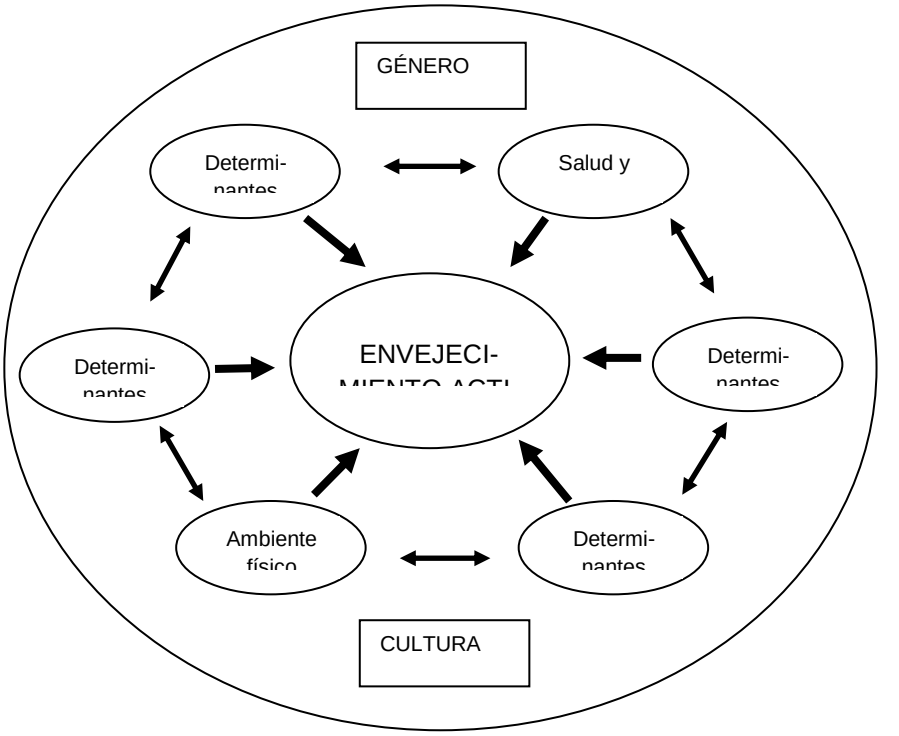


Tabla 1: Determinantes del envejecimiento activo (OMS, 2002)

Determinantes transversales	• Cultura • Género
Determinantes relacionados con los sistemas sociales y sanitarios	• Promoción de la salud y prevención de la enfermedad • Servicios curativos • Asistencia de larga duración • Servicios de salud mental
Determinantes conductuales	• Tabaquismo • Actividad física • Alimentación sana • Alcohol • Medicamentos • Cumplimiento terapeútico
Determinantes relacionados con factores personales	• Biología y genética • Factores psicológicos (inteligencia, autoeficacia, afrontamiento, control)
Determinantes relacionados con el entorno físico	• Entornos físicos • Seguridad en la vivienda • Caídas • Agua limpia, aire puro, alimentos
Determinantes relacionados con el entorno social	• Apoyo social • Violencia y abuso • Educación y alfabetización
Determinantes económicos	• Ingresos • Protección social • Trabajo

2.1. Definición empírica del envejecimiento activo

¿Cuántas personas disfrutan de un envejecimiento activo? La respuesta no es fácil. Fernández-Ballesteros, en una revisión sobre diferentes investigaciones dirigidas a esclarecer este tema, encontró una enorme variedad en los resultados sobre la prevalencia del envejecimiento activo. El porcentaje de personas que envejecen con éxito, en los estudios descritos fue muy variado, oscilando entre un 12 y un 50%. Según Fernández-Ballesteros (2009), la enorme amplitud de la horquilla se debe sobre todo a las diferentes formas de operativizar el envejecimiento activo en función del concepto de partida, ya que los ingredientes o variables utilizadas para medirlo han sido muy diferentes. Hay autores que lo han evaluado unidimensionalmente (por

ejemplo: capacidad funcional) o multidimensionalmente (salud, funcionamiento cognitivo, físico, social, emocional…). Obviamente, la prevalencia de personas que se sitúan en dicha categoría varía en función de las exigencias marcadas como criterio del concepto.

La conclusión a la que llegó esta autora fue que los criterios generalmente aceptados (parcialmente o en su conjunto) para identificar el envejecimiento activo son: condiciones de salud, funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social.

También la edad, el nivel de educación y el método utilizado fueron variables responsables de los diferentes resultados encontrados.

El equipo de Fernández-Ballesteros ha puesto en marcha varias investigaciones longitudinales para analizar el concepto y sus determinantes. Para ello se utilizaron dos muestras de sujetos: 55-75 años y de 90 y más años, los cuales tenían su capacidad cognitiva preservada.

Las variables utilizadas por el grupo más joven (55-75 años) para definir el concepto fueron: "*no necesitar ningún tipo de ayuda*", "*no tener ningún problema de salud*"," *poder valerse por sí mismo*", "*calificar la salud como "buena" o "muy buena"*, "*haber obtenido en el MMSE una puntuación superior a 27*", " *estar "bastante" o "muy" satisfecho con su vida" y" realizar más actividades productivas que la media del grupo*". El porcentaje de individuos de 55-75 años que presentaron envejecimiento activo con estos criterios fue del 27%. A los 4 años solo el 30% de ellos siguieron disfrutando dicha categoría. Realizar actividades de ocio y la capacidad de aprendizaje asociativa, de atención y concentración fueron las variables tomadas en la línea base que mejor predijeron el envejecimiento activo a los 4 años de seguimiento. En el caso de los individuos de 90 y más años –con los que se utilizaron criterios menos exigentes- ("*bastante o muy satisfechos con sus vidas*", "*percibir su salud como buena o muy buena*", "*no tener dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria" y "tener una puntuación en el MMSE ≥26*"), el porcentaje fue del 28% y al año de seguimiento, el 40% de los que disfrutaban de envejecimiento activo dejaron de hacerlo. De ellos, perdieron significativamente más mujeres que hombres dicha categoría. Los mejores predictores -tomados en la línea base- del envejecimiento activo de los nonagenarios (al año de seguimiento) fueron la capacidad auditiva

informada por los sujetos, la capacidad de aprendizaje asociativo, concentración y atención y la frecuencia en que realizan gestiones propias. Es decir determinantes de salud, de actividad cognitiva y de actividad productiva (Zamarrón, 2010).

Serían necesarias más investigaciones longitudinales, además del seguimiento de las que están en marcha, para comprobar si los determinantes encontrados se replican en las nuevas y se mantienen en los seguimientos de las que ya están iniciadas.

2.2. Promoción del envejecimiento activo

Según el modelo de envejecimiento activo descrito anteriormente, éste dependerá tanto de las medidas socio-políticas que se lleven a cabo en un determinado país como de las acciones individuales que cada uno adopte para mejorar su propia forma de envejecer.

A nivel político sería necesario impulsar medidas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, y transporte, respaldando la participación de los mayores en los diferentes aspectos de la vida comunitaria. Este objetivo se sustenta en tres pilares básicos: Salud: prevenir y reducir la discapacidad, las enfermedades crónicas y la mortalidad prematura. Los sistemas sanitarios y sociales públicos y privados deberían colaborar en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estableciendo programas que fomenten hábitos de vida saludables. Participación: Se debe facilitar que las personas mayores sigan contribuyendo productivamente en la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar. Las políticas de envejecimiento activo deberían ir dirigidas a incentivar a los empleados a retrasar su jubilación y a los empresarios para que contraten y mantengan a los mayores en sus trabajos. Asimismo, la creación de oportunidades para el voluntariado sería fundamental para que los mayores se comprometieran con estas actividades que forman parte del envejecimiento activo ya que, además de proporcionar una gran ayuda para la sociedad, también los individuos que participan en ellas se benefician enormemente mejorando no solo sus habilidades y relaciones sociales, sino que el hecho de sentirse más útiles ayudando a los demás, mejora su satisfacción con la vida, autoeficacia y control personal. Igualmente, promocionar contextos educativos –como las universidades de mayores- para facilitar el aprendizaje continuo de los mayores, son aspectos todos ellos fundamentales que facilitan que los mayores sigan siendo productivos y participando de la sociedad. Se-

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

guridad: Las políticas y programas deben abordar las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física para los mayores, garantizando su protección, su dignidad y su asistencia. Se debe apoyar a los familiares que cuidan de ellos. La incorporación de la mujer al ámbito laboral en los últimos años ha supuesto que el cuidado informal a través de las familias, muchas veces sea insuficiente. El Estado debe establecer una legislación y una base financiera para proporcionar los servicios adecuados de atención a largo plazo.Pero las políticas que fomentan el envejecimiento activo no serían efectivas si el individuo no hiciera nada por beneficiarse de ellas y así optimizar su forma de envejecer. El individuo puede hacer mucho para envejecer mejor. Ya hemos comentado que el envejecimiento es un proceso que depende de las transacciones del individuo con su ambiente a lo largo del ciclo vital. Potenciarlo dependerá de lo que haga a lo largo de su vida. Obviamente, "cuanto antes mejor". Pero eso no quiere decir que no se pueda hacer nada cuando uno ya es mayor. Nunca es demasiado tarde; se puede hacer mucho después de los 65 años para disfrutar de un mejor envejecimiento. Los cambios positivos en los estilos de vida valen la pena a todas las edades; así como también seguir participando activamente en la sociedad, trabajando, cuidando nietos, haciendo tareas de voluntariado, participando en programas educativos, de ocio, etc. Existe una amplia evidencia empírica que muestra la efectividad de las intervenciones con mayores. (Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Peel, McClure, & Bartlett, 2005). La OMS (2002) propone cuatro políticas de acción para la promoción de los factores individuales que determinan el envejecimiento activo: (1) reducir los factores de riesgo asociados a enfermedades e incrementar los de protección de la salud a través de hábitos saludables y ejercicio físico; (2) promover los factores de protección del funcionamiento cognitivo; (3) promover las emociones y un afrontamiento positivo; y (4) promover la participación psicosocial. En primer lugar, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ponen de relieve la importancia que tienen los estilos de vida (ejercicio físico, dieta, no fumar, beber moderadamente, la adherencia al tratamiento, etc.). Las personas mayores que han adoptado estilos de vida saludables comparadas con las que no lo han hecho aumentan, de media, en más de 7 sus años de vida libre de discapacidad (Fries, 2002).Por otra parte, el declive cognitivo que ocurre con el paso del tiempo puede ser compensado con ejercicios. La actividad intelectual a lo largo de la vida reduce el declive cognitivo asociado a la edad y se considera un factor de protección de la demencia (Fratiglioni et al, 2004). Los programas de psicoestimulación cognitiva han mostrado su efectividad incluso en personas con inicio de demencia (Zamarrón y col , 2008; Calero y Navarro, 2007; Stern, 2002; 2003). Así mismo, la auto-

eficacia para envejecer o la percepción de control interno son buenos predictores de envejecimiento activo (Burns y Seligman, 1989). Variables de personalidad como el optimismo y el pensamiento positivo están asociadas a satisfacción con la vida en la vejez. La actitud o afecto positivo es un protector contra el declive físico y funcional en mayores. En este sentido, el estudio longitudinal sobre los ensayos escritos por las monjas de una congregación (Snowdon, 2003), informó que aquellas que en su juventud expresaron emociones positivas en sus escritos, vivieron de media 6,9 años más que las que fueron más negativas en sus narraciones. Se puede intervenir en todos estos factores personales; ayudando a los mayores a fomentar emociones positivas, promover un mayor control personal y sentido de autoeficacia y enseñándoles a enfrentarse a situaciones difíciles como la jubilación, muerte de un ser querido, problemas de salud, etc.Finalmente, el modelo de envejecimiento activo enfatiza la importancia de las relaciones sociales, la competencia social y la participación. La integración social además de ser fundamental para el desarrollo psicológico también es importante en el retraso de la dependencia y la longevidad (Zunzunegui, 2005). Asimismo, la participación social mejora el sentimiento de autoeficacia y control personal. Promover los comportamientos pro-sociales y la participación social es uno de los retos del envejecimiento activo. En este sentido es muy importante la promoción de contextos educativos para los mayores que faciliten el aprendizaje continuo a lo largo del ciclo vital.Un hecho fundamental a tener en cuenta en todo programa de promoción del envejecimiento activo, es la eliminación de estereotipos negativos en torno a la vejez y el envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009). Como ha quedado de manifiesto en muchas investigaciones, existen estereotipos negativos por parte no solo de los más jóvenes sino también de los mismos mayores, de sus cuidadores y de los profesionales (Fernández-Ballesteros, 1992; Palmore, 1999; Nelson, 2002). Estas creencias no hacen justicia a las diversas formas de envejecer, sino que solo dan cuenta de un envejecimiento patológico e incapacitante dejando de lado a la mayoría de personas mayores que cursan un envejecimiento mucho más satisfactorio y positivo. Las imágenes negativas pueden ser una barrera que impida la participación de los mayores en la sociedad. Debemos, por tanto, hacer un esfuerzo por fomentar una imagen de la vejez adecuada a la realidad y desarrollar programas educativos dirigidos a superar los estereotipos negativos hacia las personas mayores (Plan de Acción para las Personas Mayores, 2003-2007).

Hay muchos programas que se han puesto en marcha para fomentar el envejecimiento activo, sin embargo, la mayoría se centra en el fomento del ejercicio físico, dejando a un lado la promoción de factores psicosociales.

Por otra parte y, aunque existen programas multidimensionales como "vivir con vitalidad" (Fernández-Ballesteros, 2005) que han mostrado su eficiencia y eficacia en la mejora significativa de las capacidades psicológicas y conductuales entrenadas, son pocos los programas que han publicado resultados a este respecto. Sería necesario llevar a cabo más valoraciones de los programas así como del seguimiento de los mismos para comprobar si los efectos son duraderos en el tiempo (para una revisión ver Fernández-Ballesteros, 2009).

3. CONCLUSIÓN

La situación demográfica actual ha llevado a plantear, a los más importantes organismos internacionales, la necesidad de dar un giro en las estrategias a desarrollar con las personas mayores. Ante dicha necesidad, surge el concepto de envejecimiento activo que considera el envejecimiento en un sentido positivo; reconociendo los derechos de los mayores y apostando por su participación activa en todas las áreas donde se desenvuelven. Los expertos coinciden en que el envejecimiento activo es un concepto biopsicosocial y, por tanto, no se reduce al mantenimiento de una buena salud libre de discapacidad, sino que también implica el mantenimiento óptimo de aspectos psicológicos y sociales.

Según la OMS (2002), los determinantes del envejecimiento activo serían económicos, sociales, físicos, de salud y servicios sociales, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida). Es decir, considera determinantes individuales y contextuales o externos al individuo. Por tanto, para potenciarlos los políticos deberían poner los medios necesarios para facilitar que los ciudadanos actúen de una manera óptima en su propio envejecimiento.

En definitiva, el fomento del envejecimiento activo dependerá de factores socio-políticos e individuales. Las administraciones públicas deben poner en marcha medidas que garanticen la sanidad, seguridad y participación de los mayores en los diferentes aspectos de la vida comunitaria, y los individuos, por su parte, amén de la genética

que cada uno tenga, envejecerán mejor o peor en función de la trayectoria de vida que elijan. Si a lo largo de su vida adoptan estilos de vida adecuados, fomentan sus capacidades cognitivas y psicológicas y continúan implicados en la sociedad también en la vejez, ayudarán a que su envejecimiento sea más satisfactorio que si sus hábitos son poco saludables, no ejercitan sus capacidades y se desvinculan de la sociedad cuando llegan a mayores.

Por último, aunque existe un consenso científico sobre la definición teórica del envejecimiento activo, las diversas investigaciones al respecto no son comparables (distintas definiciones empíricas, edad y nivel de educación de los sujetos o métodos de evaluación). Sería necesario poner en marcha más investigaciones longitudinales para dar luz sobre este nuevo concepto y sus determinantes.

4. BIBLIOGRAFÍA

BALTES, P.B. & BALTES, M.M. (1990a). *Successful aging.* New York: Cambridge University Press.

BALTES, P.B. & BALTES, M.M. (1990b). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P.B. Baltes y M.M.Baltes, (Eds.) (1990a). *Successful aging.* New York: Cambridge University Press.

BALTES, M.M. KÜHL, K.P. & SOWARKA, D. (1992). Testing the limits of cognitive reserve capacity. A promising strategy for early diagnosis of dementia?. *Gerontology, 47,* 165-167.

BIRREN, J.E. (1960). Behavioral theories of aging. In N.W. Shock (Ed.). *Handbook of aging and the individual.* Chicago: Chicago University Press.

BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; & WILLIAMS, D.R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health, 32* (1) 381-398.

BURNS, M.O.; & SELLIGMAN, M.E.P. (1989). Explanatory style across life span: Evidence for stability over fifty-two years. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 471-477.

EUROSTAT, (2011). Eurostat Yearbook, 2011. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publicationp_product_code=KS-CD-11-001>

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*. En: Ponencias en las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. AMG. Barcelona.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (dir.) (1992): *Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud.* Barcelona: SG.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009). *Envejecimiento activo.Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M.D.; TÁRRAGA, L.; MOYA, R.; e ÍÑIGUEZ, J. (2003): Learning Potential in healthy, Mild Cognitive Impairment subjects and in Alzheimer patients. *European Psychologist, 8,* 148-160.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; CAPRARA, M.G.; ÍÑIGUEZ, J.; y GARCÍA, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "vivir con vitalidad". *Revista Española de Geriatría y Gerontología.* 40(2): 92-102.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; CAPRARA, M.G.; GARCÍA, L.F.; e ÍÑIGUEZ, J. (2005). Promoción del envejecimiento activo: Efectos del programa "Vivir con Vitalidad". *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 50.*330-347.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M.D.; LÓPEZ BRAVO, M.D.; MOLINA MARTÍNEZ, M.A.; DÍEZ NICOLÁS, J.; MONTERO LÓPEZ, P.; y SCHETTINI DEL MORAL, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema.* 22(4): 641-647.

FRATIGLIONI, L.; PAILLARD-BORG, S.; & WINBLAND, B. (2004). An active and socially integrated lifestyles in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology, 3.* 343-353.

FRIES, J.F. (1989). *Aging well: A guide for successful seniors.* Don Mills, Addison-Wesley Pub. Co.

FRIES, J.F. (2002). Reducing disability in older age. *Journal of American Medical Association, 288,* 3164-3166.

FRIES, J.F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine, 139,* 445-459.

KALACHE, A. & KICKBUSH, I (1997). "A global strategy for healthy aging". Word Health, 4. pp, 4-5.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990). *Healthy Aging*. Génova: WHO.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). *The World health report 2000*. Génova: Word Health Organization.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Active Aging.* Génova: Word Health Organization.Génova: Word Health Organization.

PEEL, N.M.; MCCLURE, R. J.; & BARTLETT, H.P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicien, 28.* (3) 298-304.

ROWE, J. W. & KHAN, R. L. (1989). Human Aging: Usual and successful. *Science, 237*, 143-149.

ZAMARRÓN, M.D. (2007). Envejecimiento activo. Infocop 03/10/2007

ZAMARRÓN, M.D. (2010). Documento no publicado.

ZAMARRÓN, M.D., TÁRRAGA, L. Y FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema, 20,* 432-437.

ZUNZUNEGUI, M.V.; RODRÍGUEZ-LASO, A.; OTERO, A., PLUIJM, S.M.F.; NIKULA, S.; BLUMSTEIN, J.; JYYLHÄ, M.; MINUCUCI, N. y DEEG, D. (2005). Disability and social ties: comparative findigs of the CLESA study. *European Journal of Ageing, 2,* 40-48.

Relaciones abuelos-nietos: una aproximación al rol del Abuelo

Grandparent- Grandchildren relationships. An approximation to the Grandparent Role

Cristina NORIEGA GARCÍA
Departamento de Psicología. Facultad de Medicina
Universidad CEU San Pablo
cristina.noriegagarcia@ceu.es

Cristina VELASCO VEGA
Departamento de Psicología. Facultad de Medicina
Universidad CEU San Pablo
cristina.velascovega@ceu.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 464-482)
Fechas: Entrada: 21-02-2013; Aceptado: 08-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Ante los recientes cambios sociales y demográficos, el interés por el estudio de las relaciones abuelos-nietos se ha incrementado significativamente. Estos cambios han dado lugar a un nuevo concepto de rol, en el que destaca la figura del abuelo como agente de socialización. Los abuelos asumen en numerosas ocasiones tareas de cuidado y educación de los nietos. Además, son una fuente de amor incondicional, transmiten valores, arbitran entre padres e hijos, intervienen en tiempos de crisis, cuentan historias y tradiciones familiares, juegan con los nietos y son un modelo de envejecimiento y ocupaciones. En los abuelos también hay un disfrute al tener una menor responsabilidad en la educación de los nietos. Sin embargo, establecer el límite de las responsabilidades del abuelo no es una tarea fácil.

PALABRAS CLAVE

Relaciones intergeneracionales, Abuelos, Nietos, Roles familiares.

ABSTRACT

The recent social and demographic changes have increased the interest in the grandparent-grandchild relationships. These changes have developed a new conception of the grandparent role, where the grandparent is considered as an important agent of socialization. Grandparents often play an important role in providing child care. They also provide unconditional love, transmit norms and values, act as a model of aging and occupations, mediate between parents and children, are involved in times of crisis, tell family stories and traditions and play with their grandchildren. There is also a pleasure in grandparents as they have less feelings of responsibility in the education of their grandchildren. However, setting the limits of the grandparents´ role is not an easy task.

KEY WORDS

Intergenerational relationships, Grandparents, Grandchildren, Family roles.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

1. INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales y demográficos de los últimos años han dado lugar a un interés creciente por el estudio de las relaciones abuelos y nietos (González & De la Fuente, 2008). Los últimos datos demográficos publicados por el Instituto Nacional de Estadística en enero de 2011 indican que el número total de personas mayores de 65 años supera los 8 millones de personas (8.092.853 personas), representando el 17,2% de la población total (47.150.819 personas). Además, el número de personas que superan los 80 años es cada vez mayor, representando el 5,1% de la población total. Estamos, por tanto, ante una población cada vez más envejecida. De hecho, las proyecciones a largo plazo reflejan un aumento de estas cifras; para el año 2049 se calcula que estas cifras alcancen los 15 millones de personas mayores, lo que supondría el 31,9% de la población total (INE, 2011).

Este incremento de la población mayor obedece a un aumento de la esperanza de vida y a una disminución de las tasas de natalidad. La esperanza de vida en España se encuentra entre las más elevadas de Europa, la cual ha pasado de 34,8 años a principios de siglo XX a 81,6 años en la actualidad (84,6 años para las mujeres y 78,5 para los varones) (Abellán, 2011). Además, las tasas de natalidad han disminuido progresivamente hasta situarse en 1,38 niños por mujer fértil (Abellán, 2011). Estos cambios demográficos han dado lugar a un aumento en el tiempo que los abuelos ejercen su rol. Además, al haber menos nietos, las relaciones que se establecen entre abuelos y nietos son más exclusivas y duraderas (Rico, Serra, Viguer, & Meléndez, 2000).

En los últimos años nuestra sociedad ha experimentado una serie de cambios sociales como la aparición de nuevos modelos de familia, la incorporación de la mujer a la vida laboral, los cambios en las pautas de nupcialidad, entre otros. Estos cambios sociales, en combinación con la presencia de unos limitados servicios formales que proporcionen cuidados a los niños, han dado lugar a que muchos abuelos se vean implicados en la crianza y educación de los nietos, convirtiéndose así en una figura clave de sostén emocional y económico para las familias actuales (Megías & Ballesteros, 2011).

El estereotipo de abuelo canoso, sentado en la mecedora, leyendo el periódico enfrente del fuego ha quedado atrás (Block, 2000). Los abuelos han pasado de ejercer un estilo distante y autoritario a

tener una relación recíproca con sus nietos, donde las relaciones son más simétricas y hay una mayor expresión de afectos. A pesar de que los abuelos actuales no se identifiquen con el rol tradicional, no hay una clara delimitación del rol que ejercen en la actualidad.

El aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a que el rol de abuelo pueda llegar a ser ejercido durante varias décadas, de manera que un mismo abuelo puede ejercer distintos estilos de abuelidad en función de las diversas circunstancias económicas, personales y sociales en la que se encuentre (Rico, Serra, & Viguer, 2001). Existe, por tanto, una gran heterogeneidad en el rol de abuelo, pues hay abuelos que trabajan mientras que otros están jubilados, hay abuelos muy implicados en el cuidado de los nietos mientras que otros no tienen apenas contacto con sus nietos, hay abuelos con 40 años mientras que otros superan los 100, etc.

Algunos autores como Nussbaum y Bettini (1994) hablan de un "rol sin rol", pues no está gobernado por unos derechos o unas obligaciones concretas. De hecho, la literatura sólo ha reconocido dos normas que afectan a la relación abuelos-nietos: la norma de no-interferencia (los abuelos pueden ayudar en la crianza y educación de los nietos sin que esto parezca una interferencia) y la norma de obligación (entendida como la obligación que sienten muchos abuelos de ayudar en momentos de crisis) (Cherlin & Furstenberg, 1985).

A pesar de las dificultades para establecer los límites del rol de abuelo, los abuelos hablan de la relación que tienen con sus nietos como algo gratificante y placentero (Osuna, 2006). De hecho, según los datos publicados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2000), el 95% de los abuelos españoles muestran unos niveles elevados de satisfacción. La mayoría de abuelos refieren que los nietos les ayudan a sentirse útiles, jóvenes, felices (Osuna, 2006) y además perciben mayores niveles de apoyo social (Muñoz-Pérez & Zapater-Torras, 2006). Es más, Drew y Silverstein (2007) han encontrado una mayor presencia de síntomas depresivos en abuelos que han perdido el contacto con sus nietos, sobre todo cuando la pérdida tuvo lugar de una forma brusca.

2. TIPOLOGÍAS DE ABUELOS

En un intento por aportar una mayor claridad a la definición del rol de abuelo, Newgarten y Weinstein (1964) evaluaron el bienestar, el significado y los estilos de rol de 70 parejas de abuelos pertene-

cientes a la clase media estadounidense. A partir de los resultados observados, estas autoras identificaron cinco estilos de ejercer la abuelidad: divertidos (caracterizados por emplear un estilo informal, relajado e indulgente con los nietos), formales (abuelos que asumen un rol tradicional, caracterizado por un estilo rígido y autoritario y visitas frecuentes a los nietos), distantes (abuelos autoritarios que apenas tienen contacto con los nietos), de memoria histórica (abuelos guardianes de la memoria familiar) y padres subrogados (abuelos que asumen la responsabilidad del cuidado y educación de los nietos), siendo los abuelos distantes los que mostraron un menor confort con su rol y una mayor distancia emocional con el nieto.

En un estudio posterior, Robertson (1977) describió cuatro estilos de abuelos a partir de la interacción de dos dimensiones independientes: a) necesidades y expectativas sociales y b) necesidades y expectativas personales. Los cuatro estilos encontrados por Robertson fueron los siguientes: permisivos (altas puntuaciones en ambas dimensiones), simbólicos (altas puntuaciones en la dimensión social y bajas en la dimensión personal), individualistas (altas puntuaciones en la dimensión personal y bajas en la social) y remotos (abuelos poco implicados que muestran bajas puntuaciones en ambas dimensiones). Estas tipologías de abuelos también fueron encontradas en un estudio posterior llevado a cabo por Roberto y Stroes (1992) siendo el estilo permisivo el más frecuente tanto en abuelas como en abuelos (48% y 42% respectivamente), seguido del estilo remoto (29% y 36% respectivamente), individual (17 y 13% respectivamente) y simbólico (6% y 9% respectivamente). Por su parte, Block (2000), en una muestra formada por 40 díadas de abuelos y nietos, coincide con Roberto y Stroes al encontrar un mayor número de abuelos permisivos. Sin embargo, no observó el estilo individualista en ninguno de los abuelos y abuelas de su muestra mientras que el estilo remoto sólo lo observó en abuelos.

A partir de los años 80 surge un interés creciente en este campo. En esta línea, Bengston y Robertson (1985) describieron cuatro papeles desempeñados por los abuelos: a) guardia nacional de la familia (están disponibles en momentos de emergencia), b) árbitro (transmiten valores y calman en situaciones de tensión entre miembros de distintas generaciones), c) conservadores de la biografía familiar (transmiten las tradiciones y herencia familiar) y d) estar ahí (proporcionan estabilidad en momentos de dificultad).

Asimismo, Cherlin y Furstenberg (1985) afirman que los estilos de abuelos pueden variar a medida que avanza la edad del nieto en

base al grado de influencia y frecuencia de contacto con sus nietos. Partiendo de esta idea, estos autores clasifican tres tipologías de abuelos: a) involucrados (visitan a los nietos como mínimo cada dos meses mostrando una alta implicación en las tareas de cuidado y disciplina), b) compañeros (abuelos afectivos que tienen contactos informales con los nietos cada dos o tres meses) y c) remotos (contactos formales y poco frecuentes con los nietos). A diferencia de Newgarten y Weinstein (1964), estos autores no encontraron el estilo búsqueda de diversión.

En España, Roa y Vacas (2001) describieron cuatro perfiles de abuelos desde el punto de vista de los nietos: próximo (estilo informal, indulgente y afectivo), modelo (modelo de ocupaciones y envejecimiento), formal (poco indulgentes y distantes) y sustituto (asumen el papel de los padres). Además, relacionaron estos estilos con el género y el linaje de los abuelos, siendo el estilo próximo el perfil más frecuente en las abuelas maternas (33,68%), el formal en los abuelos maternos (34,28%) y el modelo en las abuelas paternas (41,1%) y en los abuelos paternos (32,27%).

3. FUNCIONES DESEMPEÑADAS POR LOS ABUELOS

Otra serie de estudios han profundizado en las funciones desempeñadas por los abuelos. En esta línea, Rico et al. (2001) destacan las siguientes funciones: ofrecer amor incondicional, ayudar en momento de crisis, cuidar, ser modelo de envejecimiento y de ocupaciones, transmitir de valores, contar historias, hacer de árbitro entre padres e hijos y ser confidente y compañero de juegos.

La relación abuelos-nietos se caracteriza por un amor incondicional. Los abuelos son por tanto una fuente de amor, afecto y devoción para sus nietos. Ante la dificultad que tienen muchos padres hoy en día para atender a sus hijos (por las elevadas jornadas laborales, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el aumento de las separaciones, los divorcios y las familias monoparentales, las dificultades económicas, entre otros), muchos abuelos muestran una alta implicación en las tareas relacionadas con el cuidado y la educación de los nietos. Asimismo, los abuelos contribuyen indirectamente al bienestar de los nietos brindando apoyo emocional y económico a sus hijos, convirtiéndose así en una pieza clave en la vida de muchas familias (Megías & Ballesteros, 2011; Morgado & Román, 2011).

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

La Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) refleja que un 22,07% de los abuelos cuida de sus nietos (Badenes & López, 2011). Si comparamos con el resto de países de la Unión Europea, España es el país donde hay menos abuelos cuidadores. Sin embargo, los abuelos españoles que cuidan de sus nietos lo hacen con una intensidad mayor que los abuelos de otros países europeos. De esta manera, los abuelos españoles se sitúan en el primer lugar con una media de 7,1 horas diarias dedicadas al cuidado (incluido el fin de semana), frente a las 4,9 horas diarias en Europa. Es decir, hay una menor proporción de abuelos españoles que cuidan de sus nietos, pero los que cuidan lo hacen con una mayor intensidad (Badenes & López, 2011).

Ante esta situación en la que los abuelos españoles invierten un número elevado de horas al cuidado de los nietos, no cabe duda del papel socializador de los abuelos quienes, gracias a su larga experiencia, son un modelo a seguir para los nietos (Goodsell, Bates, & Behnkeet, 2011; Kennedy, 1992; Rico et al., 2001), al tiempo que son transmisores de una serie de habilidades, conocimientos y valores morales necesarios para adaptarse a las normas sociales establecidas (Rico et al., 2001).

La transmisión de valores, junto con el amor incondicional y el cuidado, es una de las funciones más importantes de los abuelos, siendo las abuelas las que ejercen una mayor influencia, excepto en los valores relativos a ocupaciones y laborales que son transmitidos generalmente por los abuelos (Roberto & Stroes, 1992). Castañeda, Sánchez, Sánchez, y Blanc (2004), Goodsell et al. (2011), Pratt, Norris, Cressman, Lawford, y Hebblethwaite (2008), Viguer, Meléndez, Valencia, Cantero, y Navarro (2010) han encontrado resultados similares.

Los valores que los abuelos refieren con mayor frecuencia son los siguientes: el respeto, la austeridad, la prudencia, la dignidad (Megías & Ballesteros, 2011), "ser buena persona" (Nagata, Chen, & Tsai-Chae, 2010), "ser educado" (Megías & Ballesteros, 2011; Nagata et al., 2010) y los valores religiosos (Copen & Silverstein, 2007; Megías & Ballesteros, 2011). Estos valores son transmitidos por los abuelos indirectamente a través de los padres (Albrecht, 1954) o través del modelado, juegos, historias y entrenamiento directo.

Los abuelos también son un modelo de envejecimiento ya que, a través de su conducta, enseñan a los niños cómo son las personas mayores, cómo actúan, qué piensan y cómo se relacionan con los

demás. Asimismo, Newgarten y Weinstein (1964) hablaban de los abuelos como "reservorio de sabiduría familiar", ya que éstos son los encargados de transmitir historias y tradiciones familiares como una forma de mantener la continuidad de sí mismos y las tradiciones familiares.

Otra de las funciones que desempeñan los abuelos con frecuencia es la de amortiguar las tensiones entre padres e hijos y ayudarles a entenderse mutuamente (González & De la Fuente, 2008). Este rol cobra una especial relevancia con nietos adolescentes (Attar-Schwartz, Tan, Buchanan, y Flouri, 2009).

Las funciones que desempeñan los abuelos son muy variadas y pueden ser compaginadas de formas muy diversas. Establecer el límite de hasta dónde llega la responsabilidad de los abuelos en los cuidados y educación de los nietos es una tarea de difícil delimitación. Albrecht (1954) hablaba de la abuelidad como un "placer sin responsabilidad", refiriéndose a la satisfacción que sienten los abuelos al no ser responsables de la educación y la crianza de los nietos en cuestiones importantes. Esto les permite tener una relación más relajada, donde se puede invertir más tiempo en actividades de disfrute y de juego, de escucha y comprensión e incluso mimos, de una manera que no pudieron hacer cuando fueron padres por estar excesivamente preocupados en las obligaciones que conlleva la paternidad.

4. FACTORES QUE AFECTAN A LA RELACIÓN

A pesar de los diferentes estilos de abuelos propuestos y las funciones que pueden desempeñar, la relación abuelos-nietos puede verse alterada por una serie de factores. Los factores que han recibido un mayor apoyo son la distancia geográfica, el linaje, la edad (tanto del abuelo como del nieto), el sexo (tanto del abuelo como del nieto) y la relación que tienen los abuelos con sus hijos.

4.1. Linaje

La mayoría de estudios realizados hasta el momento han observado que las relaciones que tienen los nietos con sus abuelos maternos son más frecuentes y más estrechas que las que tienen con los abuelos paternos (Castañeda et al., 2004; Kahana & Kahana, 1970; Kalish, 1983; Rico et al., 2001; Roberto & Stroes, 1992; Williams &

Nussbaum, 2001). Creasey y Kaliher (1994) han encontrado resultados similares en una muestra de niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, aunque las diferencias encontradas no fueron tan elevadas como las reflejadas en los estudios anteriores.

Además, los abuelos maternos suelen compartir un mayor número de actividades con sus nietos (Castañeda et al., 2004) e intervienen con mayor frecuencia en situaciones de dificultad familiar, brindando apoyo emocional, económico e incluso ejerciendo como padres subrogados.

En la mayoría de los casos, la abuela materna es considerada por sus nietos como el abuelo favorito, siendo descrita como más cercana y más implicada en los cuidados (Creasey & Kaliher, 1994; Kahana & Kahana, 1970; Rico et al., 2001; Triadó, Martínez, & Villar, 2000; Pinazo & Montoro, 2004). En el lado opuesto, suelen ser los abuelos paternos los que obtienen las puntuaciones más bajas, siendo la relación con estos últimos considerada por los nietos como menos satisfactoria y más distante (Creasey & Kaliher, 1994).

De acuerdo con Roberto y Stroes (1992) las relaciones más intensas son las establecidas entre abuelas y nietas y relaciona esta ventaja matrilineal con una función conservadora presente en las mujeres.

En contaste con lo planteado anteriormente, otros autores no han encontrado diferencias significativas en el grado de satisfacción y responsabilidades atribuidas a los abuelos maternos y paternos (Creasey & Koblewski, 1991; IMSERSO, 2008).

4.2. Género

Numerosos estudios han encontrado también diferencias en las relaciones entre abuelos y nietos ligadas al género tanto del abuelo como del nieto. Diversos autores han observado una mayor implicación de las abuelas en las tareas de cuidado de los nietos así como una mayor satisfacción con el rol (Cherlin & Furstenberg, 1985; Kennedy, 1992; Pratt et al., 2008, Roberto & Stroes, 1992). Además, los nietos refieren que la relación con las abuelas es más íntima (Creasey & Kaliher, 1994), más estrecha (Kennedy, 1992; Pratt et al., 2008; Roberto & Stroes, 1992) y muestran una mayor implicación en la relación (IMSERSO, 2008). Según los resultados encontrados por Eisenberg (1988) el género del abuelo podría tener una implicación en la calidad de las relaciones abuelos y nietos más importante que la distancia geográfica.

No obstante, otras investigaciones no han encontrado diferencias en la relación, manteniendo que las diferencias residen en las distintas funciones desempeñadas por ambos. La literatura científica apoya la idea de que las abuelas ejercen con más frecuencia un rol emotivo-expresivo (tareas relacionadas con el cuidado, expresión de emociones e intervención en crisis) y los abuelos un rol instrumental (actúan como modelo de envejecimiento y ocupaciones, son transmisores del pasado familiar y realizan más actividades exteriores y orientadas a objetivos concretos) (Creasey & Kobleswski, 1991; Goodsell et al., 2011; Rico et al., 2000; Viguer et al., 2010).

En relación con el género del nieto, Castañeda et al. (2004) y Triadó et al. (2000) observaron que los nietos tenían relaciones más estrechas con sus abuelas, atribuyendo estos resultados al papel socializador de la mujer. Otros estudios en cambio, sugieren que las relaciones son más estrechas en díadas según el género, de manera que las abuelas tendrían relaciones más estrechas con las nietas y los abuelos con los nietos (Dubas, 2001; Rico et al., 2000).

A diferencia de los resultados anteriores, Block (2000) no encontró diferencias ligadas al sexo y plantea que los roles sexuales en personas mayores están cada vez menos diferenciados.

4.3. Edad

La edad es otro factor que se ha relacionado con la calidad de la relación abuelos-nietos. Osuna, (2006), Rico et al. (2001) y Silverstein, Giarusso, y Bengston (1998) han encontrado una disminución en la implicación en el cuidado de los nietos a medida que avanza la edad del abuelo. Asimismo, Troll (1983) afirma que los abuelos jóvenes están más implicados en el cuidado de los nietos y emplean estilos de abuelidad más variados. En contraste, es más frecuente encontrar los estilos formal y distante en abuelos mayores (Newgarten & Weinstein, 1964)

Otros estudios no han encontrado diferencias en la implicación de los abuelos (IMSERSO, 2008) ni en las percepciones de los nietos (Rico et al., 2000) en abuelos de diferentes edades.

Asimismo, la relación abuelos-nietos varía en función de los distintos momentos del ciclo vital en los que se encuentra el nieto (Triadó et al., 2000).

Cuando los nietos son pequeños, los abuelos muestran una alta implicación en su cuidado (Rico et al., 2000), suelen vivir más cerca de los nietos, los contactos son más frecuentes, comparten un mayor número de actividades, brindan más apoyo a los padres y los niños refieren mayores niveles de cercanía y afecto (Creasey & Kaliher, 1994).

Una vez entrada en la adolescencia, los nietos experimentan una serie de cambios físicos y psicológicos orientados a la construcción de su propia identidad. Estos cambios implican una mayor inversión del tiempo con los pares y un distanciamiento y una desidealización de los adultos, incluidos los abuelos. De esta manera, no es de extrañar que abuelos y nietos adolescentes compartan menos tiempo juntos y que los nietos adolescentes reciban menos ayuda instrumental y muestren una menor confianza y admiración (Creasey & Kaliher, 1994). A pesar de pasar menos tiempo juntos, los nietos adolescentes siguen considerando a sus abuelos como figuras importantes en sus vidas (Attar-Schwartz et al., 2009; Creasey & Kaliher, 1994) y refieren sentirse escuchados y comprendidos por ellos (Creasey & Koblewsky, 1991). En esta etapa, los abuelos refieren desempeñar tres funciones: a) contribuir a la identidad del nieto b) actuar como mediadores entre padres e hijos y c) contribuir al desarrollo de actitudes positivas hacia las personas mayores.

Cuando los nietos son adultos, las relaciones se caracterizan por la voluntariedad y los contactos son menos frecuentes. Sin embargo, los abuelos siguen siendo figuras significativas para los nietos adultos (Castañeda et al., 2004; Creasey & Koblewski, 1991). A veces se produce una inversión de cuidados, donde el nieto pasaría a ser quien brinda cuidados al abuelo (Pinazo, 1999).

4.4. Distancia geográfica

La distancia geográfica entre la residencia de los abuelos y el niño es el factor que ha sido más apoyado por la revisión bibliográfica. No es de extrañar que los abuelos que vivan más cerca de los nietos tengan contactos más frecuentes con sus nietos y más facilidades para implicarse en el cuidado de los nietos que los abuelos que viven más lejos (Attar-Schwartz et al., 2009; Pinazo & Montoro, 2004; Rico et al., 2001).

No parece ser una casualidad que los abuelos más influyentes en nietos sean los que viven más cerca. Es más, de acuerdo con Pinazo y

Montoro (2004) el 47% de los abuelos favoritos de chicos de edades comprendidas entre los 15 y los 25 años viven en el mismo barrio y el 25% en la misma ciudad.

4.5. Calidad de la relación de los abuelos con sus hijos

Los padres actúan como mediadores de la relación abuelos-nietos, puesto que son quienes regulan la cantidad de tiempo que pasan juntos (Block, 2000). De esta manera, la relación que se establece entre abuelos y nietos va a estar condicionada en gran medida por la calidad de la relación de los abuelos con sus hijos, así como por las actitudes y expectativas de ambos. Así, los abuelos que tienen relaciones más estrechas con sus hijos suelen tener un vínculo más intenso con sus nietos y contactos más frecuentes (Albrecht, 1954; Cherlin & Furstenberg, 1985; Pinazo & Montoro, 2004).

Este factor se ve reflejado de forma significativa en los casos de divorcio, donde un número elevado de abuelos, generalmente los abuelos cuyos hijos no tienen la custodia, pierden incluso el contacto con los nietos (Megías & Ballesteros, 2011). A medida que los nietos se van haciendo mayores la influencia de los padres disminuye aunque los nietos adultos afirman que las actitudes de sus padres siguen influyendo en la relación que tienen con sus abuelos (Rico et al., 2001).

4.6. Estructura familiar

Asimismo, las relaciones abuelos-nietos han sido estudiadas en distintas formas de familias, como son las familias biparentales, monoparentales y reconstituidas. Por ejemplo, Lussier, Kirby, Dunn, y Davies (2002) encontraron un menor contacto entre abuelos y nietos cuando el padre vivía fuera del hogar conyugal, seguidos de las familias reconstituidas, madres solteras y familia monoparental.

La tipología familiar que ha sido estudiada en mayor profundidad es la situación de separación o divorcio de los hijos. Ante la mayor prevalencia de madres que reciben la custodia, es más probable que los niños establezcan un vínculo más fuerte con sus abuelos maternos, dando lugar a dos tipos de situaciones. Por un lado, es frecuente que el número de contactos disminuya con los abuelos cuyos hijos no tienen la custodia de los niños, incluso pueden llegar a perder el contacto de una forma definitiva. En contraste, los abuelos cuyos hijos tienen la custodia, suelen asumir un rol de soporte emocional y/o

económico mucho más intenso que cuando los hijos estaban casados. En muchas ocasiones, las madres retornan al hogar de sus padres, lo que aumenta la frecuencia de contactos, el grado de implicación, sentimientos de cercanía e incluso muchos abuelos acaban asumiendo un rol de padres subrogados (Attar-Schwartz et al., 2009).

4.7. Número de orden y nacimiento de los nietos

Diversos autores como González y De la Fuente (2008) y Kennedy (1992) han observado diferencias en la relación abuelos-nietos en función del número y orden de nacimiento de los nietos, siendo los nietos únicos y los primogénitos los que reciben más apoyos y atenciones por parte de sus abuelos. En el lado opuesto, los abuelos limitan su implicación en tiempos de crisis con los nietos más pequeños (Rico et al., 2000). No cabe duda de la heterogeneidad del rol de abuelo. Los factores que han sido descritos con anterioridad, junto con la salud del abuelo, la raza, la clase social, el estado civil entre otros, contribuyen a la explicación del porqué de algunas de las diferencias entre unos abuelos y otros.

5. CONCLUSIONES

Debido a los recientes cambios demográficos y sociales, el interés por el estudio de las relaciones abuelos-nietos se ha incrementado significativamente (López, 2010). Por un lado, el aumento de esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad han dado lugar a un nuevo concepto de rol de abuelo, donde abuelos y nietos pueden llegar a convivir hasta tres o cuatro décadas, siendo estas relaciones más duraderas, exclusivas y simétricas que antes (Rico et al., 2000)

Además, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el aumento del número de separaciones y divorcios, junto con la ausencia de unos servicios formales que ayuden a los padres a cuidar de los hijos, han dado lugar a que sean los abuelos quienes asumen en numerosas ocasiones las tareas de cuidado y educación de los nietos, siendo una fuente de soporte económico, psicológico y social para las familias actuales (López, 2011; Megías & Ballesteros, 2011).

Los abuelos son una fuente de amor incondicional y además ejercen numerosas funciones para con sus nietos como puede ser el cuidar, transmitir valores, ser modelo de envejecimiento, contar histo-

rias y tradiciones familiares, jugar, mimar, arbitrar cuando hay conflictos entre padres e hijos e intervenir en momentos de crisis (Rico et al., 2001). Debido a la gran heterogeneidad que caracteriza al rol de abuelo, las funciones que desempeñan los abuelos pueden variar en función de numerosos factores como puede ser la edad, el género, la distancia entre la casa del abuelo y la del nieto, el linaje, el número de nietos, el estado de salud, la raza, el nivel sociocultural, entre otros.

Aproximadamente uno de cada cuatro abuelos españoles cuida de sus nietos, siendo 7,1 horas diarias el tiempo medio dedicado al cuidado de los nietos, incluyendo los fines de semana (Badenes & López, 2011). No sólo los nietos se benefician de esta relación, los abuelos también hablan del placer de la abuelidad ya que, al tener una menor responsabilidad que los padres en la educación de los nietos, pueden disfrutar de la relación con sus nietos de una forma que no pudieron hacer con sus hijos debido a las múltiples obligaciones que exige la paternidad (Albrecht, 1954).

Establecer con claridad el límite de las responsabilidades de los abuelos es una tarea complicada. La mayoría de las abuelas refiere ser más flexible con los nietos que con sus hijos, acogiéndose a la norma de no interferencia. Sin embargo, por diversas circunstancias, muchos abuelos llegan a asumir tareas relacionadas con la educación de los niños que en principio corresponderían a los padres. Mientras que para unos abuelos esta situación se vive con una gran alegría y satisfacción (sobre todo cuando las razones se atribuyen a dificultades de los padres) para otros puede ser una fuente de mucho estrés, sobre todo cuando el número de horas dedicadas al cuidado son muy elevadas, hay una falta de reconocimiento por parte de los hijos (Weisbrot & Giraudo, 2012) y cuando las tareas de cuidado son percibidas como una obligación (Megías & Ballesteros, 2011). Por todo lo anterior, resulta relevante el desarrollo de estudios futuros pormenorizados que permitan reconocer, desde una perspectiva multidimensional, el rol que están desempeñando los abuelos en la sociedad española actual.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ABELLÁN, A. Y ESPARZA, C. (2011). Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos. Portal de Mayores, 127. Consultado el día 5 de febrero de 2013 en:http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos11.pdf

ALBRECHT, R. (1954). The Parental Responsibilities of Grandparents. Marriage and Family Living, 16(3), 201-204.

ATTAR-SCHWARTZ, S., TAN, J.P., BUCHANAN, A. Y FLOURI.E. (2009). Grandparenting and Adolescent adjustment in two-parent biological, lone parent, and step families. Journal of Family Psychology, 23(1), 67-75. doi:10.1037/a0014383

BADENES, N. Y LÓPEZ, M.T. (2011). Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. Zerbitzuan, 49, 107-125. doi: 10.5569/1134-7147.49.09

BENGSTON, V.L. Y ROBERTSON, J.F. (1985). Grandparenthood. Beverly Hills: Sage Publications.

BLOCK, C.E. (2000). Dyadic and gender differences in perceptions of the grandparent-grandchild relationship. International Journal of Behavioral Development, 51(2), 85-104.

CASTAÑEDA, P.J., SÁNCHEZ, D., SÁNCHEZ, A. Y BLANC, S. (2004). Cómo perciben los nietos adultos las relaciones con sus abuelos. Anuario de Psicología, 35(1), 107-123.

CHERLIN, A. Y FURSTENBERG, F. (1985). Styles and strategies of grandparenting. En V.L. Bengston & J.F. Robertson (Eds.), Grandparenthood (pp.97-116). Beverly Hills: Sage Publications.

COPEN, C. Y SILVERSTEIN, M. (2007). Transmission of Religious Beliefs across Generations: Do grandparents Matter? Journal of Comparative Family Studies. 38(4), 497-510.

CREASEY, G.L. y KOBLEWSK, P.J. (1991). Adolescent grandchildren´s relationships with maternal and paternal grandmothers and grandfathers. Journal of Adolescence, 14(4), 373-387.

CREASEY, G.L., KALIHER, G. (1994). Age differences in grandchildren's perceptions of relations with grandparents. Journal of Adolescence, 17(5), 411-426.

DREW, L.M. Y SILVERSTEIN, M. (2007). Grandparents´ psychological well-being after loss of contact with their grandchildren. Journal of Family Psychology, 21(3), 372-379. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.372

DUBAS, J.S. (2001). How gender moderates the grandparent-grandchild relationship. A comparison of Kin-keeper and Kin-selector theories. Journal of Family Issues, 22(4), 478-492. doi: 10.1177/019251301022004005

EISENBERG, A.R. (1988). Grandchildren perceptions on relationships with grandparents: the influence of gender across generations. Sex roles, 19(3), 205-217.

GOODSELL, T.L., BATES, J.S. Y BEHNKE, A.O. (2011). Fatherhood stories: Grandparents, grandchildren, and gender differences. Journal of Social and Personal Relationships, 28, 134-154. doi: 10.1177/0265407510386447

GONZÁLEZ, J. Y DE LA FUENTE, R. (2008). Intergenerational grandparent/grandchild relations: the socioeducational role of grandparents. Educational Gerontology, 34, 67–88. doi: 10.1080/03601270701763993

IMSERSO. (2000). Las personas mayores en España. Informe 2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

IMSERSO. (2008). Portal de mayores: relaciones intergeneracionales. Recuperado el día 02 de junio de 2011 de http://www.redintergeneracional.es/

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2011). Datos demográficos. Acceso el 02 de junio de 2011 de http://www.ine.es

KAHANA, B. Y KAHANA, E. (1970). Grandparenthood from the perspective of the developing grandchild. Developmental Psychology, 3(1), 98-105.

KALISH, R.A. (1983). La vejez. Madrid: Pirámide.

KENNEDY, G. E. (1992). Shared activities of grandparents and grandchildren. Psychological Reports, 70, 211-227

LÓPEZ, J. (2010). ¿Es saludable la relación abuelos-nietos para los niños? Acta Pediátrica Española, 68, 227-234.

LÓPEZ, J. (2011). Influencia de los abuelos sobre la conducta familiar y social de los nietos. En J. López y E. Martín (Eds.). Los modelos de conducta familiar y social transmitidos a través de la educación familiar (pp. 101-141). Madrid: Universidad San Pablo CEU.

LUSSIER, G., DEATER-DETCKARD, K., DUNN, J. y DAVIES, L. (2002). Support across two generations: Children´s closseness to grandparents following parental divorce and remarriage. Journal of family psychology 16(3), 363-376. doi: 10.1037//0893-3200.16.3.363

MEGÍAS, I. y BALLESTEROS, J.C. (2011). Abuelos y Abuelas…para todo: Percepciones en torno a la educación y el cuidado de los nietos. FAD: Madrid.

MORGADO, G. Y ROMÁN, M. (2011). La familia como contexto del desarrollo infantil. En V. Muñoz y cols. (Eds.). Manual de psicología del desarrollo aplicada a la educación (pp.37-60). Madrid: Pirámide.

MUÑOZ-PÉREZ, M.A. Y ZAPATER-TORRAS, F. (2006). Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. Atención primaria, 37(7), 374-378

NAGATA, D.K., CHENG, W.J.Y. Y TSAI-CHAE, A.H. (2010). Chinese American Grandmothering: A Qualitative Exploration. Asian American Journal of Psychology 1(2), 151-161. doi: 10.1037/a00199963

NEUGARTEN, B. Y WEINSTEIN, K. (1964). The changing American Grandparent. Journal of Marriage and Family, 26(2), 199-204.

NUSSBAUM, J.F. Y BETTINNI, L.M. (1994) Shared stories of the grandparent-grandchild relationship. International Journal Aging and Human Development, 39(1), 67-80.

OSUNA, M.J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 16, 16-25.

PINAZO, P. (1999). Influencia de los abuelos en la socialización familiar de los nietos. Revisión de la literatura científica. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 34(4), 231-236.

PINAZO, S. Y MONTORO, J. (2004). La relación abuelos y nietos. Factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional. Revista Internacional de Sociología, 38, 147-168.

PRATT, M.W., NORRIS, J.E., CRESSMAN, K., LAWFORD, H. Y HEBBLETHWAITE, S. (2008). Parents´ stories of grandparenting in the three-generational family: generativity, optimism and forgiveness. Journal of Personality, 76(3), 581-604.

RICO, C., SERRA, E. Y VIGUER, P. (2001). Abuelos y Nietos. Abuelo favorito, abuelo útil. Madrid: Ediciones Pirámide.

RICO, C., SERRA, E., VIGUER, P., MELÉNDEZ, M. (2000). Las relaciones abuelos-nietos al final del milenio: la visión de los niños. Geriátrika, 16(9), 329-336.

ROA, J.M. Y VACAS, C. (2001). Perfiles de abuelidad. Pedagogía Social, 6-7, 205-219.

ROBERTO, K. A. Y STROES, J. (1992). Grandchildren and grandparents: roles, influences and relationships. Internacional Journal of Aging and Human Development, 34(3), 227-239.

ROBSERTSON, J.F. (1977). Grandmotherhood: a study of role conceptions. Journal of Marriage and Family 39, 165-174.

SILVERSTEIN, M., GIARRUSSO, R. y BENGSTON, V.L. (1998). Intergenerational Solidarity and the Grandparent Role. En M.E. Szinovacz. Handbook of Grandparenthood (pp.247-256). Londres: Greenwood Publishing Group.

TRIADÓ, C., MARTÍNEZ, G. Y VILLAR, F. (2000). El rol y la importancia de los abuelos para sus nietos adolescentes. Anuario de Psicología, 31(2), 107-118.

TROLL, L.E. (1983). Grandparents: The family watchdog. En T. Brubaker. Family relationships in later life (pp. 63-74). Beverly Hills: Sage Publications..

VIGUER, P., MELÉNDEZ, J.C., VALENCIA, S., CANTERO, M.J. Y NAVARRO, E. (2010). Grandparent-Grandchild Relationships from the Children's Perspective: Shared Activities and Socialization Styles. The Spanish Journal of Psychology, 13(2), 708-717.

WEISBROT, M.A. Y GIRAUDO, N. (2012). Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos. Estudio cualitativo en una población del Hospital Italiano de Buenos Aires. Archivos Argentinos de Pedriatría, 110(2), 126-113.

WILLIAMS, A.G. y NUSSBAUM, J.F. (2001). Intergenerational communication across the life Span. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Asso

La Imagen de las personas mayores en los medios de comunicación

The image of the elderly people from the mass media

Loles DÍAZ ALEDO
Periodista

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales,
n.º 41. Junio de 2013 (pp. 483-502) / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

La relación entre las personas mayores y los medios de comunicación no es la adecuada cualitativa ni cuantitativamente.

A pesar de que son más del 17% de la población, su presencia es escasa y, frecuentemente, inadecuada. La imagen que se difunde desde los medios no se ajusta a la realidad de los mayores españoles de hoy, ni refleja su pluralidad.

Necesitamos más y distintas imágenes que muestren su presencia en todos los ámbitos de la vida; su condición de ciudadanos de pleno derecho; su papel como transmisores de valores y, en la actualidad, también como "sustentadores" económicos de hijos y nietos y solidarios con las necesidades de la sociedad en su conjunto.

Lograrlo es tarea que compete, en primer lugar, a las propias personas mayores, pero también incumbe a los medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores. Medios de comunicación. Imagen social.

ABSTRACT

The relationship between the media and elderly people is not adequate in neither cualitative nor cuantitative sense.

Despite the fact that they form more than 17% of the population, their presence in the media is scarce and, frequently, inadequate. The image spread from the media is not adjusted to the reality of Spanish elderly people today, and it does not reflect their plurality.

We need more, and diverse, images that show their presence in all daily spheres of life; their condition as citizens in every right; their role as transmitters of values and, in the present context, also as economic "supporters" of their children and grandchildren and as supporters of society as a whole.

To achieve this is a task that requires firstly, the involvement of elderly people themselves, but responsibility also falls to the media and society as a whole.

KEY WORDS

Elderly people, media, social image.

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

INTRODUCCIÓN

A día de hoy, superada la primera década del siglo XXI, el envejecimiento demográfico es una realidad universal innegable. Europa tiene la mayor proporción de personas mayores de 65 años del mundo. España cuenta en la actualidad con más de siete millones y medio de personas de 65 y más años, casi el 17% de la población total, y un informe de Naciones Unidas avanza que, en el año 2050, será el segundo país más envejecido del mundo con un 33% de población mayor de 65 años.

¿Se está preparando el efecto que éste aumento de la población mayor tendrá, por ejemplo, sobre las ciudades y/ o el medio rural? ¿Se están planificando los nuevos servicios que serán necesarios en un escenario distinto al actual que inexorablemente llegará? La respuesta es no. A día de hoy, no se está prestando suficiente atención a esta realidad que muchos estudiosos consideran tan importante y trascendente como pudo ser en su día, por ejemplo, la revolución industrial, o, más cercana en el tiempo, la revolución tecnológica.

Estamos ante una situación nueva que tiene implicaciones prácticas en el presente y las tendrá más aún en un futuro próximo. Una situación nueva para todos, por tanto sin referentes hacia los que mirar. El envejecimiento demográfico supone una transformación económica y social importante y es vital encontrar respuestas para los retos que plantea y soluciones que puedan hacer realidad el objetivo tantas veces mencionado de construir *un mundo, una sociedad, para todas las edades.*

La longevidad es una buena noticia a título individual, pero el incremento de personas longevas se presenta, cada vez más, como un problema, como una carga para la sociedad a pesar de que las organizaciones y movimientos de mayores y diversos organismos internacionales, insisten en señalar que las personas mayores no son el problema, sino parte de la solución. Que en lugar de ser una carga son, pueden ser, un recurso.

De una u otra forma, todo esto está relacionado con la imagen del envejecimiento y de la vejez que tiene la sociedad y en cuya generación y expansión corresponde un papel primordial a los medios de comunicación.

Figura 1 Datos referidos a España de la Encuesta Social Europea y los Euro barómetros de la Comunidad Europea de 2008-2009

- El 50% de los españoles cree que trabajar hasta mayor edad quita posibilidades de trabajo a los jóvenes.
- Un 45.4% está de acuerdo en que los trabajadores serán cada vez más reacios a pagar impuestos y a llevar a cabo contribuciones sociales para apoyar a las personas mayores.
- Un 42,2% cree que, debido a la futura existencia de mayor número de votantes mayores, las decisiones políticas que se tomarán prestarán menos atención a las necesidades de los jóvenes.
- El 77% considera que no está suficientemente valorado el trabajo de las personas mayores como cuidadoras.
- El 89, 1% que la ayuda financiera de padres y abuelos es muy importante para los jóvenes.

UNA IMAGEN ANCLADA EN EL PASADO

Justo es decir que se constata, en los últimos años, un cierto incremento del interés social y periodístico de los asuntos relativos a la vejez y al envejecimiento, probablemente como consecuencia del aumento del número de personas mayores y del impacto que ello provoca en los sistemas sociales. Pero sigue siendo insuficiente.

Los medios de comunicación deberían tener en cuenta a las personas mayores en función de su número y también de sus diferencias. Deberían mostrar los distintos modelos de ser mayor que coexisten en la actualidad y darles voz y visibilidad. Pero la realidad es que están poco presentes y que, cuando aparecen, la imagen más habitual es la de personas con la salud muy deteriorada, que viven con una pensión escasa y pasan el tiempo, pasivamente, sentadas en un banco en el parque. Otras veces, son personas que no pueden valerse por sí mismas y por tanto necesitan ayuda o vivir en residencias u otro tipo de centros. En todo caso, con muchos años, muchos achaques, muchos recuerdos y ningún futuro.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

En momentos puntuales, puede aparecer un grupo de mayores haciendo gimnasia en una playa o bailando (suele ser la imagen más frecuente para ilustrar una información sobre el programa de vacaciones del IMSERSO), alguna persona de edad avanzada que ha terminado una carrera universitaria, o datos sobre alumnos de las universidades de mayores, o de quienes llevan a cabo tareas solidarias, presentado como si fuera algo excepcional y sorprendente.

En el verano o durante las vacaciones navideñas, que es cuando hay menos carga informativa, es cuando los medios incluyen más noticias relacionadas con la población mayor. Se habla entonces de soledad, de abandono, de los llamados "abuelos golondrina" siempre con su maleta de casa de un hijo/a a la de otro/a y en ninguna recibido con alegría... También son noticia cuando se produce una tragedia, como por ejemplo, un incendio en una residencia. Entonces, la información puede ser incluso titular de primera página o abrir el informativo de la radio o la televisión.

Las secciones de sucesos son su ubicación más frecuente porque la noticia es el abandono, el maltrato o la muerte dramática en soledad. Y el tratamiento informativo suele ser sensacionalista y con altas dosis de morbo, escándalo, y espectáculo. Pocas veces se ahonda en las causas de los hechos, ni se incluye datos o referencias de utilidad práctica que puedan servir para evitar que esos hechos lamentables que denuncia se reproduzcan. Casi nunca aparece una persona mayor realizando tareas cotidianas como protagonista de su vida y junto a personas de otras edades.

Pero, sobre todo, en los medios de comunicación se presenta una imagen homogénea: todas las personas por el hecho de ser mayores son iguales. Iguales en la inutilidad podríamos decir.

Vivimos en una sociedad que considera que, a partir de la jubilación y situaciones asimiladas (prejubilación, expedientes de regulación de empleo, parados mayores que nunca más encontrarán trabajo) las personas no producen, no aportan nada, pero sí originan gastos. Y no hay que escarbar mucho para "tropezar" con una idea que se expresa sin demasiado rebozo: las personas mayores son una carga para el resto de la población. Y, como prueba se aportan datos que, sin duda, todos hemos podido leer o escuchar en alguna ocasión: consumen el 50% del tiempo de los médicos de familia; colectivamente son responsables de, al menos, el 45 % del gasto farmacéu-

tico y del 47% del hospitalario; el 34% del colectivo necesita ayuda en su vida diaria y cuesta mucho dinero sus pensiones[1].

> "En el análisis del envejecimiento debe ponerse en primer plano no sólo el coste o carga sino el beneficio o aportación de las personas mayores a la sociedad y al sistema económico, la economía que no está en el PIB, la economía relacional con sus elementos de actividad social e individual"
>
> Gregorio Rodríguez Cabrero Economía del envejecimiento. En El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (p. 160)

No hace falta dar muchos argumentos para explicar por qué ésta imagen de la vejez, del envejecimiento, no resulta atractiva sino mas bien todo lo contrario. En una sociedad que persigue la eterna juventud, etapa de la vida encumbrada sobre todas las demás, cuyas características son las que dan "valor"a la persona y en la que, en cambio, y a pesar de declaraciones interesadas hechas en momentos concretos, la experiencia, los conocimientos, la sabiduría acumulada con el paso de los años, no cotizan al alza. En la que lo que las personas mayores han aportado a lo largo de su vida y lo que siguen aportando a sus familias y a la sociedad, como trabajo remunerado o voluntario, no se contabiliza. En una sociedad que considera rasgos característicos de las personas mayores la edad, las arrugas, la falta de valor social, la improductividad cuando no la inutilidad, las enfermedades, la dependencia, la soledad... la vejez no puede producir otra cosa que rechazo.

En los últimos años, ha aparecido en los medios de comunicación otro relato que Joan Subirats considera igualmente insatisfactorio por simplista; "el de la madurez dorada"[2] Desde esta perspectiva, a partir de los 65 años con el abandono de la vida laboral se abre todo un mundo de posibilidades en el que se puede hacer todo lo que antes no fue posible. Imagen, sin duda más atractiva, pero que tampoco responde a la realidad, ni tiene en cuenta las situaciones diversas en que viven las personas mayores.

[1] Datos extraídos de diversas informaciones periodísticas.

[2] Libro Blanco del Envejecimiento Activo. IMSERSO 2011, p. 89

En resumen, la sociedad en general no parece haberse dado cuenta de los cambios que se han producido, de la evolución experimentada por la población de más edad y la mayor parte de los medios de comunicación, a juzgar por el tratamiento que le siguen dando, parece que tampoco. Anclados en el pasado, siguen echando mano de una foto antigua para mostrar a las personas mayores de hoy, bien avanzado ya el siglo XXI.

CONSECUENCIAS DE LA DIFUSIÓN DE ÉSTA IMAGEN

Este modo de actuar tiene consecuencias graves, pues no hay que olvidar que la realidad es una construcción social que se forma sobre todo en los medios de comunicación.[3]

Grave porque afianza una imagen antigua, sesgada, con predominio de aspectos negativos, que está en el origen de la marginación o exclusión que las personas mayores padecen en muchos ámbitos. Cada vez que se les da un tratamiento informativo incorrecto, cada vez que son tratadas de forma espectacularizada y sensacionalista, se refuerza el estigma y se apuntalan los estereotipos. El estigma, palabra que quiere decir mancha, condición, rasgo o comportamiento que se adjudica a una persona o colectivo, genera una respuesta negativa por parte de los demás, fortaleciendo los estereotipos. Grave porque, al mostrar una imagen única, además con connotaciones tan negativas cuando no peyorativas, están dificultando que se hagan visibles otras imágenes, otras formas más atractivas de ser mayor que también existen y que podrían servir de modelo con el que identificarse, pues el hecho de cumplir años no provocaría tanto rechazo. Mostrar esas otras formas disminuiría el miedo a envejecer algo en absoluto baladí si consideramos que es precisamente lo mejor que nos puede pasar en esta vida pues no hay modo de vivir mucho que no pase por ir sumando años.

Es grave, también, porque muchas personas mayores han interiorizado esa imagen social predominante, por lo que se consideran a sí mismas como sin valor. Esa interiorización se advierte en hechos y actitudes en su vida cotidiana y se manifiesta claramente en el lenguaje y las expresiones que utilizan para referirse a sí mismas: "*yo ya no valgo para nada*" "*total si yo ya, para lo que me queda*" y sabido es que el sentimiento de utilidad o de inutilidad está íntimamente

[3] Joan Subirats "Libro Blanco del Envejecimiento Activo" IMSERSO 2011, p. 97

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

unido a la dignidad, a la autoestima, al sentido de la propia vida. Esa imagen negativa sobre sí mismas es un freno para el envejecimiento activo y saludable de muchas personas mayores.

Además, al mostrar una imagen homogénea, una única forma de ser mayor, los medios de comunicación se apartan cada vez más de la realidad que es diversa y plural. El recorrido de la vida a partir del momento de la jubilación no es lineal ni uniforme. Podría decirse que hay tantas formas de envejecer, de vivir el paso de los años, como personas.

Las variables individuales implican que, a medida que se envejece, las personas tiendan a ser más heterogéneas, más distintas unas de otras, en el funcionamiento psicológico, fisiológico o social debido, entre otras cosas, a factores biológicos (genéticos, hereditarios) o biográficos, como por ejemplo el estilo de vida a lo largo del ciclo vital**.**

En el Informe sobre Condiciones de vida de las Personas Mayores (2006) se categorizaron diversos estilos de vida entre los mayores españoles. Por ejemplo, bajo la denominación Seniors se incluía al 15,8 % de los mayores, y se destacaba que es el grupo mas interesado en llevar a cabo actividades culturales y en aprender a lo largo de toda la vida.

O sea, que lo menos que se puede decir es, que constituyen un grupo social en evolución en el que conviven diversos modelos y que los medios de comunicación se equivocan al mostrar una única imagen de la vejez inseparablemente unida a decadencia, en lugar de entenderla y presentarla como una etapa más de la vida de toda persona. Etapa que exige nuevas formas de vivir y que ofrece diversas oportunidades de crecimiento y desarrollo personal.

> Entre los mayores del siglo XXI hay quienes necesitan ayuda, tienen pocos recursos y mala salud, pero también hay hombres y mujeres con salud aceptable o buena, medios económicos no tan exiguos y bien administrados, y mayor nivel cultural. Hay personas mayores que precisan ayuda y otras que prestan ayuda, que cuidan, a otras de cualquier edad.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

> "Las personas mayores aportan un total de casi 12 millones de horas de trabajo informal de cuidados a la semana, atendiendo a sus nietos/as. Las mujeres son el 62% de todas las personas mayores que cuidan niños.(...)
>
> Además de 2,5 millones de horas semanales en cuidado de adultos.
>
> El cuidado complementario de los niños por abuelas y abuelos, aunque con diferente intensidad, hace posible el trabajo de la mujer (la hija, la nuera)".
>
> Gregorio Rodríguez Cabrero.
> Economía del Conocimiento en
> El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (p.210).

Son ciudadanos y ciudadanas que se saben con derechos y los reclaman: a una pensión digna, a una atención sanitaria adecuada, a recibir ayuda en caso necesario, pero para las que sólo esto ya no es suficiente. Se saben también con derecho a acceder a la cultura, a estudiar en la universidad, a vivir en un entorno intergeneracional, a no ser excluidas ni marginadas en función de su edad de ningún ámbito de la vida. Y con deberes porque, sonrojo da tener que recordarlo, los derechos de ciudadanía no prescriben con la edad

Es importante que cambie la imagen social del envejecimiento y la vejez, porque toda sociedad necesita también de la mirada, de la experiencia, del comentario sensato, de la opinión y la sabiduría de quienes han vivido más. Es necesario llevar al convencimiento de toda la sociedad, incluidas las propias personas mayores, que envejecer no significa solo pérdidas y riesgos, sino también compensaciones y logros. Dar valor a esta etapa de la vida como un tiempo de transformación y cambio, no únicamente de acomodación[4].

LA VOZ DE LAS PERSONAS MAYORES

La imagen que venimos describiendo y que es la más habitual en los medios, aunque haya excepciones como en todo, es rechazada desde hace tiempo por las personas mayores que dirigen sus quejas hacia los medios de comunicación como difusores que son de esa imagen, en la que no se reconocen, porque saben que es imprescin-

[4] "Mayores del siglo XXI: acompañando su evolución desde la radio". Loles Díaz Aledo en "Nuevas miradas sobre el envejecimiento". IMSERSO 2009,p. 458

dible que los medios cambien para que lo haga también la sociedad en su conjunto.

Por eso, y desde hace mucho tiempo, reclaman también el derecho a tener una imagen que refleje su realidad como parte de la sociedad que son, como personas que aún tienen mucho que decir y hacer y que, de hecho, nunca han dejado de aportar.

En las conclusiones del II Congreso de las Personas Mayores celebrado en Barcelona en 1993 ya se decía:

> "No existe un reconocimiento social y económico que tenga en cuenta lo que hemos aportado a la sociedad con nuestro esfuerzo, trabajo, transmisión de ideas y valores y lo que podríamos continuar aportando. Con demasiada facilidad se nos coloca en situación de pasivos y se desaprovecha el potencial de conocimientos y experiencias que hemos acumulado a lo largo de la vida"

En 1999, los asistentes al Congreso de la Gent Gran, celebrado también en Barcelona, creyeron oportuno hacer públicas las siguientes observaciones:

> "La imagen de las personas mayores que se transmite a través de los medios de comunicación no corresponde a la realidad porque es parcial e incide en los estereotipos presentando imágenes fijadas en otro tiempo. Es necesario potenciar las actividades para la gente mayor para el provecho de la sociedad y para rehabilitar esta imagen tan deformada que a menudo se presenta en los medios".

En el Congreso Confederal de la Unión Democrática de Pensionistas, UDP, que tuvo lugar en Valencia, en 2002 se concluyó:

> "Es fundamental que las personas mayores pasen de tener la consideración de seres pasivos a activos, de carga a recurso. Que desaparezca la imagen de mayor igual a persona que recibe ayudas y servicios."

En septiembre de 2005, en un Seminario celebrado en el Palacio de la Magdalena, en Santander, se propició un encuentro entre personas mayores y periodistas. Estas fueron algunas de las propuestas que las personas mayores hicieron a los profesionales de la información:

- Los medios de comunicación deberían incluir en sus contenidos el perfil del mayor español actual, para cambiar los estereotipos sobre la vejez

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

- Deberían reflejar el cambio social que se está produciendo en las nuevas generaciones de mayores, tanto respecto a las necesidades como a las expectativas y reivindicar la vejez como una etapa de la vida en la que no sólo hay un componente asistencial.
- Es urgente que reconozcan a las personas mayores como miembros activos de pleno derecho en una sociedad para todas las edades y que acepten el derecho de acceso a los medios, reconocido por la Constitución, favoreciendo la presencia en ellos de los mayores como colectivo social.

Por su parte, los periodistas respondieron con la llamada Declaración de Santander, en la que se comprometieron, entre otras cosas a:

- Mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, con sus ventajas e inconvenientes, rescatando los valores que encarnan las personas mayores como la serenidad, la experiencia, el respeto, la independencia o la memoria del pasado.
- Incluir a las personas mayores como parte de la población, en plano de igualdad con los demás grupos sociales, en todo tipo de informaciones
- Evitar el lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio que contribuye a reforzar los estereotipos sociales sobre las personas mayores
- Propiciar, desde los medios, el tratamiento de los temas con una perspectiva intergeneracional
- Dar voz a los mayores como ciudadanos independientes y protagonistas de sus propias vidas
- Acabar con su invisibilidad recurriendo a ellos como fuente informativa.

Compromisos que no sirvieron realmente para mucho pues, dos años después, en 2007, los alumnos de la Universidad de Mayores de Alicante, elaboraron un Manifiesto en el que, entre otras cosas, se dice:

> "La visibilidad del colectivo en los medios es prácticamente nula. Los mayores estamos ausentes. La presencia sólo se hace efectiva cuando el ámbito es el de los sucesos o la crónica rosa. La tendencia generalizada es la de remarcar nuestros defectos y no exaltar nuestros valores. Se nos trata tópi-

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

> ca e inadecuadamente y de un modo no proporcional al porcentaje de mayores en la sociedad española. El colectivo aparece de forma homogénea. La ausencia de rigor se une al exceso de estereotipos y a la falta de reflexión sobre la realidad de una heterogeneidad nunca presente y que, sin embargo, forma parte de la realidad del mayor actual. La no aceptación por parte de los medios de una nueva cultura en la que se facilita la colaboración intergeneracional, se hace visible en las tendencias informativas. El lenguaje se utiliza de forma discriminatoria".

Y para contribuir a desmontar las imágenes y los estereotipos negativos sobre el envejecimiento incrustados en la cultura actual han creado un Observatorio de medios en el que trabajan activamente.

El 16 de mayo de 2007, Día Mundial de la Sociedad de la Información, los Centros de Mayores de la Obra Social Caixa Galicia se unieron a la celebración de esta jornada realizando una actividad práctica a través de tres blogs. En uno de ellos, (http://mayorescaixagalicia2.blogspot.com) el tema a debatir era "mayores y medios de comunicación", a partir de preguntas como ¿Reflejan los medios la enorme diversidad de modos de vida de los mayores? ¿Están presentes los mayores en los medios con el mismo porcentaje de representación que tienen en la vida española? ¿Qué opina usted del modo en que los medios de comunicación- periódicos, revistas, televisión, radio, publicaciones en Internet- muestran la realidad de los mayores? Y otras más o menos en la misma dirección. Los comentarios fueron numerosos y jugosos. He aquí dos botones de muestra:

> "Creo que los mayores no están suficientemente valorados en los medios de comunicación. La prensa en general dedica poco espacio a los temas que afectan a los mayores (...) Con la radio y la televisión pasa algo parecido. Son contados los espacios que dedican un tiempo a la problemática de los mayores y los que hay se programan en horarios muy extremos o son de muy corta duración"

> "La atención de los medios es insuficiente. Los mayores carecen de representatividad, están infravalorados y no se les considera ciudadanos con plenos derechos"

El Congreso de Mujeres Mayores que, con el título "Las oportunidades de la edad: mujeres sabias" se celebró en Madrid en 2011, aprobó un Manifiesto en el que se considera como algo aún pendiente pero que hay que conseguir con urgencia:

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

> "Que se deje de considerar el envejecimiento como una carga para la sociedad, que se pongan en valor las contribuciones positivas que realizamos y nuestro potencial para aportar"

En mayo de 2010 se celebraron en Madrid, en la sede del IMSERSO unas Jornadas sobre personas mayores y medios de comunicación El objetivo que se perseguía era hacer un diagnóstico de la situación de los mayores en los medios, a sabiendas de que desde los años 70 venía haciéndose en distintos ámbitos, pero para dar un paso más: tomar decisiones sobre qué hacer a partir de ahora. Estas son algunas de las opiniones vertidas en las ponencias y mesas de trabajo de las jornadas:

- ´Los mayores no "venden". En los medios priman los jóvenes
- Las personas mayores están cada vez más presentes en la sociedad, cosa que no suelen recoger los medios de comunicación
- Los medios tratan a las personas mayores, especialmente a las mujeres, de forma distorsionada
- En el cine, el tratamiento es dramático o en forma de parodia. En la publicidad, los mayores representan la tradición.
- La forma adecuada de estar en los medios es junto a los demás y como los demás grupos de edad.

Y en el mismo sentido van las "Recomendaciones del Consejo Asesor de la Gent Gran de Barcelona sobre el tratamiento y la participación de las personas mayores en los medios de comunicación"[5], cuando les pide:

- Que tengan en cuenta que las personas mayores son diversas, plurales, social y vitalmente
- Que pongan especial cuidado en proteger el derecho a la intimidad a la imagen y a la dignidad de las personas mayores, especialmente de las más vulnerables
- Que eviten reforzar los estereotipos que relacionan la juventud con un atributo positivo y la vejez con uno negativo

[5] III Convención "Las voces de las personas mayores de Barcelona", marzo de 2011

- Que muestren el papel activo que tienen las personas mayores en las familias
- Que hagan difusión de la contribución que hacen como voluntarios en numerosas entidades y proyectos tanto de tipo social como cultural
- Que hagan visible su participación en la vida social y cívica de los barrios, pueblos y ciudades, como ciudadanos y vecinos activos y comprometidos con el entorno
- Que incorporen personas mayores a título individual, o en representación de las entidades de personas mayores en sus espacios, dándoles voz y presencia y cuenten con ellas para participar en debates genéricos, como lo hace el resto de los ciudadanos.

Más recientemente, en julio de 2012, la Federación de Asociaciones de Personas Mayores de Cataluña, FATEC[6], declaraba en una Carta Abierta firmada por su Presidente, D Mario Cugat:

> "Los mayores estamos cansados, muy cansados, por el hecho de que, todavía hoy, determinadas entidades, sectores sociales, medios de comunicación o publicitarios y otros sectores consideren a todas las personas mayores, sin excepción, como un sector necesitado exclusivamente de atenciones sociales de emergencia y prioritarias, cargado de problemas, envejecido, aislado e inútil".

"Ser mayor no significa lo mismo que ser inútil (...). Es preocupante que, a partir de los 50-55 años se entienda que una persona ha dejado de ser significativa desde el punto de vista productivo (...). No puede admitirse que sólo se hable de la gente mayor como una posible fuente de ocupación para otros (....) Lo importante es conseguir que el capital humano social acumulado por los mayores, sus conocimientos y su experiencia no se pierdan ni se dejen de lado"

Joan Subirats "El reto de la nueva ciudadanía"
en El Libro Blanco del Envejecimiento Activo.
IMSERSO 2011, p. 90-91

[6] FATEC es una entidad sin ánimo de lucro, creada en 1982 que en la actualidad agrupa a 519 asociaciones de personas mayores de Cataluña

NUEVAS IMÁGENES PARA NUEVAS REALIDADES

Necesitamos más y distintas imágenes de las personas mayores que reflejen su pluralidad. Es decir, que respondan a su presencia real en todos los ámbitos de la vida. A su condición de ciudadanas con todo lo que supone en cuanto al ejercicio de derechos y deberes, de participación social, cultural, política y que muestren sus aportaciones a la sociedad, solidarias o remuneradas, pero siempre socialmente útiles y valiosas.

Imágenes en las que la edad sea un valor, no una pérdida y esto supone abandonar el edadismo[7], el paternalismo y la sobreprotección. Porque la edad es tan sólo un adjetivo, lo sustantivo es que son personas como las demás.

Personas que transmiten valores y, en la complicada situación actual, que sirven de apoyo a hijos y nietos pues, en no pocos casos, su pensión es el único ingreso familiar. Personas solidarias y también reivindicativas de los derechos de los jóvenes y de quienes lo están pasando peor.

La tarea de crear y difundir estas imágenes corresponde, en primer lugar a las propias personas mayores. Si son protagonistas de su vida, con independencia de las limitaciones concretas que puedan tener- que por otra parte no son exclusivas de la edad- deben ser también ellas, individual y colectivamente consideradas, quienes creen esa imagen adecuada a su realidad. Porque cada persona mayor es un modelo en su entorno de una forma de cumplir años y de vivir el envejecimiento.

> "Al ser humano individual, a cada uno de nosotros, corresponde la tarea de hacerse viejo, de envejecer, dándose a sí mismo calidad. La vida humana, toda vida humana es, ha de ser, realización y debe serlo en cada una de sus edades"
>
> José Luis L. Aranguren en
> "La vejez como autorrealización personal y social"

[7] Aunque esta palabra no figura en el Diccionario de la Real Academia, en la práctica se utiliza para señalar las consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Informes Portal Mayores nº 14.

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

Pero en este mundo en el que lo que no está en los medios de comunicación, incluyendo los más modernos, no existe es tarea también de estos contribuir activamente a crear esas imágenes de las personas mayores de aquí y ahora.. Los medios de comunicación no son meros espejos que reflejan la realidad como a veces se dice. Son creadores de opinión, de imágenes, constructores de la realidad. Les cabe por ello también una gran responsabilidad en el asunto que nos ocupa.

Conseguir que los medios de comunicación muestren la imagen plural de la vejez es una necesidad imperiosa. Pero no se logrará fácilmente. Es necesaria una reflexión profunda, un cuidado exquisito del lenguaje y una estrategia comunicativa. Y es básico huir del sensacionalismo y el morbo.

Y le incumbe a la sociedad en su conjunto. Las personas mayores forman parte de ella. No viven en un mundo aparte, sino junto a las demás y éste será su lugar hasta el final de su vida. Sin guetos ni espacios separados.

El reto es construir entre todos una imagen de la vejez como una etapa más de la vida, como un tiempo para seguir creciendo, participando, junto a los demás. Para lo que es necesario que se difunda y se integre en el pensamiento personal y colectivo, que el envejecimiento es un proceso biológico natural y diferente en cada ser humano; que una persona mayor es alguien que ha cumplido un número de años, que ha llegado hasta aquí con una maleta llena de vivencias, experiencias, alegrías, fracasos, renuncias, triunfos, conocimientos, achaques, temores, éxitos... En definitiva, con una maleta llena de vida. Y que lo que lleva en ella, su equipaje vital, le sirve para seguir viviendo el presente y para saber responder a los retos que le traiga el futuro. Pero que todo eso que los mayores tienen es valioso también para los demás, para el conjunto de la sociedad.

Simplemente utilizando un lenguaje correcto, adecuado, cambiarían muchas cosas. Porque el lenguaje nunca es neutral, integra o margina. Si en lugar de usar palabras como senil, otoñal, caduco, decrépito, canoso, vejestorio o carcamal por citar sólo algunas de las que se utilizan con más o menos frecuencia al referirse a este grupo social, se utilizaran éstas otras: útil, capaz, valioso, voluntario, solidario, válido, activo... estaríamos dando una imagen completamente diferente. Y todos ellos son adjetivos que se pueden atribuir a las personas mayores.

Necesitamos una nueva cultura del envejecimiento, que conceda el valor que le corresponde a esta etapa de la vida. Y será bueno para todas y cada una de las personas, porque antes o después, si la vida nos es favorable, llegaremos a ella.

ANEXO

Algunos rasgos del perfil del mayor actual

Hay numerosas investigaciones que van trazando los rasgos de un perfil más acorde con la realidad de las personas mayores de hoy. Sin ánimo de presentar una relación exhaustiva, se recogen aquí algunos que, por tratar aspectos muy diversos de la vida de las personas mayores menos incluidas en las informaciones que ofrecen los medios de comunicación, pueden ser significativos.

Naturalmente hay una parte del grupo social mayor que vive en situación de pobreza, en soledad y necesita ayuda. Pero esos rasgos que, con frecuencia se presentan como propios de todas las personas mayores, son objeto habitual de divulgación en los medios, por lo que aquí no nos ocuparemos de ellos.

- ✓ Para casi el 90% de las personas mayores la principal fuente de ingresos son las pensiones.[8]
- ✓ El 75% de las personas mayores tienen una cuenta corriente o una libreta de ahorro.[9]
- ✓ El 19% del gasto en consumo de España corresponde a las personas mayores.[10]
- ✓ El 6% del gasto turístico total realizado en España corresponde a personas de más de 64 años.[11]
- ✓ El 30% de las personas mayores dice tener bastantes obligaciones y falta de tiempo. El 51,5%, tiene su tiempo ocupado

[8] Encuesta de presupuestos familiares 2008, Instituto Nacional de Estadística, INE

[9] Estudio Vida Caixa 2004.-

[10] Encuesta de presupuestos familiares 2008, Instituto Nacional de Estadística, INE

[11] Encuesta de gasto turístico 2008:

pero con pocas obligaciones y el 15% no tiene nada que hacer.[12]

- ✓ El 50% de las/os abuelas/os cuida a sus nietos/as a diario.[13]
- ✓ El 10% de los adultos españoles cuida a personas enfermas o con discapacidad. La mayoría de las personas cuidadoras son mujeres de 50 a 64 años.[14]
- ✓ Casi el 85% de las personas de más de 65 años residen en una vivienda de su propiedad, frente al 3'5% que vive en una institución.[15]
- ✓ El 84% vive acompañado. Más de la mitad con su cónyuge. El 37 % de los mayores de 80 años vive con algún hijo.[16]
- ✓ El 1'4% de los mayores están separados o divorciados.[17]
- ✓ Sólo el 27% necesita ayuda para realizar diversas actividades domésticas.[18]
- ✓ El 8% recibe ayuda de algún miembro de la familia.[19]
- ✓ Un 87, 3% de las personas mayores quiere seguir viviendo en su casa [20]
- ✓ el 69% se siente feliz.[21]
- ✓ Un 67,5% dice mantener contacto diario con sus hijos y un 17,4% varias veces a la semana.
- ✓ El 43% de las personas mayores demanda un mayor nivel de representatividad en los diferentes ámbitos de la sociedad.[22]

[12] Encuesta de Personas Mayores . IMSERSO 2010

[13] "Abuelas/os para todo. Percepciones en torno a la educación y el cuidado de los nietos Obra Social Caja Madrid

[14] Fundación BBVA. "El trabajo escondido" Investigación dirigida por M. Ángeles Durán

[15] Encuesta Personas Mayores IMSERSO 2010

[16] id anterior

[17] id anterior

[18] id anterior

[19] id anterior

[20] id anterior

[21] *La 3ª edad y el consumo* (2001) Manuel Martín Serrano

- ✓ El 14% de la población mayor de 65 años utiliza Internet.[23]
- ✓ Los españoles mayores constituyen alrededor del 30% del censo electoral y votan por encima del 90%. Si la abstención del electorado alcanza el 35% entonces serían el 40% de los votantes.
- ✓ Un 78,8% de las mujeres mayores están satisfechas con sus relaciones de amistad, relaciones que extienden a generaciones más jóvenes.[24]
- ✓ Las personas mayores de hoy son más independientes y consideran la autonomía como un valor.

Un 64% de la población general opina que, cuando sea mayor, optará por vivir en su casa aunque sea solo. El 15,6% desearía vivir en casa de otro familiar. Al 13,8% le preocupa la vejez por el miedo a la soledad.[25]

BIBLIOGRAFÍA

IMSERSO (2011) *Libro blanco del envejecimiento activo*.

MARTÍNEZ MAROTO, A coord. (2009) *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. IMSERSO,

GÓMEZ, MP. y DÍAZ VEGA, P., coord. (2011) *Guía práctica del buen trato a las personas mayores.* SEGG

Portal Mayores. *La imagen de los mayores en Europa*. (2009) IMSERSO-CSIC,

PEDRERO GARCÍA, E. (2003) *Los mayores: una nueva edad adulta en el siglo XXI.*

[22] Centro de investigaciones Sociológicas, CIS, estudio de mayo 2009. -

[23] Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, 2008

[24] Anna Freixas, 2008

[25] Instituto Nacional de Estadística. Indicadores sociales básicos, 2009

POLO GONZÁLEZ, Mª E. *(1983-2001).* . *La representación de los mayores en los periódicos de Castilla y León* Tesis doctoral

GARCÍA GUTIÉRREZ, A. (1999) *La vejez en la prensa española contemporánea.* Tesis doctoral.

Jornada de Periodismo Social, Obra Social de Caja España *(2007)El tratamiento de la información social en los medios de comunicación de Castilla y León*

GARCÍA ORTIZ, M.D. *La participación política de las personas mayores, medida a través de la participación electoral, el interés por la política, la comprensión política y la orientación ideológica*.. Universidad de Murcia.

DEL RÍO, E. (2012). Coord. *Los valores culturales ¿factores de desarrollo humano?* Documentación Social nº 164. Cáritas Española.

Tercer Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española (2012) Consejo Económico y Social de España.

DÍAZ ALEDO, L. (2012) *Las personas mayores y la publicidad: historia de un desencuentro.* Revista española de Geriatría y Gerontología.

DÍAZ ALEDO, L. (2012) *Envejecimiento activo y participación.* UMER.

Amigos de los Mayores
“10 años luchando contra la soledad”

Amigos de los Mayores
“10 years struggling against the loneliness”

Mercedes VILLEGAS
Amigos de los Mayores
info@amigosdelosmayores.org

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales
n.º 41. Junio de 2013 (pp. 503-509) ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Amigos de los Mayores cumple, este 2013, diez años de acción en el municipio de Madrid dedicados a la lucha contra la soledad de las personas mayores mediante el acompañamiento afectivo. Surgida en Francia tras la II Guerra Mundial su filosofía se ha extendido durante este medio siglo por el panorama nacional e internacional a través de una amplia red de asociaciones independientes pero que comparten una misma visión sobre la vejez.

Las tres fundaciones que operan en España situadas en Madrid, Valencia y Barcelona atendieron durante el 2012 un total de 1502 personas mayores, respondiendo a una demanda cada vez más creciente. En una sociedad como la actual donde cada vez más personas mayores se ven abocadas al aislamiento y la soledad por diversas causas demográficas, sociales y culturales y donde la figura del mayor ha perdido relevancia social, Amigos de los Mayores reivindica la lucha contra el aislamiento social y emocional de las personas mayores a partir del trabajo conjunto de voluntarios, profesionales y la sensibilización de la sociedad civil.

El perfil tipo de los mayores acompañados es predominantemente femenino y con una media de edad de unos 82 años, viven solas en sus domicilios, con recursos escasos y una red social reducida. El voluntariado se ha constituido como la piedra angular de la actividad de esta Fundación.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, aislamiento, soledad, voluntariado, participación ciudadana, asociaciones, acompañamiento

---

ABSTRACT

"Amigos de los Mayores" celebrates its 10th anniversary this year 2013, working in the municipality of Madrid and dedicated to fight against loneliness of the elderly with the help of volunteers. Born in France, after the World War II his philosophy has spread during this half century over the national and international panorama across a wide network of independent associations but that share the same vision on ageing. The three fondations that operates in Spain placed in Madrid, Valencia and Barcelona attended during 2012 a total of 1502 elderly, answering to a increasing demand.

In a society like this one, where more and more elderly people are doomed to isolation and loneliness for diverse demographic, social and cultural reasons and where the figure of the elderly has lost their social relevancy, "Amigos de los mayores" claim the fight against social and emotional isolation of the elderly with the joint work of volunteers, professionals and the awareness of the civil society.

The profile type of the elderly accompanied is predominantly feminine, with an average of age of approximately 82 years, they live alone in their domiciles, with scanty resources and a social limited network. The voluntary work has been constituted as the angular stone of the activity of this Foundation..

KEY WORDS

Ageing, Isolation, loneliness, voluntary work, civic participation, associations, accompaniment

Sociedad y Utopia
Revista de Ciencias Sociales

HISTORIA

El origen de Amigos de los Mayores como organización se remonta a 1946 y la ciudad de París. Tras el fin de la II Guerra Mundial, el contexto social de la capital francesa ofrecía muchas personas mayores solitarias que habían perdido a sus familias e hijos en el frente y que habitaban un entorno con graves problemas sanitarios, edificios destruidos, falta de alimentos, etc. En este contexto surge la figura de Armand Marquiset, noble que, sensibilizado por esta coyuntura, decide apoyar a las personas mayores necesitadas con la colaboración de personas cercanas a él. Así se constituye la asociación Les petits frères des Pauvres, bajo el lema "las flores antes del pan", que poco a poco se extendería por otras ciudades del territorio francés (Lyon, Lille, Nantes, etc.).

Paralelamente, la asociación y su filosofía se extendió a otros países. Por orden cronológico: Marruecos, Estados Unidos, Canadá, Irlanda, México, España, Alemania, Suiza y Polonia. Todos estos países (menos Marruecos), integran en la actualidad la "Federación Internacional de les petits freres des Pauvres".

En España, surge en 1987 con el nombre de Amics de la Gent Gran. Durante los primeros años, se organiza como Asociación, hasta que en 1992 toma la forma jurídica de Fundación. Desde entonces, ofrece sus servicios a personas mayores que viven en Barcelona y, en 1999, coincidiendo con el Año Internacional de las Personas Mayores, abrió además delegaciones en las poblaciones de Vilanova i la Geltrú y Cambrils.

En el año 2003 surge la fundación en Madrid, bajo el nombre Fundación Amigos de los mayores, promovida por un grupo de voluntarios, y en el año 2010, en Valencia, la Fundación Amics de la Gent Major.

Las tres fundaciones, aunque independientes, se agrupan bajo el paraguas de la Federación de Amigos de los Mayores y procuran generar sinergias colaborativas, intercambiando experiencias, bajo la misma misión:

> "contribuir al bienestar de las personas mayores que viven en situaciones de soledad y de aislamiento social, factores agravados, además, por las condi-

ciones de dependencia y de escasez de recursos económicos que presenta este colectivo" (citando estatutos).

El total de personas mayores atendidas durante el año 2012 por las tres entidades ha sido de 1.502.

CONTEXTO

En las sociedades urbanas desarrolladas, como es la zona de actuación de Amigos de los Mayores, el número de personas mayores en situación de aislamiento y soledad ha aumentado por diferentes razones:

1. Cambios en los roles familiares. Tradicionalmente la familia ha sido el proveedor principal de cuidados de sus miembros dependientes, pero la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo, lo cual es un gran avance a nivel social, ha generado un nuevo escenario.
2. Pérdida de capital social. Habitualmente las personas mayores ven como su capital social se reduce y limita progresivamente su relación con el entorno.
3. Factores culturales. La visión que tenemos de las personas mayores está condicionada por los valores socioculturales predominantes y actualmente se priman cuestiones como la juventud y el éxito profesional. Este contexto dificulta el diálogo intergeneracional y relega a las personas mayores a la posición de receptores pasivos de cuidados.
4. Factores demográficos. En los últimos años el número de personas mayores que viven solas ha aumentado de forma considerable. Aunque no es lo mismo vivir solo que sentirse solo, se confirma que existe relación entre ambas situaciones. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de los mayores 2006 (IMSERSO-CIS), un 59,2% de las personas mayores que viven solas han expresado tener sentimientos de soledad, frente a sólo un 14,2% de las cuales cohabitan.

Esta situación ha desbordado la capacidad de atención de los dispositivos institucionales de atención, haciendo que se priorice la satisfacción de las necesidades más básicas, sociosanitarias y de apo-

yo a las actividades de la vida diaria, en detrimento del apoyo destinado a paliar necesidades de tipo afectivo y emocional.

QUÉ HACE AMIGOS DE LOS MAYORES

El objetivo de Amigos de los mayores es **luchar contra el aislamiento social y emocional de las personas mayores** a partir del trabajo conjunto de voluntarios, profesionales y la sensibilización de la sociedad civil.

El proyecto está dirigido a personas mayores de 65 años que sufren situaciones de aislamiento, fragilidad física y vulnerabilidad social:

- personas mayores con recursos económicos escasos y una red social reducida
- personas mayores con limitaciones para salir al exterior de forma autónoma
- personas mayores en situación de carencia afectiva derivada de una red social reducida o familiares de primer grado que brindan apoyo asistencial o esporádico -por sobresaturación, falta de tiempo, desestructuración familiar u otros motivos-.

La media de edad de las personas beneficiarias es de 82 años, y en su mayoría son mujeres. Mayoritariamente viven solas en su domicilio y a menudo presentan problemas de salud física y/ psíquica. El 69% de las personas mayores atendidas por la entidad vive sola en su domicilio, un 7% vive con su pareja y el resto lo hace en una residencia o con familiares. En cuanto a la movilidad, un 90% presenta marcha insegura o no puede caminar frente a un 10% que son autónomos.

La principal vía de entrada de las personas mayores acompañadas son los servicios sociales del Ayuntamiento y los Centros de Salud. Cuando éstos detectan la existencia de una persona mayor en situación de aislamiento y precariedad social solicitan nuestros servicios a través de un formulario normalizado.

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Para alcanzar su objetivo, Amigos de los mayores sostiene su trabajo sobre tres columnas que se desarrollan de manera global y equilibrada y que se identifican con tres programas:

1.- Programa de atención a personas mayores: Acompañar a personas mayores que padecen soledad y aislamiento y que sufren limitaciones físicas propias de la edad avanzada, factores agravados por las dificultades económicas de este colectivo y mejorar su calidad de vida, ofreciéndoles apoyo afectivo, ayuda emocional, compañía y oportunidades de resocialización.

Actualmente, el programa de atención a personas mayores se compone de las siguientes actividades: acompañamientos a domicilio; acompañamientos en centros residenciales, socio-sanitarios y hospitalarios y acompañamientos puntuales.

2.- Programa de gestión del voluntariado: El apoyo afectivo a las personas mayores, al implicar una interacción basada en sentimientos y emociones, es una tarea que, tanto en el presente como en el futuro, sólo se puede y podrá realizar mediante el trabajo altruista y voluntario. Un trabajo que sólo puede organizarse desde el sector no lucrativo, con el apoyo de las administraciones públicas, instituciones privadas así como de las contribuciones de personas individuales.

El trabajo que realiza Amigos de los Mayores se basa en la colaboración de técnicos profesionales y voluntarios, siendo estos últimos la columna vertebral de la organización en nuestra lucha contra el aislamiento y la soledad de las personas mayores. Es por ello que se considera de vital importancia su participación. La movilización de la sociedad civil es en sí un objetivo fundacional para nosotros y está en el corazón de nuestra misión.

3.- Programa de sensibilización: Desde Amigos de los mayores consideramos que la sensibilización social no sólo debe tener en cuenta los aspectos vinculados al voluntariado, sino que debemos abordar el envejecimiento de la sociedad y los efectos que tiene en el estado emocional de las personas mayores. Desgraciadamente, el envejecimiento de la población y sus consecuencias tiene una presencia ínfima en los medios de comunicación y en el debate público si consideramos la magnitud y la importancia de este fenómeno social. Cuando el envejecimiento entra en el debate, casi siempre aparece en relación a aspectos utilitaristas y asistenciales como el impacto que

puede tener a medio y largo plazo en las cuentas públicas o de la Seguridad Social.

Sin embargo, pocas veces se debate sobre otros aspectos tanto o más relevantes para la sociedad como la dignidad de las personas mayores y la exclusión social que padecen. Desde Amigos de los mayores se apuesta por un cambio de paradigma en la manera de abordar la situación de soledad en la que viven muchas personas mayores. Promovemos una nueva mirada que rompa con los estereotipos establecidos y que poseen una mirada unidireccional, limitada al considerar a la persona mayor un receptor pasivo de servicios sociales, y demasiado a menudo asociada a estereotipos negativos (enfermedad, dependencia, muerte, etc.).

Gracias a esta concienciación colectiva, conseguiremos modificar las pautas culturales y las conductas, y generar los recursos necesarios para luchar de forma efectiva contra esta realidad social.

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

Reseñas

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

RODRÍGUEZ MOLINERO, M. Decisión y compromiso. Estudio comparado de la vida y de la obra de Jhon Henry Newman y de Ángel Herrera Oria. U. Complutense-Dilex. Madrid, 2012, 989pp.

El curso de la existencia deviene con tan acelerado ritmo que cualquier evento, trayectoria o incluso síntesis de un pasado cualquiera o de una vida, por muy plena y motivadora que resulte, pueden quedar sepultado en el más eficaz de los olvidos si no se hace y se actúa en el esfuerzo permanente por recuperar la "memoria" de ese pasado. Esta recuperación se va dificultando conforme van desapareciendo los testigos directos de ese acontecimiento o de esos procesos. Tal como T. de Kempis recogía en su "Imitación de Cristo", "en quitándolo de la vida presto se va también de la memoria".

Esto, tal como el profesor Rodríguez Molinero, autor de esta espléndida y muy elaborada síntesis, recoge en este análisis comparado de dos figuras preeminentes de la Iglesia Católica, sucede curiosamente y de manera más pasmosa con el segundo de los biografiados, el cardenal Herrera Oria, obispo de Málaga, y cardenal, por expresa decisión personal de Pablo VI, al final de su ministerio y vida.

Desde el propio título la obra se manifiesta sugestiva, novedosa; y, por su propia motivación y finalidad, atenta a probar una hipótesis más que sorpresiva: tras la oferta de diferencias entre uno y otro, la búsqueda de coincidencias entre dos vidas y dos trayectorias fijadas en siglo diferentes. Cuando muere J. H. Newman, en 1890, Ángel Herrera acababa de cumplir cuatro años, de modo que, si la del cardenal británico transcurre íntegramente en el siglo XIX, la del obispo de Málaga, cardenal Herrera Oria, viene a cubrir algo más de dos tercios del siglo XX. Ambos -ratifica el autor-, pese a todo, desarrollan su acción y sus vidas "como si uno hubiera pasado al otro el testigo de la realización de una alta misión" (pág. 11).

Conforme a este supuesto, la hipótesis de que parte el autor está justificada y bien trabada a lo largo de este amplio texto; y la explicitación de diferencias, e incluso de grandes disparidades

entre ambos, desde la cuna a la muerte, no reduce ni ensombrece similitudes y convergencias, que se irán exponiendo a lo largo de toda la obra, a partir de los bosquejos biográficos de cada uno, y, sobre todo, de la intención de dar la fuerza merecida al impacto, y a la devoción en ambos, de la "gran personalidad política" del papa León XIII, "verdadera piedra miliar afincada en el camino por el que transitaron tanto el que le precede como el que, siguiendo sus orientaciones, anuncia y se cunda "el esplendor de su doctrina social y política" (pág. 14).

Para el autor de este libro, aparte las similitudes, coincidencias, convergencias y afinidades, personales y biográficas, entre ambos -alcanzan el ministerio sacerdotal católico en plena madurez; los dos se preparan para el sacerdocio tras un retiro casi monástico de cuatro años; acceden al episcopado transcurrido algo más de un lustro de su ordenación sacerdotal; y ambos llegaron al cardenalato a edad muy avanzada, al borde de los ochenta años, por méritos propios y por decisión personal de dos grandes pontífices - León XIII y Pablo VI- , las características fundamentales a destacar en este jugoso, rico y bien trabado ensayo comparativo son sustancialmente, y con sus peculiares formas de ser, sus actividades como "hombres de Iglesia", la acción social y el intento de perpetuarla mediante las respectivas fundaciones, la obra cultural y educativa en que empeñan tiempo, recursos y generosidad hasta límites insospechados, la preocupación, teórica y práctica, por los desamparados y por los desheredados de la fortuna, su capacidad de atracción y su disponibilidad personal a la juventud universitaria, un esmerado cultivo de la predicación, su copiosa correspondencia epistolar, su apuesta por la promoción del laicado católico… Ambos, Newman y Herrera, sin lugar a duda alguna, fueron renovadores del catolicismo en su propio país.

* * *

A ello dedica el autor, profesor emérito de la Universidad Complutense, de Madrid, su amplio y cuidado trabajo, en el que convergen como méritos a destacar el buen uso de amplísima documentación, inédita o no, y la forma en que discurre una esmerada redacción que permite aprender disfrutando, y su esfuerzo, siempre en escena, por respetar y hacer viable el equilibrio y la mesura a la hora de prodigar loas o de resaltar aspectos y situaciones cuando menos críticos.

Tras justificar su investigación y su hipótesis primera, como acaba de indicarse, refiere en la primera parte de la obra el "perfil biográfico" de J. H. Newman ("la inteligencia al servicio de la verdad") y el de A. Herrera ("la acción como lema de una vida"). Son, de hecho, dos síntesis biográficas completas, positivas, en alguna ocasión críticas, tal como se ha dicho, y siempre constructivas, en medio de una compleja interpretación y explicación de hechos, ideas, procesos, ideas, aptitudes y trayectorias que vienen a revelar el valor trascendente de unas actuaciones y de unas actividades que convierten a sus protagonistas en noticia permanente a lo largo de sus respectivos tiempos de influencia.

* * *

En la segunda parte, y en ocho sendos capítulos va dando cuenta de las convergencias entre ambos personajes, someramente indicadas arriba: la obra social de cada uno, y el interés en hacerla permanente mediante el recurso de las "fundaciones"; la amplia labor educativa y de promoción cultural; la predicación, bien urdida y mejor articulada, como expresión permanente del magisterio; su obra literaria y epistolar; sus ideas de "Universidad Católica"; las respectivas actitudes ante el Concilio (Vaticano I y Vaticano II); su vertiente íntima y religiosa, aquí definidas como "camino interior"; y, por último, el ejercicio del cardenalato en las postrimerías de sus respectivas existencias.

El índice onomástico que corona el trabajo, y en el que se da fiel y cumplida cuenta de los apoyos documentales y bibliográficos de esta voluminosa publicación, es de una utilidad sorprendente, sobre todo porque permite volver con la mayor precisión a cuantos autores, textos y testimonios permitieron al autor llegar a buen puerto, tal como se constata a lo largo de toda su lectura, al tiempo que facilita a todo futuro lector la mayor facilidad hora para la consulta y uso de este riquísimo acervo.

Aquí es, en esta segunda parte, y de forma más precisa y completa, donde se resaltan punto por punto las convergencias entre ambos Príncipes de la Iglesia, a partir de la hipótesis apuntada, y se repasa de forma clara, ordenada y precisa la ingente obra social y cultural de ambos cardenales. Se teje aquí, a lo largo de seiscientas páginas, mediante una labor y un proceso más que artesanales, la reconstrucción de lo que el autor, refiriéndose a sus biografiados, resume como "la grandeza de su alma": la preocupación por las condiciones de vida de los más humildes a lo

largo de sus vidas, su amplia labor educativa y de promoción cultural, su apostolado de la palabra, la predicación sagrada, que, para Newman, parte de su lema cardenalicio tomado de S. Francisco de Sales –*cor ad cor loquitur*-, en tanto que en Herrera resume su trayectoria episcopal y cardenalicio conforme los Hechos de los Apóstoles definen: *orationi et ministerio verbi*.

Todo este "compromiso", y la "decisión" de que parten, los enlaza -es una forma de hablar- interna y externamente, y guardadas, siempre, las diferencias tanto de matiz como de tratamiento, sobre todo las referidas a espacios y tiempo distintos. Ambos comparten, sin embargo, como signos igualmente eminentes, una obra literaria peculiar, más en caso del más intelectual cardenal británico; una amplísima correspondencia epistolar, la preocupación y búsqueda y el acicate en pro de la "Universidad Católica"; la promoción del apostolado de los laicos, en vinculación, respectivamente, con los proyectos, determinaciones y exigencias de los concilios Vaticano I y Vaticano II; y los dos perviven en el empeño, y en la obsesión por una vida espiritual propia, el "camino interior", que en Ángel Herrera se acentúa con su tesón, nunca cedido, en "ser santo".

Por último, ambos acceden al cardenalato casi en el ocaso de sus vidas y por decisiones personales de León XIII y de Pablo VI. Como indica el autor, "por méritos personales y por la calidad de sus servicios prestados a la Iglesia Católica, según estimación personal del papa felizmente reinante".

Resulta más que curiosa la descripción que el autor hace del proceso inmediato hacia la concesión de la púrpura. Si el primero, el cardenal Newman, ha sido recientemente beatificado, del siervo de Dios cardenal Herrera, en la misma ruta, se halla iniciado, y en avance, su proceso de beatificación.

* * *

Dado que el autor tuvo más fácil, y completo, acceso a las fuentes y bibliografía que recogen y envuelven la persona y la trayectoria del cardenal Ángel Herrera, el tratamiento que recibe a lo largo de toda la obra resulta mejor, más profundo, alicatado, lógico y completo.

Trata de resaltar la figura y la obra del cardenal; las reviste del oportuno contexto; define con precisión el orto, proceso y desarrollo de cada una de sus ocupaciones y obras; y sintetiza con apoyos razonados lo que supuso

el obispo y cardenal de la diócesis de Málaga para la Iglesia española del siglo XX, desde la segunda década del siglo, hasta su muerte al final del tercer tercio. El autor ha sabido mostrar y reflejar semejanzas y diferencias, siempre notables y a veces estridentes, y, en numerosas ocasiones, el "contraste", como él mismo señala, que permitan llevar, y reflejar, la verdad por encima de todo.

Como síntesis final, y pese a diferencias e incluso a desacuerdos con determinadas interpretaciones, la obra merece la pena; y la figura del cardenal Herrera resulta con fuerza propia, y con juicio más que certero cada vez que se proyecta su imagen, sus motivaciones y su hacer, como "hombre de Dios", "fiel servidor de la Iglesia" desde la visión, las sugerencias y los compromisos que la doctrina social y política pontificia, de León XIII sobre todo, le proponen y ordenan.

José Sánchez Jiménez

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

DURÁN HERAS, María Ángeles (2012). El trabajo no remunerado en la economía global. Fundación BBVA, Madrid. 500 pp.

En un contexto donde parece que lo que no se cuantifica no existe, María Ángeles Durán Heras presenta una ambiciosa obra en la que se adentra en el trabajo no remunerado, enfatizando el de los cuidados personales, que es uno de los incuestionables pilares del bienestar aunque no forme parte del PIB.

La autora es catedrática de Sociología y profesora de investigación en el Departamento de Economía del Centro de Ciencias Sociales y Humanas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Doctora Honoris Causa por la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de Valencia y Premio Nacional de Investigación en Ciencias Jurídicas, Económicas y Sociales.

La obra empieza por explicar cómo la mayor parte del tiempo de trabajo es informal, no remunerado, producido y consumido en los hogares y las comunidades. Se concentra sobre todo en la economía del cuidado, una producción y un consumo masivos y crecientes que no recogen ni el PIB ni ninguno de los indicadores macroeconómicos habituales. La autora aborda un tema hoy especialmente oportuno como contrapunto a las visiones de quienes sólo se fijan en lo que ocurre en los mercados y cuadros macroeconómicos, e invita al diálogo interdisciplinar para enriquecer las reflexiones y propuestas de futuro y reclama que se trate en España con carácter de urgencia, ya que la demanda de cuidados enseguida será de especial relevancia. Dada nuestra demografía, es urgente encontrar alternativas a problemas que no podrán resolver ni el Estado, ni el mercado ni los hogares salvo que se produzcan innovaciones radicales de organización a todos los niveles.

El principal objetivo del libro es presentar y discutir los conceptos anteriores, ofreciendo una visión innovadora del papel que juega el trabajo no remunerado en la producción de riqueza y en el bienestar globalmente y en cada país. Sus principales fuentes estadísticas son las encuestas de uso del tiempo.

La obra se divide en ocho capítulos. *Las fronteras entre el trabajo y el empleo*. Marca los límites entre trabajo y empleo, trazando las fronteras entre empleo, desempleo, inactividad y trabajo informal. Termina con una reflexión sobre el futuro y la forma de conciliar los distintos roles a diferentes niveles. *El gigante escondido*. Los más de dos mil millones de hogares que hay en el mundo son auténticos talleres de producción interrumpida de servicios y atención de necesidades de sus miembros. En ellos se construyen redes afectivas y de apoyo social para sus miembros en todo tipo de condiciones. *La opacidad del trabajo no remunerado y los hogares en los sistemas de cuentas nacionales.* En este capítulo realiza una revisión crítica del sistema de cuentas nacionales, especialmente del PIB. Estudia los límites de los hogares para adquirir bienes en el mercado y las dificultades del mercado para adquirir los bienes que ofrecen los hogares, ilustrándolos con las interacciones que se han producido en España entre hogares, mercado y Estado durante la crisis económica.

El contenido del trabajo no remunerado. Trata del grado de coacción o libertad con el que se asume individualmente el trabajo no remunerado. La dedicación de tiempo al cuidado personal y al de las personas con las que convivimos afecta a las posibilidades de educación, formación, empleo y otras actividades culturales y de desarrollo personal. Presenta una perspectiva socioeconómica de la maternidad, el cuidado de los hijos y mayores, el desajuste entre oferta y demanda de cuidadores formales o informales y las opciones que prefieran las personas en caso de dependencia. *La búsqueda de equivalencias al trabajo no remunerado.* Se presenta en este capítulo una propuesta para innovar los sistemas de cuentas nacionales, que sienta las bases para un desarrollo posterior por parte de futuros equipos investigadores. Partiendo del mercado de trabajo español, analiza los costes de sustitución del cuidado a niños y enfermos por trabajadores remunerados junto al coste de oportunidad de apartar a los cuidadores informales del mercado laboral.. Apunta la tendencia a derivar el coste del cuidado hacia mujeres de edad avanzada y socialmente desprotegidas, sobre las que tiende a caer una carga creciente del trabajo de cuidado en una etapa de su vida en la que coinciden una peor salud y unos bajos niveles de renta.

La migración del trabajo no remunerado. Aborda el tema de la movilidad territorial de los trabajadores y el trasvase internacional de trabajo no remunerado

para convertirse en trabajo remunerado o en servicios consumidos por los hogares. Se trata de un cambio que posibilita la transformación de trabajo doméstico no remunerado en remunerado. Además, analiza el papel de las remesas y su contribución a aliviar situaciones de necesidad de cuidado en los países de origen. *La contratación de trabajo sustitutivo en los hogares.* Este capítulo está dedicado al trabajo doméstico asalariado, un tema que la OIT considera prioritario. En muchos países en desarrollo este es el tipo de trabajo que absorbe la mayor parte del trabajo femenino. Se analiza desde la perspectiva del mercado de trabajo, la de los hogares empleadores y la de las organizaciones de trabajadores. *¿Quién se hará cargo de los dependientes en la economía global?.* Por último, la autora plantea reflexiones en el horizonte 2050, sobre el que existen proyecciones demográficas de la mayor parte de los países y organismos internacionales. A partir de las previsiones demográficas y de ratios de estimación de la dependencia, estima la demanda de cuidados para las grandes regiones del mundo y para una selección de los países con máximo y mínimo desarrollo. Por último, presenta una serie de escenarios de distribución de la carga del cuidado entre los diversos grupos de población, organizaciones sociales e instituciones.

Interesa especialmente la situación en España. La sociedad española no es consciente todavía del alcance de la transformación demográfica que vivirá, a pesar de que lo pronostican con claridad los estudios demográficos. Las previsiones de demanda de cuidados son de tanta relevancia que no se podrán resolver más que con innovaciones radicales en la organización pública, empresarial, ciudadana y familiar. Con la actual tendencia a la incorporación de las mujeres al empleo escasearán los cuidadores potenciales, no tanto de niños como de mayores, que ahora es del 25,7% del total de los cuidadores y pasará a ser del 46,9% del total en 2050. *"No hay recursos disponibles para atender una demanda tan rápidamente creciente y su satisfacción exigirá una profunda reforma de los servicios públicos, del sistema fiscal, del mercado y de las formas de organización social. También obligará a reescribir el contrato social implícito entre hombres y mujeres, así como el que vincula entre sí, por medio de derechos y obligaciones, a las generaciones jóvenes con las de edad avanzada."*

La autora concede un papel especial a los medios de comunicación como palanca de cambio.

"Será necesario un cambio profundo en la opinión pública antes de que se adopten medidas legales, económicas y de todo tipo que permitan hacer frente a las necesidades de la población a medio plazo." El libro está dedicado a cuidadores no remunerados de niños y enfermos, *"aunque pocos lo leerán porque están demasiados ocupados en su propio y absorbente trabajo"*. Con él quiere contribuir *"a darles voz y a hacer más patente su enorme y globalizada contribución al bienestar colectivo."*

Francisco Abad Jiménez

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

SUBIRATS, Joan. Otra sociedad, ¿otra política? (2011). De "no nos representan" a la democracia de lo común. Icaria Editorial. Madrid. 103 pp.

En un contexto de cambio de época y sacudida social, la política sigue siendo un coto cerrado para especialistas cuando debería incorporar a todos. Joan Subirats plantea el debate sobre la necesidad de repensar la política y la forma de llevarla a cabo. Se trata de evolucionar de "lo político" a "lo común", profundizando en paradojas como la de la mayor individualización que convive con el auge de las redes sociales, la sobreinformación que lo hace con la falta de pensamiento o la necesidad de potenciar los enfoques a largo plazo cuando el día a día presiona tanto y los futuros escenarios son más inciertos.

La obra empieza por introducir la situación actual como un cambio de época, que ha modificado las pautas de trabajo y de vida. Todo evoluciona, pero la política mantiene su lema de "acceso restringido" cuando la democracia es algo más que una forma de gobierno. Su objetivo también es construir un mundo en el que todos participen. Una democracia viva necesita espacios y oportunidades que permitan debates abiertos en los que se construyan visiones e ideales compartidos.

En este contexto, Internet facilita nuevas formas de relacionarse y vivir, y pone en cuestión muchas funciones de intermediación y control porque completa la confusa dicotomía entre mercado y Estado. Partidos e instituciones siguen anclados en escenarios anacrónicos, en un momento en que las expectativas de participación ciudadana son mayores porque pueden ser más directas e inmediatas.

El principal objetivo del libro es formular preguntas sobre los conceptos anteriores, defendiendo la necesidad de cambiar la política y partiendo de la necesidad de nuevos diagnósticos sobre lo que nos afecta a diario. Ideas que tropiezan "*con una democracia representativa e institucionalizada, capturada en gran medida por las élites mercantil-financieras, que en estos momentos parece ser más impedimento que palanca de cambio*".

La obra se divide en siete capítulos con el siguiente contenido. *¿Qué democracia tenemos? ¿Qué democracia queremos?* Empieza por plantear la creciente desafección ciudadana que parte de su sensación que las instituciones políticas están subordinadas a las dinámicas económicas y financieras, hasta el punto de que ha quedado en evidencia la debilidad de las bases de las políticas sociales. Además, cuestiona asunciones como el alcance de la delegación a través del voto, la legitimidad de tener manos libres durante todo el periodo electoral o el todavía poco respeto a las minorías. Unas minorías a las que debemos avances como el respeto al medio ambiente o la igualdad de la mujer. Termina planteando que el Estado parece que tiende a ser un actor más, ni el más fuerte ni el más representativo de la sociedad. Y la democracia una forma de responder a los nuevos retos a los que nos enfrentamos, no un fin en sí mismo. Para ello explica la posible relación a medio plazo entre democracia representativa y democracia participativa, en donde no tiene tanto sentido subordinar la segunda a la primera como enriquecerla a través de la denominada democracia de "lo común".

¿Internet y democracia? ¿Qué efectos tiene la generalización de Internet en este escenario? Los pesimistas subrayan que Internet permite un exhaustivo control de datos. Los optimistas, que favorece el acceso de la ciudadanía a las actividades del gobierno y es un contrapeso a su control jerárquico. Pero también hay que considerar que el sistema político contempla la deliberación y la interacción con una cierta dedicación de tiempo, mientras que la revolución tecnológica se caracteriza por la rapidez. Por eso no se trata tanto de evaluar si el sistema actual puede prestar los mismos servicios a los ciudadanos gracias a las TIC ni si puede mejorar la comunicación entre las élites y la ciudadanía como de imaginar nuevos escenarios de democracia más directa, con mayor implicación de todos en los asuntos comunes. Para ello habría que partir de la hipótesis de que existe una ciudadanía activa, interesada por los asuntos colectivos no sólo como vía para defender sus intereses personales sino como forma de entender una democracia relacional y participativa en temas de interés común.

¿Otra política? Movimientos sociales, internet y política. En una sociedad en la que Internet y las TIC ganan terreno, la relación forma parte intrínseca de la comunicación. La subjetividad y la facilidad de comunicación que permiten las TIC generan una cultura de autonomía e inter-

cambio en la que surge un escenario de ciudadanía social y comunitaria en el que la política ya no es monopolio del Estado. Las instituciones políticas ya no son el centro del sistema de bienestar, sino que se ha generado un nuevo tejido cívico autónomo y relacional. Pero conviene recordar que el peso de las organizaciones políticas y mercantiles en la red es muy significativo, con el consiguiente riesgo de controles y monopolios.

Cobra fuerza la idea de que los representantes deben encarnar de la forma más cercana y continua posible a quienes pretenden representar. Son necesarios mecanismos de renovación continuada de la legitimidad a lo largo de cada periodo electoral, que permitan tener en cuenta la voluntad popular directa en ciertas decisiones. Por ahora Internet ha facilitado la posibilidad de vincular conflictos sociales con exigencias democráticas, poniendo en evidencia conexiones y complicidades entre privilegiados decisores políticos y grandes intereses económicos. La gente se pregunta a quién representan los gobernantes, por lo que parece indudable que van a ir apareciendo nuevas formas de hacer política y tomar decisiones.

¿Democracia directa? Democracia y participación ciudadana. La vieja idea de la democracia directa recupera la idea de asamblea, que fue sustituida en su día por la democracia representativa debido a las dificultades operativas relacionadas con el tamaño de la población y la naturaleza de los temas a tratar. Sin embargo, la democracia representativa tiene su lado oscuro: el poder discrecional de los representantes en decisiones especialmente significativas. Por eso hay poner el énfasis en establecer cautelas y equilibrios para controlar la discrecionalidad y renovar periódicamente la confianza.

El reto es combinar la facilidad de participación que ofrecen las TIC con la necesidad de contar con mecanismos que aseguren la deliberación y canalicen opiniones y debates hacia formas de tomar decisiones pragmáticas, eficaces y eficientes. Se podría imaginar un sistema de gobierno elegido por mecanismos similares a los actuales pero que sometiera a refrendo directo decisiones especialmente significativas. Queda mucho camino por recorrer, pero vale la pena si se considera importante evitar el alejamiento entre ciudadanía y sistema político que se está produciendo.

Espacio de lo común. Democracia e innovación social. La política no sólo es dinámica partidista y vida institucional. También incluye la sanidad, educación, cultura, eco-

nomía o tecnología, donde también hay muchas decisiones que tomar y formas de tomarlas que favorecen a unos y perjudican a otros, muchas dinámicas organizativas que siguen pensadas en clave jerárquica o elitista. Bajo denominaciones como *commons* o "lo común" se ha ido moldeando una nueva manera de hacer y pensar que plantea cambios no sólo en la forma de vivir, producir y consumir, sino también en la de organizarnos y gobernarnos, no mercantilizable y sujeta a una lógica más cualitativa que cuantitativa.

Internet representa una palanca multiplicadora de "lo común" por su capacidad para hacer visible la creación conjunta de valor y minimizar costes de interacción entre sus usuarios cambiando la lógica de mercado y Estado. En el primero, la innovación está vinculada sobre todo a la competencia. En el segundo, se puede generar valor social sin que intervenga el Estado. Es decir, se trata de entender que empiezan a existir nuevas formas de gestionar recursos, que abren nuevos escenarios.

La nueva era en la que vivimos abre caminos a una reformulación democrática del binomio Estado-mercado que contemple no sólo participación sino también acción, en el que comunidades de personas y grupos se entrelazan a través de redes de participación y colaboración que diluyen la concentración de poder. El Estado pasa a ser más garantía que jerarquía, colaboración que decisión, servicio que poder.

Nueva ciudadanía y la dinámica de lo común. Estamos en momentos de transformación en la vida y las interacciones sociales. Las trayectorias vitales, hasta hace poco bastante previsibles, evolucionan hacia una mayor incertidumbre. Las políticas públicas ya no se sustentan en una rutina de crecimiento presupuestario continuo y el bienestar deja de ser sólo una reivindicación global para convertirse en una demanda personal y comunitaria que pide soluciones de proximidad. La clave de las políticas sociales de nueva generación es una igualdad que reconozca las diferencias, la autonomía y la singularidad personales

Todo ello cuestiona las formas actuales de entendedor la política, el mercado y las relaciones sociales, en la que cobra sentido "lo común". Una política que no confunda lo público con lo institucional, una economía al servicio de las personas y una convivencia más transversal, activa y dinámica

¿Conclusiones? Más bien un camino por recorrer. Estamos asis-

tiendo a una serie acelerada de cambios relevantes en las formas de vida y relación entre la persona y la sociedad. Vivimos en un escenario más complejo y globalizado, en el que aumenta la incertidumbre, la individualización y la heterogeneidad aunque todo parece más cercano e interconectado.

La propuesta es repensar la situación y cambiar la concepción de la democracia. Se trata de vincularla a las nuevas dinámicas económicas y sociales, utilizando el potencial de Internet e incorporando a la ciudadanía a la tarea de organizar las nuevas coordenadas vitales. No parece que las lógicas especulativas y financieras del mercado ni el desconcierto de los Estados ante una realidad que sobrepasa sus estructuras soberanas puedan afrontar los desafíos que plantea el futuro. La propuesta de incorporar "lo común", ya presente en muchos rincones y experiencias en todo el mundo, va ganado terreno. Ideas y enfoques incipientes, sobre los que hay que seguir experimentando.

Francisco Abad Jiménez

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

REMESAL, Agustín (2010). Un banquete para los dioses. Comidas, ritos y hambres en el Nuevo Mundo. Madrid. Alianza Editorial. 311 pp.

Nueva edición de una obra publicada hace más de veinte años, revisada y ampliada con mimo especial por su autor, escritor y periodista de reconocido prestigio, y experto viajero y conocedor de primera mano de las geografías que describe. Si ya el volumen original podía considerarse un clásico en su género, la edición actual lo supera con creces al incluir un "catálogo muy completo de las imágenes que sobre las maravillas naturales del continente americano recién hallado se difundieron por Europa" (p.12), y una exhaustiva selección de los escritos legados por los propios conquistadores y cronistas de América, que dieron testimonio fiel de un mundo nuevo, sorprendente en sus gentes, costumbres, paisajes, flora y fauna.

El libro se organiza en dos partes, precedidas de una Presentación y seguidas del Epílogo y la Bibliografía. La primera parte, titulada *A la conquista de la despensa ultramarina*, consta de cinco capítulos y la segunda, *La locura de los dioses*, contiene ocho. En ellos se relata, de modo vivaz y sugerente, las dificultades de avituallamiento e intendencia que afrontaron los primeros exploradores y colonizadores españoles en tierras americanas durante decenios de años, sufriendo unas circunstancias tan adversas que con frecuencia pusieron en juego su supervivencia. La gran mayoría de los recién llegados, ignorantes de los recursos alimenticios que ofrecían las tierras recién descubiertas y acosados por las poblaciones autóctonas en numerosas ocasiones, se encuentran con una realidad hostil y llena de penurias, que dista mucho de parecerse a los paraísos repletos de riquezas accesibles y abundantes que esperaban hallar.

Con todo, en medio de la desolación y el abandono, muchos de estos pioneros no tardan en redefinir los mitos interiorizados en Europa y, con una curiosidad y disciplina intelectual dignas de mención, se convierten en recopiladores, ilustradores y transmisores de universos sorprendentes. Ya sea con mirada condes-

cendiente o con intención reprobatoria y controladora, la extrañeza que provoca en ellos los alimentos consumidos, su obtención, procesamiento, almacenaje y distribución muestra una naturaleza singular y formas colectivas de existencia orientadas por pautas culturales distintas, y muchas veces opuestas, a las propias.

Todo el repertorio de nuevos productos capaces de saciar el hambre, sean o no del gusto de los recién llegados, es examinado detenidamente y expuesto con sus características, cualidades y efectos, y también en relación a los espacios donde se localizan, los grupos autóctonos que los consumen y los ritos, costumbres y normas que regulan su ingesta o prohibición. Así, desde el humilde sustento proporcionado por el maíz, las papas, turmas y chuños, la yuca, el maní y cazabe hasta el banquete antropofágico en honor a los dioses, pasando –entre otros- por el cacao, el atole y la chicha, la coca y el tabaco, animales domésticos, reptiles e insectos, y las ansiadas especias. Fundamental en este proceso de apropiación material y simbólica es el trasvase de experiencias gastronómicas desde uno a otro continente, marcado ya por la necesidad de integrar ciertos alimentos en su dieta por parte de los conquistadores, pasando por alto criterios vigentes en la metrópoli cuando la escasez apremia o la gula satisfecha se convierte en distintivo indiscutible de prestigio social y poder.

Se trata, por tanto, de una interesante obra que desvela las graves carencias de alimentos y seguridad que sufrieron los descubridores y cronistas de América, sus apetencias y reticencias culinarias ante escenarios naturales y sociales ignotos, cuyas claves tenían que descifrar con prontitud. Acorde con la calidad del texto, hay que destacar también el material iconográfico expuesto y las fuentes primarias citadas. Un libro, en suma, recomendable pues permite comprender la útil contribución de esos adelantados a una época en la que se gestó un cambio profundo de las mentalidades y del saber en la sociedad europea.

Mª Irene Morán Morán

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

VITON, María Jesús (2012). Diálogos con Raquel. Praxis pedagógica y reflexiones de saberes para el desarrollo educativo en la diversidad cultural. Madrid. Editorial Popular. pp. 211

Casualidades de la vida, a través de un correo electrónico me llegó la noticia de un libro publicado por María Jesús Vitón, me dije este nombre me suena y mucho, me llamó la atención el título el título "Diálogos con Raquel" y más el subtítulo "praxis pedagógicas y reflexiones de saberes para el desarrollo educativo en la diversidad cultural". Recordé que años atrás, en la década de los años 90, habíamos colaborado en algunas iniciativas sobre educación cooperativa e incluso que había colaborado con un artículo que se publicó en la revista Documentación Social, dedicado a Paulo Freire. También me vino a la Memoria de María Jesús había estado en Guatemala con un programa sobre educación. Todo esto en cuestión de segundos, ni corto ni perezoso contesté a dicho correo solicitando un ejemplar del libro para contribuir a su difusión, pues estaba seguro que era de interés general, mediante una reseña en la revista Sociedad y Utopía. Cuál fue mi sorpresa que casi de inmediato recibí un correo de Mª Jesús, a los pocos días me envío un ejemplar del libro y quedamos para tomar un café y recordar tiempos pasados, presentes e incluso de proyectos futuros.

Diálogos con Raquel, me ha recordado el número monográfico de la revista *Documentación Social,* publicado en Homenaje a Paulo Freire, en el mismo María Jesús Vitón escribió un artículo "Freire: una herencia para el futuro"(1). [PONER A PIE DE PÁGINA: (1) VITON, Mª Jesús (1998). Freire: una herencia para el futuro. Aportaciones de P. Freire a la acción socioeducativa de nuestro tiempo, en *Educación y transformación social.* DOCUMENTACIÓN SOCIAL, enero-marzo, nº 110]. La vocación pedagógica y de profunda reflexión, de la autora, por buscar nuevas vías para construir un futuro distinto del que nos ofrece el sistema nos lleva a retomar aquellos planteamientos para con ellos el lector pueda comprender los textos y contextos de *Diálogos con Raquel.*

La acción socioeducativa es hoy, más que nunca, un reto de ac-

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

ción constructora de identidad en el conflicto que se articula en lo profesional y lo humano, en saber y en saber hacer, en lo estable y en lo dinámico, lo que permanece y lo efímero, lo formal y lo real..., de la red de relaciones del entramado real que no puede agotarse en la información de los hechos, sino tras la actividad analítica de las actuaciones. En ese sentido se hace vital dar al sujeto herramientas de análisis para que lo conflictivo se haga lugar de construcción, en cuanto se haga lugar de pensamiento, en cuanto se marque el tiempo de ir haciendo de la experiencia vivida un espacio pedagógico de la pregunta, garantizando de esta manera la reflexión teórica; no por estar separada de la práctica, sino por garantizar una determinada postura de la mente.

La esperanza de construir un futuro distinto, de los conflictos que vivimos comprensivamente, es solamente real y se hace solamente realidad desde y con el *diálogo*. El diálogo como base de comunicación da razón de construirse lo humano en su elemento más vital y, por tanto, lo que puede construir lo educativo. Como sujetos de vida, que aspiran a un cambio que supone más vida como bien común, los sujetos de la acción socioeducativa encuentran en el diálogo la única manera de sustentar el proceso comunicativo que dicha acción exige e implica. Para la acción educativa, el diálogo es su raíz constructiva, ya que permite que se cristalice la búsqueda permanente, en la apertura a lo distinto. Porque "nadie ignora todo, nadie sabe todo, todos nosotros sabemos alguna cosa. Todos nosotros ignoramos alguna cosa" (Freire). Desde ahí se hace cierto que en el diálogo somos y nos hacemos. En él se experimenta el acceso a los otros, a sus necesidades, a sus maneras de relacionarse con las cosas

Freire habla en la "dialogicidad" la construcción de relaciones propiamente educativas y en ellas se fundamenta el modo de ser y de estar como educador y educando, educándose mutuamente, haciendo juntos el camino de la búsqueda de la verdad, construyéndose como persona en su dimensión más radicalmente humana. El objeto de diálogo es aquella que precisamos clarificar y para ello necesitamos en relación con otros para conocer en la red de relaciones que enramen una vida, las consecuencias, las causas que me explican y me permiten comprender lo que percibo. "educamos nuestra aspiraciones en la medida que se abre un espacio de pregunta y un espacio de respuesta de posibilidades". El objetivo del diálogo, en las acciones socioeducativas, es leer y escribir el desafío de la historia de cada uno, descubrir, con el otro, mi lugar como espacio histórico para construir y construirnos en proceso de liberación.

El diálogo es diálogo educativo, se constituye como tal, en la medida que implica una postura crítica, y una preocupación por aprehender la razón de ser del objeto que media entre los sujetos. Dialogando se ha de general vida, vida en cuanto se vincula acción y pensamiento configurador de un microcosmos más ajustado, más justo con lo aspirado. Cuando más soy capaz, es más capaz la acción socioeducativa, de poner el diálogo lo concreto que vive se enraíza y en esa misma medida se dan las condiciones para ampliarlo a otros espacios.

Una inquietud, muchas dudas, tres grandes interrogantes han bastado para que Raquel entre en un mundo que ni ella misma se había imaginado. Le bastaba con el día a día, cada amanecer era nuevo pero arrastraba las vivencias del ayer, porque cuando parecía que tenía la respuesta a sus dudas le surgían nuevas preguntas, nuevas inquietudes. Raquel vive en una comunidad, como parte que era de la misma comparte sus dudas sus inquietudes, en interacción y diálogo permanente se discutían las propuestas y se asumía la más adecuada que repercutiese en beneficio del "bien común", del bienestar general. Sin grandes discursos ni "trasplantando" modelos, Raquel, acompañada de Pablo, Nélida, Oscar y Martín, "con el lenguaje de los hechos logra avanzar en prácticas transformadoras"

Necesitamos una educación que fortalezca la capacidad de la gente de intervenir en la gestión de su propio desarrollo. Esta propuesta debe entenderse como un proceso de búsqueda de alternativas a la crisis de un sistema educativo que no tiene capacidad para responder con la calidad y evolución necesaria a sus actuales y futuros educandos y que tampoco posee capacidad inclusiva para lograr sumar a segmentos de la población que quedan al margen de la instrucción, en muchos casos permanentemente. Estamos hablando de una propuesta de "educación integral". Esta debe ser parte activa de los procesos sociales que generen o reconstruyan intereses, aspiraciones, cultura e identidades que apunten al desarrollo humano. Debe aportar al crecimiento y consolidación tanto en la conciencia como en la práctica de los valores de solidaridad, participación, honestidad, creatividad, criticidad y el compromiso de la acción transformadora.

Como artista que era, Raquel, sabía combinar los colores que los contemplaba primero sobre su paleta y después con el pincel lo plasmaba sobre el lienzo recreando la vida misma, de una forma abierta y sencilla iba moldeando la cruda y compleja realidad "para dar unidad a lo diverso"; sabía escuchar las diferentes voces, las confronta para

encontrar la luz, para descubrir las potencialidades de cada uno. Con la habilidad y delicadeza que la caracteriza va orientando la ruta. En el camino se encuentran unos y otros, entre todos al andar van haciendo camino, hasta reconocerse, así mismos, como agentes, como actores de su propia historia y del devenir de sus comunidades.

Raquel como educadora parte de la duda metódica, dudar en la búsqueda para aprender a reflexionar, para juntos construir significados y apostar por el aprendizaje con los otros. Desde el taller, donde trabaja sobre la estructura del "telar" seleccionando y entrelazando hilos de diferentes colores, tejer y destejer para lograr un producto y presentarlo a los demás. Desde la estructura social de una determinada comunidad, Raquel está abierta, atenta escuchando a unos y otros provocando un verdadero diálogo, transformando conciencias; en determinados momentos toma distancia para escuchar más nítidamente las preguntas, los clamores; y, con el tacto que le caracteriza, "tacto pedagógico", hace resurgir el acontecimiento de la educación "que construye su palabra, transforma en lenguaje de hechos, la historia que se teje como parte de una historia colectiva".

En este sentido, la educación debe estar relacionada con el proceso organizativo y la vida social de la comunidad. No puede haber divorcio entre la cotidianidad, necesidades y potencialidades de la gente y el planteamiento educativo. En esta práctica transformadora se advierten tres dimensiones: a) la de descubrir, reconocer, es decir lo investigativo; b) la dimensión del apropiarse, es decir, lo pedagógico; y, c) la dimensión del compartir, explicitar, es decir, lo comunicativo. Estas tres dimensiones están articuladas entre sí y a las diversas prácticas y vida de la gente. En ellas la educación es una dimensión del proceso.

Diálogos con Raquel, todo él es un proceso de aprendizaje orientado hacia la educación para el desarrollo; es la vida misma la que se va transformando y construyendo unos nuevos paradigmas de convivencia y relaciones propias y colectivas. Se trata de un diálogo abierto de un texto vivo, dinámico. "Como conjunto pretende, en la sinfonía de diálogos entre historias y nuestras propias historias, dejar visualizar desde ellas el valor de una acción educativa reflexionada a fin de avanzar en procesos de calidad tejiendo lo diverso, para construir el fortalecimiento de una política educativa con equidad".

La estructura del libro es algo particular, no es un libro al uso, son "tres en uno", una historia que son muchas. En cada una de las partes se revisa, se piensa y se elabora cada uno de los procedimientos que conduce a la educación en el marco del desa-

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

rrollo. Sin tres Cuadernos. En el primero, encontramos a Raquel reflexionando en diversos escenarios sociales y culturales; dialogando con los sujetos educativos y los actores del desarrollo educativo. "Se trata de favorecer un conjunto de análisis de acuerdo a cuestionamientos de base para avanzar en una visión educativa reflexiva y profundizar en las perspectivas, enfoques y modelos, en un planteamiento desarrollo en la diversidad, y desde el desarrollo de la innovación educativa en el diálogo de saberes y para generar transformaciones"

En el segundo cuaderno, el de la "ruta analítico-crítica para el desarrollo del tejido educativo", desde las necesidades, las oportunidades, las capacidades y potencialidades de las comunidades educativas, que se adentran en la riqueza de su diversidad, se produce la concatenación de tres praxis innovadoras: acción de desarrollo para un cambio transformador; la actuación en el compromiso innovador; y, la perspectiva pedagógica para investigar los efectos de la actuación de transformación. En el cuaderno tercero, es el de la "ruta reflexiva-interpretativa del ejercicio de aprendizaje pedagógico en el proceso transformador". Se desarrolla desde tres análisis: a) pensar la transformación educativa en el marco de los derechos; b) construcción del proceso formativo en el diálogo de saberes; y c) creación del tejido educativo y sentido del ejercicio pedagógico.

Estaremos ante una utopía?, en todo caso ante una "utopía viable". La utopía es un acto de conocimiento. Yo no puede denunciar la estructura deshumanizante si no la penetro para conocerla. No puedo anunciar si no conozco, pero en el momento del anuncio y la realización del anuncio hay algo que debe ser puesto de relieve: el anuncio no es un anuncio de un proyecto, sino el anuncio de un anteproyecto, porque en la praxis histórica es donde el anteproyecto se hace proyecto. Obrando es como yo puedo transformar mi anteproyecto en proyecto. Por esta razón sólo los utópicos pueden ser proféticos y portadores de esperanza. Solamente pueden ser proféticos los que anuncian y denuncian comprometidos permanentemente en proceso radical de transformación del mundo para que los hombres puedan ser más.

Francisco Salinas Ramos

ÍNDICE CRONOLÓGICO

N.º 1 Marzo 1993. Inmigrantes en España

N.º 2 Septiembre 1993. Europa'93

N.º 3 Marzo 1994. Ecología y medio ambiente

N.º 4 Septiembre 1994. La sociedad del bienestar

N.º 5 Marzo 1995. Moral pública y regeneración ética

N.º 6 Octubre 1995. La familia, hoy

N.º 7 Marzo 1996. Hacia la universidad del 2000

N.º 8 Octubre 1996. El hecho religioso en España

N.º 9 Marzo 1997. Informática y Sociedad

N.º 10 Octubre 1997. Realidad y futuro de la Doctrina Social de la Iglesia

N.º 11 Mayo 1998. En el centenario del '98: realidades en perspectiva

N.º 12 Noviembre 1998. ¿Aperturismo o ruptura con el pasado?: El protagonismo de las fuerzas globales.

Número Extraordinario.
HOMENAJE AL PROFESOR JUAN JOSÉ SÁNCHEZ DE HORCAJO
(En el primer aniversario de su fallecimiento)

N.º 13 Mayo 1999. En el XX aniversario de la Constitución Española de 1978. Realidades, incertidumbres y expectativas.

N.º 14 Noviembre 1999. En el 50 aniversario de la Declaración de Derechos Humanos: datos para un balance

N.º 15 Mayo 2000. Juventud, 2000: el futuro como presente

N.º 16 Noviembre 2000. Las migraciones ante el nuevo siglo

N.º 17 Mayo 2001. Doctrina Social de la Iglesia y realidades sociales nuevas (en los cincuenta años del Instituto Social León XIII)

N.º 18 Noviembre 2001. La sociedad tecnológica: nuevos estilos de vida

N.º 19 Mayo 2002. Guerra y paz en los comienzos de siglo

N.º 20 Noviembre 2002. España 2002: realidad económica y efectos sociales

N.º 21 Mayo 2003. España hoy: la ordenación política de la convivencia

N.º 22 Noviembre 2003. Un mundo mejor es posible

N.º 23 Mayo 2004. Jóvenes solidarios

N.º 24 Noviembre 2004. Ciencia, tecnología y sociedad en los comienzos de siglo (una revisión crítica)

N.º 25 Mayo 2005. Silencios y vacíos en la sociedad presente (Homenaje a D. Ángel Berna Quintana, en su ochenta cumpleaños)

N.º 26 Noviembre 2005. La demografía como arma en los países mediterráneos

N.º 27 Mayo 2006. Juan Pablo II en el recuerdo

N.º 28 Noviembre 2006. La crisis ecológica: depredación, supervivencia, equidad

N.º 29 Abril 2007. Cultura de la precariedad, generaciones y conflicto social

N.º 30 Octubre 2007. Promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia

N.º 31 Mayo 2008. Crispación social y violencia

N.º 32 Noviembre 2008. Vivienda y política social en España

N.º 33 Junio 2009. La construcción del estado democrático y social

N.º 34 Noviembre 2009. Derechos económicos, sociales y culturales

N.º 35 Junio 2010. La responsabilidad social corporativa

N.º 36 Noviembre 2010. Tecnologías de la Información.
Luces y Sombras

N.º 37 Junio 2011. Crisis y sociedad de bienestar

N.º 38 Noviembre 2011. Crisis económica, malestar social
y crispación política. Después del 15-M.

Nº 39 Junio de 2012. La mediación intercultural como herramienta
de cohesión social en tiempos de crisis.

Nº 40 Noviembre 2012. Crisis global. Papel de las Cooperativas
en la construcción de una Sociedad para todos

Nº 41 Junio 2013. Los malos tratos hacia las personas mayores

Normas para la publicación de originales en la revista

Los trabajos serán necesariamente originales e inéditos y no estar presentados en ningún otro medio para su publicación, si hubieran sido presentados previamente en un congreso u otro foro en versión preliminar, lo harán constar en su cabecera. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de publicar originales redactados en idiomas distintos del español.

Los originales para las secciones de Estudios y el Dossier, serán sometidos a un **proceso externo anónimo de evaluación (doble referee)**. Estos podrán ser aceptados, rechazados o sujetos a revisiones menores o mayores. Los autores de los originales aprobados para su publicación deberán ceder el copyright y autorizar a la revista para publicar el artículo en su página web y a incluirse en diversas bases de datos científicas, conforme a la legislación vigente.

La **fecha límite de recepción para cada número serán los días 20 de febrero y 20 de septiembre**. La Secretaría de Sociedad y Utopía acusará recibo de los originales en el plazo de treinta días hábiles desde la recepción y realizará una revisión editorial referida al cumplimiento de las normas para la presentación de originales. El Consejo de Redacción resolverá sobre su publicación en un plazo máximo de seis meses. La corrección de pruebas se llevará a cabo en el Consejo de Redacción, que podrá ponerse en contacto con el autor en caso de duda o conveniencia de revisión por su parte.

Los autores recibirán **dos ejemplares de la revista y un juego de separatas**. La publicación en Sociedad y Utopía no da derecho a la percepción de haberes. Los derechos de edición corresponden a la Revista, y es necesario el permiso del Consejo de Redacción para su reproducción parcial o total. En todo caso será necesario indicar la procedencia.

El **original será enviado a la Secretaría de Sociedad y Utopía: Revista Sociedad y Utopía**. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología «León XIII», Paseo Juan XIII, 3. 28040 Madrid; y, en formato electrónico a la dirección del secretario de la revista socie-

dadyutopia@fpablovi.org. En ambos casos se incluirá una carta de presentación con los siguientes datos: dirección postal y teléfono, datos académicos del autor/autores (titulación y universidad por la que la obtuvo), centro en el que trabaja, dirección de correo electrónico y fecha de composición del trabajo. En ella se hará una declaración de originalidad y de no envío simultáneo a otras publicaciones.

PRESENTACIÓN

Extensión de los artículos y fuente utilizada

Los artículos para las secciones de Estudios y Dossier deberán tener una **extensión máxima** de 30.000 caracteres con espacios, incluidos testo, notas, tablas, gráficos, bibliografía y anexos, escritos en letra Arial de 11 puntos e interlineado de 1,5 líneas. Para la sección de Notas los trabajos no excederán 6.000 caracteres con espacios. Se destinarán a dar noticias o hacer comentarios sobre investigaciones, acontecimientos o publicaciones relacionadas con la temática de la revista. Para las Reseñas bibliográficas se recomienda una extensión de 6.000 caracteres con espacios.

Los **epígrafes de primer nivel** aparecerán en mayúscula sostenida con letra Arial de 14 puntos en negrita y numerados con números arábigos. Se recomienda que la estructura del texto incluya una introducción, en la que se justifique el trabajo y se muestre su relación con otros trabajos anteriores, los resultados o la discusión, y unas conclusiones. Si fuera necesario, se incluirá un epígrafe final destinado a los agradecimientos. Para los epígrafes de segundo nivel, si los hubiera, se utilizará caja baja con letra Arial de 12 puntos en negrita y con numeración dependiente del epígrafe de primer nivel al que pertenezca. En caso de ser necesario se podrán utilizar epígrafes de tercer nivel en letra Arial de 11 puntos, negrita y sin numeración.

Datos de identificación, resumen y palabras clave

En la **primera página de los artículos** de las secciones de Estudios y Dossier, aparecerá el título del artículo con su traducción al inglés (ambos en caja baja), autor y autores (nombre en caja y APELLIDOS en mayúsculas), centro de trabajo (Universidad o institución) y dirección de correo electrónico. A continuación, se incluirá el resumen en español, con un máximo de 100 a 130 palabras. Se añadirán de 4 a 8 palabras descriptivas. Luego aparecerá el abstract en inglés y las keywords también en inglés.

Otros elementos del texto

Las siglas y abreviaturas de los artículos para SyU (Sociedad y Utopía) se especificarán con toda claridad la primera vez que aparezcan, apareciendo su definición entre paréntesis. Las llamadas a notas a pie de página irán numeradas correlativamente en caracteres árabes y voladas sobre el texto.

Tablas y figuras

Las **tablas, cuadros, imágenes, gráficos y mapas** incluidos en el trabajo deberán ir numerados en números arábigos correlativamente con un breve título que lo identifique e indicar sus fuentes o la indicación correspondiente si se trata de una elaboración propia. El título deberá ir en fuente Arial de 10 puntos, en negrita y centrada. En el caso de tablas y cuadros, el título deberá situarse antes de la tabla o cuadro correspondiente. El título deberá ir precedido de la indicación «Tabla x:», dónde x será el número de tabla. En el caso de las figuras (mapas, imágenes o gráficos), el título deberá situarse después de la imagen y deberá ir precedido de la indicación «Figura x:», dónde x será el número de la figura. Tanto las figuras cómo las tablas o cuadros deberán ir centradas en el texto y aparecer los más cerca posible del lugar donde se les referencia.

CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las citas y referencias bibliográficas se basarán en el estilo de la American Phychological Association, APA (American Phychological Association, 2002).

Citas literales

Las citas literales deberán distinguirse del texto general encerrándolas entre comillas preferentemente bibliográficas («»). En el caso de citas literales cortas (hasta 40 palabras aproximadamente) se incluirán dentro del texto normal. Las citas literales largas (más de 40 palabras) aparecerán en párrafo aparte, con sangrado a la izquierda, interlineado sencillo, un cuerpo de fuente de 10 puntos y sin necesidad de encerrar entre comillas. En ambos casos, la puntuación, escritura y orden, deben corresponder exactamente al texto original. Los intercalados del autor en las citas textuales deberán ir entre corchetes para distinguirlos claramente del texto citado. Las referencias bibliográficas a la fuente de dónde se ha sacado la cita literal deberá apa-

recer al final de la cita entre paréntesis. Incluirá el autor o autores, el año de publicación y la página (en el caso de que se tratase de documentos paginados), separando cada parte con comas. Si en la bibliografía del artículo el autor o autores se reflejara más de una obra en ese año se distinguirán mediante la indicación a, b, c, etc. después del año.

Citas contextuales

Las citas contextuales o indirectas, es decir, aquellas que hagan una referencia no literal al pensamiento de un autor, se acompañarán también de los datos de la fuente (autor, año y página) encerrados entre paréntesis.

Referencias bibliográficas

Al final del artículo se aparecerá el epígrafe de primer nivel Bibliografía. En él se recogerán al menos las referencias bibliográficas aparecidas en todas las citas, y se podrá incluir la bibliografía complementaria que el autor considere oportuno. Para la referencia se tendrán en cuenta:

- APELLIDOS (en mayúscula) y nombre del autor separados por comas.
- En el caso de varios autores se separarán con punto y coma.
- Año de la edición manejada.
- Título y subtítulos.
- Edición entre paréntesis en el caso de no ser la primera edición.
- Lugar de edición o de impresión.
- Editorial.
- Año de la edición original (si no se trata de la primera edición).

Las obras estarán ordenadas por orden alfabético de autor. Si existen varias citas del mismo autor, se ordenan por año empezando por la más antigua. Si existen varias citas del mismo autor publicadas en el mismo año, se diferencian colocando las letras a, b, c, etc., a continuación año. Para los libros ordinarios, en caso de disponer de todos los datos, se presentarán así: APELLIDOS, inicial del nombre, punto. Año de edición de la obra, entre paréntesis, punto. Título y, en su caso, subtítulo del libro, en cursiva. Número de la edición del texto utilizado, entre paréntesis, punto. Lugar de edición, dos puntos, edi-

torial. Entre paréntesis, edición original. Punto final. AMERICAN PHYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2002). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2.ª edición). México: 2002. Para revistas ordinarias, en caso de disponer de todos los datos se presentarán como sigue: APELLIDOS, coma, inicial del nombre del autor o autora. Entre paréntesis, año de edición de la revista, punto. Título del artículo, punto. Nombre de la revista, en cursiva, coma. Número del volumen. Número de la revista y fecha de publicación, coma, páginas primera y última del artículo, separadas de un guión. Punto final. OBRENOVIC, Z.; ABASCAL, J.; STARCEVIC, D. (2007). «Universal accessibility as a multimodal design issue». Communications of the ACM, Volumen 50, n.º 5 (mayo de 2007), p. 83-88. Para documentos electrónicos se utilizará el siguiente formato: APELLIDOS, coma, inicial del nombre. Entre paréntesis, año de publicación o actualización. Título del artículo. Método de acceso (en línea, CD-ROM, etc.) entre corchetes. Ciudad, dos puntos y editor u organismo que publica la página Web o el soporte utilizado, punto. Dirección completa del documento (URL) encerrada entre los símbolos < y >. Fecha de consulta entre corchetes.

MIRANDA DE LARRA, R. (2007). Discapacidad y e Accesibilidad [en línea]. Madrid: Fundación Orange. <http://www.fundacionauna.com/documentos/analisis/cuadernos/cuaderno_4_abril.pdf> [Consultado el 18/05/2007]

Referencias

AMERICAN PHYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2002). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2.ª edición). México: 2002.

Nº 41
Jun. 2013

Sociedad y Utopía
Revista de Ciencias Sociales

FUNCIONES DE LOS CONSEJOS EDITORIAL, DE REDACCIÓN Y COMITÉ CIENTÍFICO

Revista SOCIEDAD Y UTOPÍA

CONSEJO EDITORIAL

El *Consejo Editorial* se conformará con personas de reconocida trayectoria en los campos temáticos que cubre la revista. Los miembros del Consejo Editorial deben tener título de doctor. Entre sus funciones tiene:

- Definir junto con el Comité Científico la estrategia científica y la política editorial de la revista así como la evaluación periódica de resultados.
- Apoyar y orientar al Consejo de Redacción para que la revista atienda todos los ámbitos de las ciencias sociales.
- Contribuir a que la revista esté posicionada en todas las instituciones públicas y privadas relacionadas con la realidad social, económica, política y cultural.
- También pueden participar como evaluadores de los trabajos recibidos para ser publicados.

DIRECCIÓN Y CONSEJO DE REDACCIÓN

La coordinación y dirección del Consejo de Redacción es del director de la revista. Son funciones del Director de S y U.:

1. Actúa como presidente del Consejo de Redacción.
2. Representa la publicación en todos los ámbitos.

3. Vela por la ejecución de los acuerdos del Consejo de Redacción.
4. Propone la programación y efectiva realización material de la revista S y U.
5. Vigila la frecuencia y puntualidad de la Revista
6. Todas aquellas que no se contemplen para los demás órganos de la Revista.

Las tareas fundamentales del Consejo de Redacción son:

- Colabora estrechamente con la dirección de la revista en el diseño y elaboración de cada número de la revista. En particular el encargo a terceros autores de artículos, estudios, notas o comentarios.
- Aprueba las normas para el envío y aceptación de originales
- Verifica que el artículo contenga todas las partes que debe tener para poder ser publicado en la revista y que responda a sus objetivos.
- Se encarga de la recepción de los originales, la distribución entre los evaluadores externos y seguimiento del proceso.
- Participa activamente en la propuesta de temas y en la evaluación por el "método doble ciego"

La autoría de artículos por miembros del Consejo Editorial, de Redacción y Comité Científico, no sobrepasará el 25% del total de artículos en cada número.

Asegura (a medio plazo) la gestión electrónica del proceso editorial mediante un sistema automatizado para el control de originales que permita a autores, editores y revisores conocer en cada momento cuál es el estado y localización exacta de cada artículo, permitiendo, asimismo, la elaboración automática de informes estadísticos anuales sobre todos los aspectos del proceso de evaluación.

El Consejo de Redacción se reunirá, presencial o virtualmente, con carácter ordinario, dos veces al año como mínimo y con carácter extraordinario, cuando la estime conveniente el Director o lo solicite, como mínimo, tres miembros del Consejo de Redacción.

Las convocatorias se notificarán con una antelación mínima de cinco días naturales, especificándose en ellas fechas, lugar y hora de sesión en primera y segunda convocatoria, además del orden del día

COMITÉ CIENTÍFICO

El Comité Científico estará formado por doctores profesores universitarios e investigadores de reconocido prestigio, así como miembros de instituciones educativas.

Tiene como funciones principales:

- Definir junto con el Consejo Editorial la estrategia científica de la revista así como la evaluación periódica de resultados;
- Asesorar al Consejo de Redacción y al director en la definición de los parámetros de calidad científica
- Apoyar y orientar de manera conceptual y científica al Consejo de Redacción.
- Invitar a miembros reconocidos de la comunidad académica nacional e internacional para que publiquen sus trabajos en Sociedad y Utopía
- Así mismo, podrán participar como evaluadores de los trabajos recibidos para su publicación o sugerir a otros expertos como pares académicos.
- Asegurar la posición de la revista dentro del campo de la ciencia y la tecnología.
- Proponer metodologías y normas de acuerdo a los cambios que necesite la revista, para mantener y mejorar su calificación de indexación.

Consejo de Redacción, Madrid, 29 de octubre de 2012