

PROGRAMA DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

GUÍA DE BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES



**Comunidad
de Madrid**

CONSEJERIA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.

AUTORES:

Belén Luna Porta

Hospital Central de la Cruz Roja

José Antonio Pinto Fontanillo

Dirección General de Salud Pública

1

Revisión de la edición:

Rafael Sánchez Delgado y María Reparaz Dublang

ISBN: **978-84-451-3914-1**

02/2021



Índice

Presentación

Introducción

I. ¿QUÉ SON LOS MALOS TRATOS?

1. Factores que aumentan el riesgo de malos tratos 10
2. Dificultades para identificarlos... 12
3. Los diferentes tipos de malos tratos..... 14
4. El aislamiento y la soledad, favorecedores del mal trato..... 17
5. Objetivos del buen trato..... 19

II. EL BUEN TRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES Y SUS MANIFESTACIONES

1. En el barrio..... 25
2. En la ciudad..... 27
3. En la familia 28
4. En el centro de salud 31
5. En el hospital 34
6. En el centro de mayores..... 37
7. En la residencia..... 39

III. EL VALOR DE LAS PERSONAS MAYORES HOY: INDICADORES POSITIVOS

1. Indicadores de positividad 44

Presentación

3

La atención a las personas mayores es uno de los retos a los que tiene que hacer frente nuestra sociedad, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito social. Una cuestión fundamental es abordar y erradicar aquellos casos en los que las personas mayores se ven afectadas de cualquier forma de maltrato que menoscabe sus legítimos derechos.

La justificación de un documento como este es la constatación, según revelan los diferentes estudios, de que los tratos inadecuados hacia las personas de edad, por un lado tienden a ser ocultados en la esfera familiar, comunitaria e institucional donde tienen su desarrollo, aunque sea de una forma no premeditada y, por otro, que es algo que a la propia sociedad le cuesta reconocer y por tanto se propende a negarlos. Estas dos realidades confluyen en que sean los propios mayores los que finalmente tengan dudas sobre su existencia y traten de no significarlos.

Esta guía pretende sensibilizarnos sobre la necesidad de visibilizar convenientemente esta situación y ser más críticos con ella, al tiempo que orientamos nuestra acción hacia la cultura del buen trato a las personas mayores como criterio de normalidad. En ella se abordan tanto las actitudes como los mecanismos para que mejore esta situación en las esferas más relevantes donde se desarrolla la vida de este colectivo: la familia, el vecindario, la ciudad y, por supuesto, el sector sanitario y socio-sanitario tan importante en esta etapa de la vida que es cuando más se le necesita.

Introducción

El maltrato a personas mayores es un problema que sólo ha sido reconocido en época relativamente recientemente. La primera referencia internacional aparece en 1989 en la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato de Ancianos. En España en 1995 se celebró la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado.

La prevalencia del maltrato es difícil de estimar. Incluyendo todas sus formas, desde el abandono hasta el maltrato físico, la tasa de prevalencia oscila entre el 3% y 5% de los mayores que residen en su domicilio, según la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA). Para la OMS la prevalencia global estaría entre el 4% y el 6%. En España se han publicado cifras que oscilan entre el 4,7% y el 12%. Además, la ONU considera previsible un aumento de la incidencia del maltrato a personas mayores en el ámbito familiar como consecuencia de la tendencia a la desinstitucionalización a favor de los cuidados basados en la familia. A todo ello hay que añadir el actual contexto de crisis y sus efectos sobre la vida de las personas mayores y sus familias.

El maltrato ejercido hacia las personas mayores, que a veces toma la forma más leve de negligencia, se incluye dentro de la identificación de violencia en la que están comprendidas otras poblaciones también vulnerables.

Hace unos años había más dificultades para entender esta categoría de violencia porque se asociaba principalmente al ámbito familiar y este suele ser habitualmente más cerrado. Progresivamente se ha abierto a otros perfiles como son el de los vecinos, los amigos, los cuidadores, los profesionales, las instituciones y algunos otros.

A pesar de las numerosas contribuciones que realizan las personas mayores a la sociedad, y de su gran diversidad, las actitudes negativas hacia ellas son comunes, y rara vez se ponen en cuestión.

El II Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento (UN, 2002) incide reiteradamente en la importancia de acabar con los estereotipos que invaden el mundo del envejecimiento y que, en ocasiones, pueden actuar como profecías que se “cumplen” reforzando la visión negativa de la vejez e infravalorando a este numeroso grupo de ciudadanos

De hecho, muchas percepciones y supuestos comunes sobre las personas mayores, se basan en estereotipos anticuados cuyas características negativas más significadas serían las siguientes:

- Los estereotipos son imágenes simplificadas sobre un determinado grupo.
- Se basan en el prejuicio y la discriminación hacia ese grupo.
- Estas imágenes negativas suponen creencias falsas en torno al grupo de edad y parecen comunes a distintos países y culturas.
- Incluso las positivas pueden ser aún más insidiosas.

A pesar de que los estudios y la evidencia demuestran la falsedad de estos estereotipos, todavía se manifiesta en la población una resistencia a abandonarlos definitivamente. Así, más del 60% de la

población española considera que «a partir de los 65 años ocurre en las personas un fuerte deterioro de la salud, con:

- Incapacidades que las hacen depender de los demás.
- Que tienen un fuerte deterioro de su memoria.
- Que «son rígidas e inflexibles».
- Que son «menos activas».
- Que «son como niños».
- Que «los defectos se agudizan con la edad».
- Y, que «son muy irritables».

Cuando la base del prejuicio está relacionada con la edad, constituiría el fenómeno general que conocemos como «edadismo», que genera discriminación y tiene efectos especialmente perjudiciales sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.

El maltrato a mayores no sólo se dirige hacia mujeres mayores sino también hacia hombres, aunque es cierto que existen más mujeres que lo padecen.

I. ¿Qué son los malos tratos?



Entre las formas de explicarlos cabría podrían citarse las siguientes:

“El maltrato de personas mayores se define 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”. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. (Declaración de Toronto para la prevención del maltrato de las Personas Mayores, 2002).

O bien, “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre las personas mayores de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”. (Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano).

Y quizá, en una aproximación posiblemente más sencilla, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología lo asimila al abuso que es “cualquier acto en el que por comisión u omisión se ocasiona daño a la persona mayor”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid, establecía la relevancia de su abordaje por la sociedad:

“El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, y enfermedades, de pérdida de productividad, de aislamiento y de desesperación”. “Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario”. (Envejecimiento activo, Un marco político. OMS, 2002).

Una definición nominal nos aporta algunos matices relevantes, como la que recoge el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO:

“El maltrato a personas mayores se reconoce como el sufrimiento innecesario que puede ser infligido por la propia persona (tan dañino como el proveniente de terceros), o por otros (familiares, amigos, cuidadores, extraños, etc.), para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor”.

Cualquiera de estas definiciones, o su conjunto, nos remite a una situación tan indeseable como prevenible; tan injusta como evitable.

Factores que aumentan el riesgo de malos tratos

Aunque sin duda una buena parte de las personas mayores tengan una experiencia positiva de su trato y de su relación con su entorno, no es infrecuente que con la pérdida de autonomía y consiguiente dependencia de los demás surjan las condiciones y aparezcan las situaciones que en su conjunto se engloban en el abuso, es decir de la prevalencia consciente o inconsciente de situaciones de poder o ventaja sobre los más vulnerables.

Entre los factores de riesgo que se reconocen como influyentes o desencadenantes de malos tratos hacia las personas mayores, hay que señalar los siguientes:

1. El género. Aunque los diferentes autores admiten su influencia, no es sin embargo concluyente su respuesta. Para algunos es el ser mujer y para otros el ser hombre. Posiblemente en las personas mayores, a diferencia de otros grupos de edad, la dependencia de terceros es muy relevante y la mujer pasa más años en esa situación, lo que la pondría en una vulnerabilidad añadida.
2. La mayor edad. Sin duda a medida que esta avanza, crece también el riesgo.
3. El estado civil. En este caso serían las personas casadas, o en pareja de larga duración, aunque en este grupo prevalece el matrimonio, las que tendrían más riesgo.
4. La presencia de deterioro cognitivo, tanto por la situación de indefensión como por la intensidad del cuidado. Especialmente asociado a la demencia.
5. La mala salud, también relacionada con la complejidad del cuidado y el tipo de padecimiento.
6. La dificultad de comunicación, en general es ya de por sí una barrera para afrontar una situación de maltrato, pero además complica cualquiera de las situaciones anteriores.
7. La dependencia, es el factor más significado, tanto por lo que supone de subordinación a la tutela de terceros, como por el

progresivo alargamiento de estas etapas, dada la tendencia a una situación de cronicidad de las enfermedades. Además, habría que considerarla en sus tres dimensiones principales:

- a. La dependencia puede ser relativa a la esfera más puramente física lo que supone tener dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
 - b. Puede ser psíquica, muy relacionada con la alteración de las funciones cognitivas.
 - c. Puede ser emocional, generalmente vinculada al estado de ánimo.
8. El entorno, o marco vital de la persona, en la que cabe significar algunos elementos de complicación, como:
- a. La propia discriminación por la edad.
 - b. La pobreza explícita o la falta de recursos a medio plazo.
 - c. Las imágenes negativas que se asocian a la vejez de forma insidiosa.
 - d. La disfunción de las relaciones intergeneracionales.
9. El incumplimiento de las normas, pues aun cuando a veces sean explícitas sobre el modo de comportarse en diferentes situaciones con las personas de edad, se tiende a obviarlas.

Dificultades para identificar los malos tratos

Se identifican una serie de barreras en su detección, en algunos casos de forma voluntaria y en otros posiblemente dentro de una cultura de falta de reconocimiento de los mismos.

Estas barreras pueden provenir de varios actores, ya sean principales o circunstanciales:

- De la propia persona mayor, que no los asume o no quiere reconocerlos.
Ya sea por vergüenza, por temor a las consecuencias, a perder la relación con la familia, con el cuidador, a ser ingresada en una residencia, etc.
- De los familiares.
Por falta de capacidad o sensibilidad en el reconocimiento de los mismos, por no saber a quién acudir en caso de conocerlos, etc.
- De los amigos y vecinos.
Igual que en el caso anterior y también por miedo a que la situación se complique más.
- De los cuidadores.
Por excesivo celo en el aislamiento social, negación, resistencia a intervenir por desconocimiento, etc.
- De los profesionales sanitarios.
Por carecer de los conocimientos específicos en el tema, por no disponer de protocolos adecuados, por temor a complicar la situación en su entorno, en la familia o con el cuidador. No obstante es el nivel de detección más adecuado.
- De los medios de comunicación.
De forma consciente o inconsciente los medios siguen subrayando la edad en las noticias sin que en muchos casos esté justificado y en algunos casos hasta la anteponen a la

propia noticia. Incluso las buenas noticias menoscaban el crédito de la persona cuando se pone el acento en la edad.

- De la sociedad en general.
En general la sociedad tiende a no asumir estas situaciones, además se funden con una opinión negativa de la vejez, en la que se da por hecho el que las personas estén indefensas y dependan en gran medida de otros, con el precio que esto conlleva.

14

Ante todo ello, no cabe sino apostar por una reversión de la situación hacia una “cultura general del buen trato” en que los distintos agentes influyentes en el bienestar de la persona mayor se sientan más seguros y confiados a la hora de tomar las decisiones más favorables para la misma.

Los diferentes tipos de maltrato

1. Maltrato físico: es aquel que produce dolor, o bien un deterioro evidente causado por la fuerza física o recurso a la violencia. Entre las señales más significativas estarían:
 - Las fracturas óseas
 - Los moratones
 - Las quemaduras
 - El dolor local

- La hipotermia
 - Las marcas físicas corporales
2. Psíquico o psicológico: aquel que produce de forma voluntaria estrés o angustia vital, ya sea a través de acciones verbales o no verbales como insultos, amenazas o humillaciones. Puede llegar a producir más efectos indeseados en salud y calidad de vida que los malos tratos físicos.
 3. Negligencia: es una manifestación del mal trato por omisión, principalmente de cuidados, incluso médicos, pero también de higiene, vestidos y alimentación adecuada. También puede ser por acción cuando se obliga a la persona a ser retenida contra su voluntad, e incluso a que tome decisiones rutinarias forzadas.
 4. Abuso sexual: a través del comportamiento, el contacto sexual no consentido, o en situaciones en que no cabe el cabal consentimiento. Sus formas de expresión pueden ser muy variadas en intensidad y gravedad, desde los gestos inapropiados e insinuaciones, el acoso en cualquier nivel, las acciones físicas como los tocamientos, hasta la violación ya sea consumada o el mero intento.
 5. Abandono: consiste en la dejación del cuidado por la persona que tiene la competencia, en el caso de la custodia, o la responsabilidad, en el caso del familiar del mayor. Puede considerarse una forma de negligencia, pero dada su magnitud en la realidad social actualidad, debe considerarse como un fenómeno con entidad propia.

6. Abuso económico: se manifiesta en el uso inapropiado o francamente ilegal de los recursos económicos de las personas mayores. Pueden adoptar las formas de cambios relevantes en los gastos, hasta un cambio de testamento forzado.
7. Vulneración de los derechos básicos: se produce cuando se impide o limita el ejercicio de derechos tan esenciales como la intimidad, la libertad de expresión religiosa y, en suma, el derecho a la libertad en todas sus formas. Desde la restricción a la voluntaria toma de decisiones, hasta el ingreso forzado en una institución, existen toda una gama de formas de coartar la manifestación de dichos derechos. Entre los indicadores de este tipo de maltrato pueden reconocerse los siguientes:
 - No permitirle asistir a la iglesia.
 - Ocultarle información de su interés, incluido el correo.
 - No permitirle mantener la puerta de la habitación abierta.
8. Maltrato social: escenificado en la discriminación de la persona, por su pertenencia a colectivo vulnerable, en este caso asociado claramente a la edad.
9. Maltrato institucional: Cualquier acción u omisión que proveniente de los poderes públicos suponga abuso, negligencia o desinterés que implique una pérdida de seguridad, de salud o de bienestar en la persona mayor.

Puede darse en los tres ejes del poder; en las legislaciones y normas, en la ejecución de las mismas o en la propia tutela de los derechos, cuando ello suponga que este colectivo no está defendido, al menos, en igualdad de condiciones.

El aislamiento y la soledad, favorecedores del mal trato

Se vislumbra el deseo de las personas mayores de vivir de manera autónoma. Esto es un símbolo del éxito de las sociedades que han alcanzado un mayor desarrollo social y económico. Sin embargo, no siempre es una situación que se elige voluntariamente, y las consecuencias emocionales de percibir la obligación de vivir en soledad son muy negativas para las personas mayores.

Para la OMS la soledad, es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud de las personas mayores, y un factor determinante que favorece su entrada en situaciones de dependencia, el escalón que nos hace más indefensos.

La última Encuesta de Salud refleja la opinión general (50% de la población) de que el grupo más vulnerable a esta situación, es el de las personas mayores y jubiladas.

Más de la mitad (59%) de las personas de 85 años o más, y el 38% de las de 75 a 84, años viven solas

Casi el doble son mujeres. La proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2016: 28,8% frente a 14,7%). Niveles que se manifiestan sobre todo en el grupo de personas de 85 o más años de edad

La soledad de las personas mayores, en cuanto a experiencia negativa, se entiende como una situación que surge a partir de:

- a) La experiencia subjetiva de la persona mayor en la que percibe carencias en sus relaciones sociales.
- b) Una situación que no se elige voluntariamente, por lo que la persona mayor no percibe control sobre la situación.
- c) Y, lo más relevante es que esta situación genera sentimientos desagradables en la persona.

Existen una serie de factores que actúan como facilitadores, bastante bien identificadas, en relación a la instauración del aislamiento y la soledad:

- Los factores y recursos ambientales.
- Los factores de salud.
- Los factores psicológicos.
- Eventos vitales relacionados con pérdidas, como la jubilación o la pérdida de la pareja.

Destacan por su importancia, las barreras psicológicas (autoeficacia en situaciones sociales), seguido de las barreras ambientales (ingresos y falta de oportunidades para el contacto social) y de salud (dificultades de movilidad). Es muy importante desarrollar ambientes urbanos amigables con las personas mayores, que no favorezca su aislamiento.

Las diferencias de género al envejecer son notables.

En relación a las mujeres:

- A nivel demográfico (hay más mujeres mayores y éstas son más longevas) y también en las condiciones socioeconómicas.
- Las mujeres suelen tener menos ingresos y cobrar pensiones más bajas que los hombres y, consecuentemente, sus condiciones de vida son peores.
- Las mujeres mayores viven con más frecuencia en estado de pobreza, y de dependencia física, siendo aún más vulnerables a sufrir malos tratos, negligencia y abandono.
- Sin embargo, están más predispuestas a vivir solas cuando llega el momento.

En relación a los hombres:

- La soledad en ellos depende en gran medida de la percepción de sus relaciones de amistad, mientras que la de las mujeres se asocia más con la falta de relaciones cercanas.
- Por otro lado, se han identificado diferencias de género en cómo las personas se relacionan con los demás, lo que podría contribuir a aumentar que los hombres se sintieran más solos.
- Todo ello pondría a los hombres mayores en una posición más vulnerable al sentimiento de soledad en los casos en que falten sus cónyuges y se vean obligados a vivir solos, por ejemplo.

Objetivos del buen trato

1. Con carácter general, la finalidad sería la de recuperar o mantener “**dignidad**” propia de la persona y que con la edad de ningún modo se debería perder. La ONU lo significó en cinco principios básicos organizados en

torno a otras tantas exigencias: la Independencia, la Participación, los Cuidados, la Autorrealización y la Dignidad.

2. Desde el plano de la bioética, la finalidad sería cumplir con sus principios clásicos, como son:

El de “*beneficencia*” que se traduce en hacer el bien como norma, siempre en relación con el principio de autonomía.

El de “*no maleficencia*” que antepone la necesidad de no provocar daño, respetando la integridad mental y física de la persona.

El de “*justicia*” que promueve ir al reparto equitativo, a dar a cada uno lo suyo, a evitar la discriminación, la marginación y la exclusión.

El de “*autonomía*” que preconiza la libertad de mantener la capacidad de tomar las decisiones individuales.

En suma, el *buen trato* es el resultado del respeto de los derechos de las personas y se traduce en establecer una relación satisfactoria entre ellas sin el límite de la edad, una forma positiva de relación, consideración y reconocimiento; es decir, implica reconocer al otro de igual a igual. Dado que la situación de inequidad se va produciendo paulatinamente, de forma casi inadvertida, se trata de fomentar la cultura inversa: la del buen trato, que tiene como misión.

- Promover una imagen de la vejez ajustada a la realidad.

Desde todos los medios de comunicación social, se pueden realizar campañas de sensibilización, sobre la aportación de las personas

mayores a sus comunidades, mostrando una imagen mucho más real, que les haga justicia.

- Evitar el aislamiento.

Lo que supone seguir con una vida en relación al entorno, de contacto con amigos y vecinos, participando de forma más o menos continuada en actividades propias de la comunidad.

- Fomentar la autonomía.

Lo que implica llevar a cabo actividades saludables encaminadas a la prevención de la limitación funcional y la fragilidad. Promover la toma de decisiones sobre la vivienda de las personas que envejecen, para garantizar que su entorno doméstico pueda serlo para toda la vida, favoreciendo de esta forma su autonomía. Así mismo diversificar las ayudas que necesiten para lograr este objetivo. El derecho a decidir sobre uno mismo y sobre las cosas que a uno le atañen no varía ni disminuye con la edad. Si las capacidades de la persona merman, debemos apoyar o facilitar la expresión y la toma de decisiones y la ejecución de las mismas.

- Mantener la autoestima.

Recordando la dignidad que tienen como personas, y la inestimable aportación de sus conocimientos y experiencia, dando valor a sus opiniones y preferencias. Es importante que se sientan tenidas en cuenta. Para ello es importante no sólo escuchar sus opiniones, sino también que se sientan escuchadas.

- Fomentar el acceso a la información.

Lo que requiere facilitarles el acceso a los recursos, a la participación. Incluye tenerles en cuenta en la elaboración del plan de cuidados. Además es bueno ofrecerles la posibilidad de iniciar

nuevos aprendizajes, que les sean útiles o sean de su gusto. Esto les permite mantener sus capacidades cognitivas y físicas y refuerza su bienestar.

- Proporcionar la formación adecuada a los cuidadores.

Con el doble objetivo de instruirles en la prevención del trato inadecuado, por un lado y en evitar situaciones de estrés sobrecarga y claudicación familiar.

- Respetar sus preferencias.

Preguntarles y tener en cuenta sus deseos en todo aquello que les concierne, es la mejor forma de garantizar su, dignidad, bienestar y autonomía.

- Facilitar el uso y control de sus pertenencias.

Esto es primordial, es una cuestión de derecho. Se deben respetar y custodiar sus cosas y facilitar que puedan disponer de ellas a su gusto, sobre todo cuando necesiten ayuda para ello.

- Proteger su intimidad.

El respeto a la intimidad es un principio básico del buen trato a todas las personas.

- Evitar, en la medida de lo posible, el uso de sujeciones y fijaciones.
- Mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Es el objetivo de toda intervención gerontológica, por tanto, siempre hay que tener en cuenta en qué consiste este bienestar para cada persona, siendo los profesionales quienes están a su servicio para ayudarles, en lo posible, a que se haga realidad.

II. El buen trato hacia las personas mayores y sus manifestaciones



Pertenecer de pleno derecho a una sociedad supone no tener que hacerse esa pregunta en ningún momento. Las personas mayores quieren ser tratadas con la normalidad con que se producen las relaciones en cualquier grupo de edad. Cuando se ponen de manifiesto algunas circunstancias que aparecen con el aumento de la edad, algunas relativas a la falta de autonomía, otras a las condiciones de salud, merecen que ese tratamiento se haga desde una mayor sensibilidad, algo que por otra parte se considera normal hacer con cualquiera, tenga la edad que tenga, que por las razones que sean necesita de una manera más especial o continuada nuestra ayuda.

Veamos algunos de estos comportamientos en los escenarios habituales de la vida diaria.

En el barrio

Las personas de edad avanzada valoran muy positivamente, de cara a una calidad de vida adecuada, la posibilidad de relacionarse con los vecinos, tanto con los de su grupo de edad, como con los más jóvenes. Sentirse aceptadas y, sobre todo sentirse útiles constituye la respuesta más gratificante a las pretensiones de mantenerse integradas en la sociedad en la que viven. Las relaciones intergeneracionales son para ellos el mejor instrumento de cohesión social.

Los vecinos, por su parte, también pueden disfrutar de la compañía y la experiencia que proporcionan los mayores. Una forma de reconocer su valía es estar más pendientes de su vida. Algunas de las

recomendaciones para considerarse un “buen vecino” serían las siguientes:

- Ofrecerte como contacto.
Para echarles una mano en la compra, la retirada de medicamentos, el acompañamiento a la consulta o cualquier otra. Dejar incluso tus datos en el portal de tu casa.
- Preguntar por ellos.
A otros vecinos o al conserje, si hace tiempo que no les ves.
- Ayudarles en la calle.
Cuando veas que llevan un peso excesivo o transitan por zonas de riesgo de caídas.
- Solicitar su ayuda y opiniones.
Para lo que creas que es posible, dada su situación. Seguro que es lo que más valoran, a excepción de tu propia compañía. Sus consejos seguro que serán muy valiosas.

Las asociaciones de personas mayores suelen ser un lugar de referencia para atender sus necesidades e inquietudes, además de brindarles la posibilidad de conocer otra gente, participar en sus actividades, organizar viajes, etc. En ellas encontrarán ayuda y asesoramiento, que les puede resultar muy útil.

Una queja frecuente de las personas de edad es la de que las cosas “ya no son como antes”, cuando los más jóvenes tenían tiempo para hablar con ellas e interesarse por su situación y salud. No solamente el tiempo de apenas saludar de ahora.

En la ciudad

27

Por ella transitan a diario grupos y personas de todas las edades. La mayoría se adapta bien a las singularidades de la localidad donde vive: las prisas, los atascos, el ruido y tantos otros factores que apenas son perceptibles para quienes gozan de autonomía plena. Pero, para las personas de edad, lo que sólo son pequeñas dificultades se convierten en barreras que le impiden desarrollar su vida social normal. Barreras invisibles como son las de no poder alcanzar a tiempo el autobús; o bien visibles, como superar los bordillos ostensibles de las aceras.

En la oficina municipal, si viven en un pueblo, o bien en la junta de distrito, si viven en una ciudad, pueden preguntar y seguramente encontrar toda una propuesta de actividades acorde a su edad, situación o intereses. Desde actividades lúdicas (bailes de salón), culturales (cursos de pintura), de compromiso (voluntariado) y tantas otras.

Para aprovechar mejor las ventajas de una ciudad, puede observarse desde tres planos diferentes:

- El plano físico o geográfico:
Identificando las rutas más seguras para desplazarse; aquellas que tiene menos barreras al paso; aquellas que nos facilitan espacios para descansar (bancos u otros soportes, que permiten tomar aliento para continuar); aquellas que tiene que ver nuestras necesidades inmediatas (como acceso a lavabos o servicios, ya sean públicos o privados). Identificando las zonas de esparcimiento para pasear o tomar el aire como parque y jardines.

- El cultural social y de participación:
Que nos permitirá conocer mejor las posibilidades de interacción con otras personas de similares gustos e intereses. Aquí caben desde los centros de mayores, hasta las propias bibliotecas, pasando por espacios más recreativos (donde poder jugar a las cartas o practicar algún deporte) o de atención al cuerpo como gimnasios y espacios afines, mejor aún si disponen de personal que coordine y anime.
- El plano de los derechos:
Cuya identificación nos permite conocer los puntos de información clave de nuestra ciudad relativos a nuestros intereses. Desde oficinas de información a lugares de reclamación de cualquiera de nuestras demandas habituales.

Familiarizarnos con estos tres planos y la combinación de sus posibilidades nos hará poder disfrutar más plenamente de nuestra ciudad.

En la familia

Las personas mayores prefieren, de forma muy clara, mantenerse en el domicilio toda su vida, por tanto es de la mayor relevancia lo que ocurra en el mismo, para que no se vean obligadas a tomar la decisión de abandonarlo, o de carecer del bienestar que esperan disfrutar.

La familia tiene para ellas un significado más especial que para las siguientes generaciones, porque las familias en las que han vivido han tenido más fuerza y más cohesión y, sobre todo, han estado orientadas

hacia el respeto, cariño y reconocimiento de la autoridad de que gozaban padres y abuelos.

Ahora la familia ha cambiado, ha sufrido una dispersión: primero geográfica, donde abuelos, padres y nietos pueden estar separados por cientos de kilómetros, lo que dificulta un contacto estrecho. Segundo estructural, donde el esquema piramidal clásico de las generaciones anteriores ha quedado atrás, dando lugar a otras formas de convivencia a la que las personas mayores no se han podido adaptar adecuadamente. En tercer lugar el laboral, donde las actuales exigencias obligan a permanecer mucho tiempo fuera del domicilio, lo que supone una merma de tiempo compartido entre padre e hijos y que, en muchos casos casi excluye a los abuelos. Incluso el tiempo de ocio les excluye, pues hasta en las vacaciones tradicionales han perdido el protagonismo que solían tener, para quedar relegados de los planes familiares.

Por ello es necesario recuperar vías de acercamiento de los mayores hacia sus familias, a ser posible que no impliquen excesivas renunciadas a las nuevas formas de vida por las que hemos decidido transitar.

¿Qué podemos hacer para mejorar esta situación?

Los expertos nos recomiendan una serie de pasos necesarios para revertir lo que podría llegar a suponer una situación de soledad muy cruel para nuestros mayores.

Quizá lo primero sería interesarnos por la situación, es decir por el ambiente en que se desenvuelve el día a día de la persona mayor.

Pasos:

1. Escuchar.

Lo que incluye tener una mente abierta y sin prejuicios sobre lo que la persona mayor tenga a bien manifestarnos, ya sea desde el plano emocional, estructural o relacional que tenga que ver con su familia. La escucha es un paso esencial, pues en la mayoría de las ocasiones caso no tiene interlocutores que le dediquen el tiempo suficiente para explicarse.

2. Ofrecerse a la mediación.

Se trata de hacer llegar a la familia las inquietudes, la problemática o la situación singular que la persona mayor por sí misma no consigue, o no se atreve, a hacer llegar a la misma.

3. Activar la mediación.

Se trata de hacer real la queja a la familia de las necesidades que un miembro muy especial de su esfera relacional demanda y cómo afrontarlo de la forma más positiva, partiendo siempre de la ganancia que ambas partes van a experimentar en su vida diaria.

No siempre es fácil cambiar las dinámicas familiares, primero porque los modelos de convivencia actuales también responden a una necesidad social impuesta a las familias y segundo porque las propias personas mayores tienen unos hábitos ya muy arraigados que dificultan los cambios, por ello conviene ir hacia lo que serían una especie de “Recomendaciones intermedias”, que podrían ir en este sentido:

1. Cuando no hay tiempo para hablar mucho se puede hablar menos, pero hablar. Tener en cuenta que el tiempo dedicado a nuestros mayores es muy gratificante para ambas partes. Ellos tienen mucho que aportar a la familia. Sus consejos serán seguramente los más valiosos. Nos pueden enseñar muchas

cosas. Pueden aportar también su ejemplo de vida y la experiencia de haber vivido en otras circunstancias.

2. Cuando no hay tiempo para hablar físicamente se puede hablar de otro modo, llamando por teléfono, escribiendo, o de cualquier otro modo, pero si puede ser mejor a diario.
3. Cuando no puede hablar un miembro de la familia, lo puede hacer otro. Los mayores seguro que tienen tiempo de escuchar a todos.
4. Mantener a la persona mayor al tanto de las novedades de la familia.
5. Fomentar siempre un cauce de comunicación con los más pequeños, hasta que estos sean capaces de mantenerlo por sí mismos.

Dado que la familia es el centro de referencia emocional y vital de las personas mayores, respetar el buen trato supone que este núcleo debe mantenerse en el centro de su agenda, ya vivan solos, en instituciones o bajo el cuidado de terceros.

En el Centro de Salud

Con la edad este es el lugar más visitado de nuestra agenda diaria. El Informe de Salud periódico de nuestra Comunidad así lo refleja. En torno a un 94% de los personas mayores de la región acuden una vez al año al centro a revisar su salud. Ni que decir tiene que buena parte

de ellas lo hacen en varias o múltiples ocasiones y que aquellas que no se acercan al mismo cabe pensar que es porque no pueden desplazarse, o porque ya han sido visitadas en su domicilio.

Las causas de la excesiva frecuentación al centro de salud pueden resumirse así:

1. Para consultar sobre nuestros padecimientos habituales.
2. Por episodios de enfermedad actuales.
3. Para revisión de la medicación y recetas.
4. En muchas ocasiones para ser escuchados.

El Centro de Salud es el primer nivel de referencia cualificado para una posible detección profesional de un posible maltrato a la persona mayor, aunque ciertamente sea ínfimo el número de visitas que acudan por este motivo. La dificultad para detectarlos aumenta por dos factores colaterales de gran relevancia. Uno la propia reserva de la persona a hablar de algo que afecta a su esfera más íntima y que afecta a los núcleos de donde deberían recibir mayor protección: familia y cuidados. Otro, porque no suelen ir solas a la consulta, sino acompañados, incluso por quienes de algún modo tengan conocimiento o responsabilidad de la situación.

Estos dos escollos deben ser superados por los profesionales que, ante la sospecha de trato inadecuado tienen la posibilidad de activar mecanismos alternativos:

1. La consulta telefónica (sin mediación de un tercero).
2. La consulta domiciliaria, para observar las condiciones “in situ”.
3. La consulta individual (sugiriendo la espera del acompañante fuera).

Las quejas de las personas mayores en relación a su relación con el centro de salud normalmente están relacionadas con:

- Dificultad para pedir cita, a no ser que ya dependa de terceros.
- El tiempo breve de consulta.
- No poder expresarse sobre temas relacionados.
- El trato indiferenciado, ya que algunas personas prefieren priorizar la cercanía, otras la educación.
- La autonomía en las decisiones sobre su salud.

Para mejorar, por tanto, deberíamos:

- Facilitar los trámites a las personas mayores en el acceso a los servicios del centro.
- Procurar un tiempo suplementario, aunque sea solo en alguna de las visitas.
- Preguntar por la calidad de vida, no sólo por parámetros de salud.
- En el trato ir siempre de la educación a la cercanía, no al revés.
- Salvaguardar en lo posible la autonomía del paciente, aunque esté acompañado.
- Adaptar los cuidados de larga duración a las necesidades y preferencias de las personas.

La persona mayor debe tener en cuenta no obstante que goza de vías de reclamación para quejarse de los tres niveles esenciales: el acceso, la información y el servicio, además del trato. Y que puede formularlas:

- Verbalmente.
- Por escrito.
- E, incluso, pedir el cambio a otra consulta tanto de medicina como de enfermería.

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de su influencia en las personas mayores. Su opinión es la más valorada por éstas, por encima de la de los medios, la familia, los amigos e, incluso, de las recomendaciones oficiales.

En el Hospital

Este es un lugar de paso casi obligado cuando nos hacemos mayores. Son las personas mayores las que más atención precisan de estos centros especializados, pero llama la atención el incremento de visitas que se viene produciendo en los últimos años. En la CM en torno a un 60% de altas hospitalarias corresponde a personas mayores. Esto refleja que el nivel de atención, es muy alto y satisfactorio. La persona mayor puede tener dificultad para manejarse en el hospital y puede llegar a encontrarse confundida y agobiada. La sola idea de pernoctar en el hospital, fuera de casa, induce en muchas personas un sentimiento de inquietud y una evidente manifestación de estrés. Por ello es muy importante valorar la necesidad de valorar el beneficio y el riesgo que puede derivarse del ingreso hospitalario de personas muy mayores y frágiles que, o bien puede ser evitable o bien, resuelto mediante otras alternativas como son la atención domiciliaria por equipos especializados, o por la propia telemedicina, ya testada para tratar al paciente mayor en su casa y, sobre todo, en la residencia. Es la cultura que promueve que sea la medicina la que vaya al paciente y no al revés. En edades avanzadas la descompensación que produce en

algunos estándares de salud de la persona mayor estar fuera de su ámbito de confort, debe ser tenida en cuenta y evaluar las posibles alternativas.

Muy sensibles a esta realidad algunos geriatras proponen que se deben tener en cuenta tres realidades entre los pacientes ancianos que acuden a urgencias:

- Los que necesitan hospitalización.
- Los que necesitan atención aguda, pero no necesariamente hospitalización.
- Los que claramente no necesitan hospitalización.

A nivel profesional, el buen trato en el hospital debe incluir entre otros, estos criterios de prevención:

1. Las infecciones nosocomiales.

Las personas mayores tienen más riesgo de sufrir infecciones en el medio hospitalario. Por ello, el equipo de atención debe extremar el cuidado de estos pacientes, y adoptar medidas necesarias para evitar este tipo de enfermedades.

2. El deterioro funcional.

Puede presentarse a medida que aumenta la edad, la estancia, la comorbilidad, y falta de autonomía. En la medida de lo posible debe evitarse la inmovilidad, las barreras y las sujeciones

3. El deterioro cognitivo.

Especialmente en los pacientes con demencia, que pueden agravarse.

4. La estancia alargada.

Es importante atender los síndromes sensoriales o la higiene del sueño y la nutrición, evitando traslados de escenario en la medida de lo posible.

5. Agravamiento de enfermedades.

Tener en cuenta, otras enfermedades que puedan agravarse durante el ingreso hospitalario.

6. La iatrogenia farmacológica.

Una buena parte de los mayores que acuden al hospital están tomando varios medicamentos. Hay que evitar el uso excesivo y no justificado de fármacos. Ajustar el plan de cuidados.

Es importante que la persona salga del hospital con una buena instrucción de lo que debe hacer. Ese plan debe ser sensible al cumplimiento de lo que se conoce como continuidad asistencial. Es decir, la persona mayor debe tener asegurado el seguimiento de su problema al alta hospitalaria por atención primaria cuando esté en su domicilio. El buen trato en el hospital debe traducirse por:

- En la información, que debe ofrecerse siempre.
- En la atención al paciente, donde debe tener contestación más rápida.
- En el acceso al ingreso, sin discriminación por edad.
- En la propia atención sanitaria.
- En la reclamación si fuera razonable.
- En el cambio de hospital si fuera necesario.

Mantener un entorno de confianza en el hospital en torno al paciente resultará esencial para una respuesta más satisfactoria de éste.

En el centro de mayores

La actitud de los usuarios de estos centros pasa generalmente por dos fases, la inicial en la que se puede producir una evidente resistencia de la persona a incorporarse a ellos y, la de continuidad, en la que hay una mayoritaria aceptación de la estancia y participación en los mismos.

La persona mayor manifiesta un claro apego al domicilio y le puede resultar agresivo el hecho de tener que cambiar su forma de vida. Acudir, a veces con ruta incluida, en un horario extraño a un lugar donde van a cambiar sus rutinas, sus costumbres, sus comidas y tantas otras. A cambio va a recibir indudables ayudas para mejorar su calidad de vida, que al menos debe notarse en tres dimensiones:

En lo social, a través del incremento evidente de relaciones con personas de similares necesidades y quizá parecidas inquietudes.

En la salud, a través de los programas que fomentan la autonomía funcional y la estimulación de la capacidad cognitiva.

En el disfrute del ocio, participando en las distintas actividades lúdicas que ofrecen estos.

El buen trato del centro debe manifestarse en estas direcciones:

- Atención digna.
- Atención singular o individualizada.
- Protección de la intimidad.
- Respeto a la opinión.
- Respeto a las capacidades.
- Promover actividades coherentes y compatibles con la edad.
- Conectar con la familia.
- Promover y proyectar la utilidad de la estancia en el centro en la vida en la casa y la comunidad.

La persona mayor debe poder reconocer ese buen trato en los muy diferentes planos en los que se manifiesta su vida, pero singularmente en los siguientes:

- Ser escuchado.
- Ser tenido en cuenta en lo que se refiere a sus problemas de adaptación.
- Participar en las actividades del centro y no participar en aquellas que no sean de su agrado o interés.
- Rechazar definitivamente el acudir al centro.

Una acogida que respete estos criterios de buen trato suele ser reconocida por una buena parte de las personas mayores usuarias en forma de una clara afección al centro, hasta tal punto que llega a ser entendida su participación en el mismo como un evidente valor añadido a su calidad de vida.

En la residencia

Según reflejan los estudios de opinión sobre lo que piensan las personas mayores sobre la forma en que quieren gestionar su vida y el escenario en que esta ha de desarrollarse, la residencia no es en principio la primera opción que quieren. Su preferencia es mantenerse en el domicilio el mayor tiempo posible.

Esta realidad va cambiando en función de la situación de manera que cuando la persona mayor observa que va siendo más dependiente de los cuidados, la opción de la residencia se le hace más aceptable. No obstante también se percibe una clara diferencia por sexos, mientras las mujeres se manifiestan más receptivas al hecho de que en algún momento, su vida se desarrollará en alguna de estas instituciones, los hombres son más reacios a admitirlo y durante más tiempo.

Esta igual ocurre una vez que se ha producido el ingreso en el centro. Ese proceso de adaptación a la nueva vida institucional es más corto y más suave en las mujeres y más largo y traumático en los hombres. Este fenómeno puede tener varias causas explicativas, entre ellas no cabe descartar el hecho de que las biografías socio-laborales de ambos sexos se han desarrollado en escenarios muy distintos y, en concreto el tiempo que la mujer ha pasado en casa y el hombre en la calle.

Para resolver el problema de una acogida aceptada por el nuevo o la nueva residente es esencial para instaurar de verdad una cultura del buen trato cumplir adecuadamente con lo que se conoce como “proceso de acogida e institucionalización” el mejor criterio

Para resolver el problema de una acogida aceptada por el nuevo o la nueva residente es esencial instaurar de verdad una cultura del buen trato y el mejor instrumento para ello es cumplir adecuadamente con

lo que se conoce como “proceso de acogida e institucionalización” que debe tener los siguientes pasos:

- Pre-ingreso.
Se inicia con la búsqueda del centro más adecuado.
- Ingreso.
Supone una carga de sentimientos muy fuertes para el nuevo residente, la familia y también para los profesionales.
- Periodo de adaptación.
Se sitúa entre uno y tres meses. Implica un gran trabajo para que el residente se pueda adaptar a los cambios, que deben traducirse en mejoras reconocibles en salud y autoestima.
- Integración.
Puede medirse de forma objetiva, mediante parámetros de valoración de la satisfacción del residente, o de forma subjetiva: cuando este afirma sentir que la residencia es “su casa”.

El concepto de residencia actual que incorpore una cultura integral del buen trato debe tener estas tres dimensiones esenciales:

- Dimensión ambiental o ecológica.
Para “crear ambientes humanos cargados de estímulos”.
- Dimensión asistencial:
Con los equipos humanos y técnicos adecuados para la atención a unas necesidades considerables.
- Dimensión bioética:
Que garantice los derechos, los deberes, el cuidado de la imagen, la privacidad y el secreto profesional.

Los profesionales potencian el buen trato cuando:

- Tienen en cuenta la biografía del residente.
- Explican las potenciales virtudes del centro para un mejor aprovechamiento y disfrute del mismo.
- Tratan con equidad y escuchan con singularidad.

Así mismo, las personas mayores pueden reclamar el mejor trato a través de:

- El respeto a la dignidad.
- La consideración en relación a la intimidad.
- El acceso a la información veraz.
- El derecho a la opinión.
- El acceso a la decisión del centro.
- El derecho a la queja razonada.
- El derecho a la renuncia a la estancia.
- El derecho a la continuidad de la vida familiar en lo que sea posible.
- Adaptar las instituciones residenciales a las personas para, en la medida de lo posible, “vivir como en casa”
- Facilidad para relacionarse con su familia y amigos.
- Facilitar que los residentes puedan desarrollar su día a día, con la mayor autonomía posible.
- Evitar, en la medida de lo posible, las sujeciones.

La fase de integración no es el final del camino, pueden existir retrocesos y situaciones inesperadas que haya que readaptar nuevamente; por tanto el seguimiento y la evaluación de la persona que ingresa en un centro tiene que hacerse mientras viva en la residencia.

III. El valor de las personas mayores hoy



Indicadores de positividad

Diferentes estudios muestran que las personas mayores tienen un valor potencial, es decir algo que aportar, de gran importancia para la sociedad y para sí mismas y muchas veces no reconocido.

44

¿Qué indicadores serían estos?

Pues, entre otros, sin duda habría que significar los siguientes:

LA INICIATIVA

El 53% de personas mayores inician nuevas actividades después de los 65 años.



LA ACTITUD

El 43% de los mayores manifiesta creer activamente en la sociedad en la que viven.



45

LA PARTICIPACIÓN

Un 28% pertenecen a alguna organización y un 8%, concretamente, a

organizaciones de voluntariado.



LA VOLUNTAD DE AUTONOMÍA

Expresan una clarísima voluntad de autonomía: Poder valerse por sí mismos. Un 87 % desea vivir en su casa el mayor tiempo posible.

46



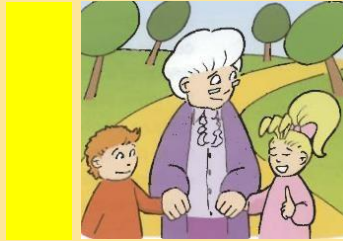
LA FUERZA FAMILIAR

No obstante, también desean fuertemente mantener relaciones familiares intensas, de las que ya disfruta casi el 90 %.



LA AYUDA

Incluso un 70 % contribuyen al cuidado de sus nietas y nietos.



47

EL QUERER SABER

La formación educativa es una de las actividades emergentes entre las personas mayores.

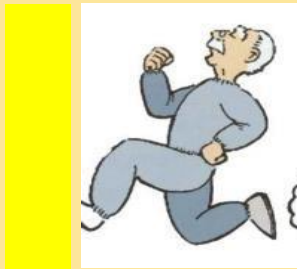
Aunque el 86 % no han superado los estudios primarios, se están incorporando a alguna actividad educativa de forma progresiva.



EL QUERER ESTAR BIEN

La actividad física es una asignatura pendiente entre la población de edad. Si bien en forma de participación lúdica empieza a paliarse este déficit.

48



LA RESISTENCIA

El 45,5% de las personas mayores destaca que goza de buena salud. Este porcentaje ha crecido más 8 puntos en una década. Así mismo, el porcentaje de las personas que afirman tener mala salud se ha reducido significativamente en el mismo periodo: del 24 % al 14,5%.



LA EXPERIENCIA

Es algo muy valioso que pueden aportar.
Seguro que sus consejos son los mejores.





GUÍA DE BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA SANIDAD