



**Universitat de les  
Illes Balears**

**Título: BARRERAS PROFESIONALES DE LOS  
TRABAJADORES SOCIALES EN LA DETECCIÓN Y  
NOTIFICACIÓN DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS  
MAYORES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO.**

NOMBRE AUTOR: *ANA SANCHA MINGORANCE*

DNI AUTORA: *43199929H*

NOMBRE TUTOR: *MARÍA DEL CARMEN TOUZA GARMA*

**Memoria del Trabajo de Final de Grado**

Estudios de Grado de Trabajo Social

Palabras clave: ***Barreras, trabajador social, detección, maltrato, persona mayor.***

De la  
UNIVERSIDAD DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2014/2015

En caso de no autorizar el acceso público al TFG, marcad esta casilla:

X

## **Resumen**

En la actualidad la situación de maltrato a personas mayores no está protegida de la forma que si lo están otras situaciones de maltrato a otros colectivos, siendo éste vulnerable. La visión de la sociedad y de los profesionales sanitarios es no ver a las personas mayores vulnerables ante algunas situaciones de desamparo. Por esta razón se detectan y notifican pocos casos de maltrato a personas mayores, además influyen las pocas investigaciones al respecto.

Por estas razones se realiza una investigación sobre las barreras profesionales de los trabajadores sociales a la hora detectar y notificar situaciones de malos tratos. Además de una búsqueda de la literatura correspondiente sobre investigaciones anteriores, se obtendrá información de una muestra pequeña de trabajadores sociales del Hospital de Universitario de Son Espases. Posteriormente se analizarán los resultados de la muestras y se obtendrán propuestas de mejora para la situación en la que se encuentran los malos tratos a personas mayores a la hora de detectarlos y notificarlos.

*Palabras clave:* Barreras, trabajador social, detección, maltrato, persona mayor.

## Índice

Justificación.....	3
Fundamentación teórica .....	3
Metodología .....	7
Análisis de los resultados .....	8
Propuestas de mejora.....	10
Conclusiones .....	11
Referencias bibliográficas .....	12
Anexos.....	14
Entrevista a los profesionales .....	14
Transcripción de la entrevista a la trabajadora social de la planta de neurología del Hospital Universitario de Son Espases. ....	14
Transcripción de la entrevista a la trabajadora social de la planta de neumología de adultos del Hospital Universitario de Son Espases.....	19
Transcripción de la entrevista a la trabajadora social de la unidad de urgencias, traumatología y oncología de adultos del Hospital Universitario de Son Espases. ....	23
Transcripción de la entrevista al trabajador social de urgencias del Hospital Universitario de Son Espases y de la unidad de salud mental de un centro de salud. ....	26

## **Justificación**

El objetivo de esta investigación es conocer cuáles son las barreras que tienen los trabajadores sociales ante la detección y notificación de malos tratos a personas mayores en el contexto hospitalario.

La elección de este colectivo es porque, aparte de la infancia, es una de las edades más vulnerables ante cualquier situación. En la sociedad actual en que se ha producido un envejecimiento demográfico, y cada vez hay más personas mayores, encontramos que no hay políticas sociales que protejan a este colectivo. Además después de realizar las prácticas de trabajo social en el hospital de Son Espases (Palma de Mallorca) mediante la observación pude analizar que las personas mayores son vulnerables en muchas situaciones por su edad, condición física y mental y que cualquiera de su red social o externos se puede valer de esa vulnerabilidad.

Otra de las razones por las que se planteó este objetivo es que después de una búsqueda bibliográfica del tema no hay protocolos en las Islas Baleares que ayude a los profesionales que están en contacto con personas mayores, sobre todo del ámbito social, a saber detectar los malos tratos, ni tampoco para su posterior notificación de la situación. No solo no hay protocolos sino que se carece de estudios e investigaciones sobre el tema de los malos tratos a personas mayores en el ámbito nacional. Pero sí que se ha encontrado ciertos artículos sobre el tema en el resto de Europa y América.

La elección del contexto hospitalario es porque es una de las primeras instituciones donde se puede detectar los malos tratos, sobre todo en personas mayores, ya que en la infancia, por ejemplo, se puede detectar en otros ámbitos (colegio, actividades extraescolares, grupos de amigos, etc.). Las personas mayores, a medida que han pasado los años han perdido el contacto con algunas redes; como pueden ser las laborales y las de ocio, pero sí que ha aumentado su contacto con los centros de salud y los hospitales. Y en ese contexto es donde se puede realizar la detección tanto del personal sanitario como del trabajador social.

Como conclusión es importante la realización de estudios y protocolos dentro de nuestro ámbito nacional y de manera específica en las Islas Baleares para poder realizar una buena detección y notificación, ya que este grupo de población por sus características propias en muchas situaciones no tiene ni voz ni voto.

## **Fundamentación teórica**

Se puede definir el maltrato como se define en la Declaración de Toronto (Organización Mundial de la Salud, Universidad de Toronto, Universidad Ryerson & Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez, 2002):

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. (p.

3)

Ames et al. (2011) afirma que la situación de la persona mayor maltratada no se reconoció como un problema de nuestra sociedad hasta los años ochenta. Además los siguientes autores, Bachuwa, Evans, Jackson-Johnson, Michigan y Taylor (2006), añaden que "Elder abuse and neglect is regarded as a wide-spread public health problem" (p. 403).

Hay tres tipos de maltrato a personas mayores; los maltratos domésticos o familiares, los maltratos institucionales y la autonegligencia. En esta investigación solo se clasificarán y explicarán las subtipologías de maltrato doméstico o familiar según el National Center of Elder Abuse (s.f.).

- Maltrato físico: se define como el uso de la fuerza física que puede resultar en lesiones corporales, dolor físico, o deterioro. El abuso físico puede incluir, pero no se limita a tales actos de violencia como golpear (con o sin un objeto), empujar, sacudir, patear, pellizcar y quemar. Además, el uso inadecuado de drogas y restricciones físicas, alimentación forzada, y el castigo físico de cualquier tipo también son ejemplos de abuso físico.

Los signos visibles para detectar este tipo de maltrato son los siguientes: moratones, laceraciones, fracturas de cráneo, luxaciones, signos de inmovilización, sobredosis de medicamentos en análisis, cambio del comportamiento de la persona mayor.

- Maltrato psicológico: se define como la imposición de angustia, dolor o sufrimiento a través de actos verbales o no verbales. Incluye pero no se limita a las agresiones verbales, insultos, amenazas, intimidación, humillación y acoso. Además, el trato de una persona mayor como un niño; aislamiento de una persona mayor de sus familiares, amigos, o actividades cotidianas o de ocio; dando a la persona mayor el "tratamiento del silencio" y el aislamiento social forzado.

Los signos para su detección son los siguientes: estando emocionalmente molesto o agitado, la persona mayor está muy retirado y no comunicativo o no responde, comportamiento inusual que se suele atribuir a la demencia (por ejemplo, chupar, morder, meciéndose) o que informe de forma verbal o no verbal el maltrato verbal o emocional.

- Abuso Sexual: se define como el contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor. El contacto sexual con cualquier persona incapaz de dar su consentimiento también se considera abuso sexual. Incluye, pero no se limita a, contacto físico no deseado, todo tipo de asalto sexual o agresión, como la violación, la sodomía, la desnudez forzada, y fotografiar de forma sexualmente explícita.

Los signos y síntomas de esta tipología de maltrato son los siguientes: moretones alrededor de los pechos o genitales, aparición de enfermedades venéreas o infecciones genitales inexplicables, sangrado vaginal o anal, desgarrado, o ropa interior con sangre y si la persona mayor ha dado indicios verbales de haber sido abusado sexualmente.

- Explotación económica: se define como el uso ilegal o indebido de fondos, propiedades o activos de un anciano. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, cobrar cheques de una persona de edad avanzada sin autorización o permiso; falsificar la firma de una persona mayor; mal uso o robo de dinero o posesiones de una persona mayor; coaccionar o engañar a una persona mayor a firmar cualquier documento (por ejemplo, contratos o voluntades); y el uso indebido de la tutela, custodia o poder notarial.

Los indicios para poder detectar este maltrato son los siguientes: cambios repentinos en la cuenta bancaria o la práctica bancaria, incluyendo una retirada inexplicable de grandes sumas de dinero por una persona que acompaña a la persona mayor, la inclusión de nombres adicionales en las cuentas bancarias de la persona mayor, la retirada no autorizada de los fondos de la persona mayor, cambios repentinos en el testamento u otros documentos financieros, inexplicable desaparición de fondos o posesiones valiosas, no hacerse cargo de forma correcta de las facturas pendientes de pago a pesar de la disponibilidad de recursos económicos, descubrimiento que han forzado a la persona mayor a firmar para realizar transacciones financieras o mover los títulos de sus posesiones, aparición repentina de familiares previamente no afectados que reclaman sus derechos a los asuntos y las posesiones de la persona mayor, transferencia inexplicada de los activos a un miembro de la familia o alguien fuera de la familia, la prestación de servicios que no son necesarios y una queja de la persona mayor de que tienen indicios de explotación financiera.

- Negligencia: se define como el rechazo o incumplimiento de cualquier parte de las obligaciones o deberes de una persona a un anciano. La negligencia puede incluir también el fracaso de una persona que tiene responsabilidades fiduciarias para la atención de un anciano (por ejemplo, pagar por los servicios de atención domiciliaria necesarias) o el fracaso por parte de un proveedor de servicios en el hogar para proporcionar los cuidados necesarios. También es negar o no proporcionarle a la persona mayor las necesidades vitales como alimentos, agua, ropa, vivienda, higiene personal, la medicina, la comodidad, la seguridad personal, y otros productos esenciales incluidas de forma implícita o acordado en la responsabilidad hacia una persona mayor.

Los indicios que pueden ayudar a la detección de acciones negligentes son los siguientes: deshidratación, desnutrición, úlceras por presión no tratadas, la falta de higiene personal, problemas de salud atendidos o no tratadas, condiciones de vida peligrosas o inseguras, condiciones de vida insalubres o que la persona mayor informe de indicios de la negligencia hacia sus cuidados.

- Abandono: se define como la deserción de un anciano por un individuo que ha asumido la responsabilidad de la atención a un anciano, o por una persona que tenga la custodia física de un anciano.

Los signos de abandono son los siguientes: el abandono de una persona mayor en un hospital, un centro de enfermería u otra institución similar, el abandono de un anciano en un centro comercial u otro lugar público.

Algunos autores afirman que es más probable que las personas mayores sean maltratadas si sufren alguna dependencia, tal y como afirma Cooper, Livingston y Selwood (2009), “Abused older people are more likely to be physically dependent, cognitively impaired, and have mental health problems than their counterparts” (p. 826). Además otros añaden de forma más específica que las personas mayores que están en residencia y poseen demencia, tienen altos factores de riesgo para ser maltratados (Cooper, Dow, Hay, Livingston & Livingston, 2013).

Son los profesionales que están en contacto con la situación, sobre todo en hospitales, quienes pueden detectar estos malos tratos, como señala Cooper et al. (2009), “health and social care professionals who work with older people will frequently come into contact with people who are abused whether they are aware of it” (p. 826). Y a pesar de estar en mayor

contacto con personas mayores con esta problemática el mismo autor afirma que solo 1 de cada 4 personas maltratadas es notificada su situación, aunque en los Estados Unidos están legalmente obligado a notificar cualquier sospecha de maltrato. En un estudio realizado por Cho, Durance y Rosenblatt (1996), se alega que los trabajadores sociales notifican un 25% de los casos (Citado en Daly, Jogerst, Rosenbaum, Schmuck & Schmeidel, 2012).

En cuanto al causante de estos malos tratos a la persona mayor, Bachuwa et al. (2006) afirma “It is estimated that 4-10% of people age 65 are currently being victimized by relatives, caretakers or strangers” (p. 403).

Si nos centramos en la detección, existen ciertas barreras que provienen de la misma persona mayor y de su entorno que se pueden agrupar en las siguientes (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Organización Mundial de la Salud, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006):

- Barreras que vienen de la víctima: como el miedo a posibles represalias, la negación del maltrato, la dependencia de la víctima al agresor, culpa, sistemas de creencia, desconocer la ayuda disponible y problemas de salud físicos y cognitivos.
- Barreras de la persona que realiza el maltrato: la negación de la situación, evitar iniciar las intervenciones por parte de los profesionales, evitar que se evalúe a la posible víctima o aislarla socialmente.
- Barreras de los familiares y/o amigos a la hora de detectar: no saben a quien han de comunicar el maltrato, no saben que hacer, no quieren revelar que es lo que está ocurriendo o la persona mayor que es víctima les ha pedido que no informen de ello.
- Barreras socioculturales: la principal es el edadismo definida como actitudes negativas o desfavorables en función a la edad, que consideran los derechos de las personas mayores poco importantes en comparación con otros miembros o colectivos de la sociedad. Otra barrera es la falta de percepción de la sociedad respecto al tema, que puede rozar la normalidad en la interacción entre los miembros de una familia.

Y por último nos centraremos en las barreras que tienen los profesionales para la detección y notificación. Todos los autores dentro de la literatura coinciden en las siguientes dificultades: primero no hay una definición de maltrato de forma general y universal que pueda ser entendida de la misma forma para todo el mundo, como comenta Daly et al. (2012). Pero esto no es lo único que dificulta para la detección de los profesionales, sino que muchos no conocen la definición, las diferentes tipologías, signos y ni los respectivos factores de riesgo (Cooper et al., 2009; Daly et al., 2012). Otra dificultad es que muchos profesionales no conocen los recursos disponibles, a donde dirigirse para hacer la notificación de los malos tratos y los recursos de emergencia existentes cuando la situación es crítica (Barbero et al., 2005).

Varios estudios afirman que otra de las dificultades para la detección y notificación de los malos tratos a las personas mayores es la ausencia de protocolos que guíen a los diferentes profesionales que interactúan para saber qué hacer y cómo hacerlo (Barbero et al., 2005; Daly et al., 2012). Esto hace que al no haber un protocolo no se determina los límites de los profesionales que interactúan y muchos médicos quieren que los trabajadores sociales notifiquen por ellos (Daly et al., 2012). Por ello en el colectivo de trabajadores sociales haya quejas ya que a la hora de la detección muchos profesionales no mantienen su lugar en la investigación de la situación.

Otro punto dentro de las barreras de los profesionales, que muchos autores ponen en común, es el miedo que tienen a que la persona mayor tenga represalias por la notificación de esos malos tratos (Barbero et al., 2005; Cooper et al., 2012; Daly et al., 2012).

Un estudio a trabajadores sociales añade que muchos casos no se notifican porque no lo creen conveniente y pueden arreglarlo ellos mismo interviniendo con la familia (Daly et al., 2012). Aunque otro estudio afirma que no se notifica para no romper la relación terapéutica con el paciente o porque el paciente mismo se lo ha pedido (Cooper et al., 2009).

En cuanto a la detección, muchos autores opinan que la gran dificultad es realizar una entrevista a la víctima por las siguientes razones: es imposible mantener un clima de privacidad con la víctima ya que están los familiares en las habitaciones y el causante del abuso puede estar entre ellos (Daly et al., 2013), además un estudio añade que hay que tener cierta habilidad para hacer las preguntas correctas a la persona mayor y eso lo suele dar la experiencia, tal y como afirma Cooper et al. (2009), “Ability to detect abuse was most frequently evaluated by asking professionals whether they had encountered any cases of abuse in a certain time period” (p. 828).

Otra dificultad de los profesionales que se repite en dos estudios, es que no notifican los profesionales del ámbito de la salud si los malos tratos hacia la persona mayor es por parte de otro profesional, ya que siente empatía al ser la misma profesión, más si lo conoce de forma directa (Barbero et al., 2005; Cooper et al., 2009).

En conclusión después de realizar una búsqueda en la literatura sobre los estudios internacionales y nacionales sobre las barreras en la detección y notificación de los malos tratos a personas mayores, se ha podido abstraer en común las siguientes barreras profesionales; dificultad de encontrar una definición exacta y universal de la definición de maltrato a persona mayor, y esto le sigue que muchos profesionales no saben cómo detectar los factores de riesgo y las tipología de malos tratos. Estas primeras barreras pueden estar causadas porque no hay un protocolo estandarizado en cuanto al maltrato a personas mayores, esto hace que cada profesional que interactúan en el caso no tenga unos roles y límites determinados. Otra de las barreras es no poder tener intimidad a la hora de entrevistar a la persona mayor dentro de las habitaciones de los hospitales, además muchos profesionales no notifican por si la situación de la persona mayor empeora o si la relación de ayuda queda rota a causa de la notificación.

A partir de todo lo analizado se realizará una serie de entrevistas a los trabajadores sociales del Hospital Universitario de Son Espases, para conocer si estas barreras son las que ellos tienen a la hora de detectar y notificar y si hay alguna que no se ha mencionado en los estudios nombrados.

## **Metodología**

Se ha realizado una entrevista a cuatro trabajadores sociales del Hospital Universitario de Son Espases, los cuales trabajan con personas mayores. En cuanto al procedimiento de la entrevista se ha realizado en persona y el lugar seleccionado son sus respectivos despachos. Las entrevistas han durado entre 20 y 40 minutos. Se ha grabado la entrevista de tal forma que sea más fácil la transcripción y su posterior análisis. La entrevista fue cualitativa, estructurada y la mismas preguntas para todos los profesionales, aunque hay que añadir que durante las entrevistas se añadieron algunas preguntas para completar la información que daban los profesionales. En los casos que no hubo ninguna detección de malos tratos a personas mayores se han realizado preguntas hipotéticas sobre el proceso y sobre las barreras que se

podrían haber encontrado. Una de las entrevistas está realizada en catalán con tal de no hacer errores a la hora de traducir, la transcripción está en la lengua que se grabó la entrevista.

El guion se puede encontrar en el apartado de anexos, igual que la transcripción de las cuatro entrevistas.

Los seleccionados para realizar la entrevista están trabajando en las siguientes plantas; neumología de adultos, neurología adultos, urgencias de adultos y traumatología. Estos profesionales han sido seleccionados porque en esas plantas interactúan e intervienen con personas mayores y podrían haber tenido que detectar y notificar una situación de malos tratos a personas mayores. Los nombres de los profesionales, a los que se ha realizado las entrevistas, no aparecerán durante el análisis ni las respectivas transcripciones de las grabaciones. Solo se conocerán las plantas del hospital donde trabajan.

Los temas que se han mencionado en las entrevistas con los diferentes profesionales: las barreras a la hora de la detección y la notificación, si existe cualquier protocolo dentro del hospital, como es el proceso de detección y propuestas de mejora.

## **Análisis de los resultados**

Después del análisis de las cuatro entrevistas a los Trabajadores Sociales del Hospital Universitario de Son Espases, los cuales se encuentran en contacto con personas mayores de sus respectivas plantas, podemos abstraer los siguientes resultados:

En primer lugar, hablamos de la detección y notificación; todos los profesionales han detectado malos tratos a personas mayores pero solo dos han notificado estos malos tratos. Tal y como explican durante la entrevista, han preferido coordinarse con otros recursos e intervenir antes de notificar, ya que veían que con los servicios sociales podían hacer un trabajo conjunto para mejorar la situación. Hay que añadir que solo realizaban este tipo de acciones cuando el caso es leve o medio, nunca en casos severos de malos tratos.

Por lo que se ha podido extraer en la entrevista, el tipo de maltrato que más han detectado es negligencia y abandono pero muy pocas veces casos físicos severos. Dos de los entrevistados afirman que muchos casos de negligencia son porque los cuidadores familiares no han sabido dar ese cuidado. Un ejemplo que han puesto es la falta de higiene de la persona mayor, y que ese hecho era una costumbre generalizada de la familia de dicha persona. Otro tipo de maltrato que no se ha definido en esta investigación, es la de maltrato institucional y respecto a éste, dos de las entrevistadas se refieren a él como un hecho común en casos por el mal cuidado en residencias (trato infantil, atar sin ser necesario, etc.)

La detección de otras tipologías en un hospital, excluyendo la negligencia o maltrato físico, es ardua de saber ya que es más difícil de realizar esa detección, según los entrevistados. Después de la detección se realiza la evaluación para el informe social y conocer la situación, aunque este proceso no puede ser largo y continuado. El porqué de esta acción, es que el Hospital Universitario de Son Espases es un contexto de urgencias siendo un hospital de agudos lo que requiere una forma rápida de actuar si se encuentra en el módulo urgencias, aunque cambia cuando necesita un ingreso de un tiempo determinado. En el ingreso, dos de los cuatro entrevistados comenta que se puede investigar de una forma más profunda la situación. En el caso que haya sospecha y no se pueda hacer una evaluación de la situación por el tiempo, siempre se deriva al centro de salud o servicios sociales, ya que pueden tener una relación más constante y conocer el contexto donde vive y relaciona el paciente. El problema que puede surgir según una de las entrevistadas, es que si es solo una

sospecha y el trabajador social del centro de salud o servicios sociales no determina que haya ningún factor de riesgo, y la familia tampoco quiere implicarse, ya no se realiza un seguimiento de dicho caso.

Todos coinciden que una gran mejora en la detección y notificación es que haya unos recursos y /o servicios de emergencia, igual o de la misma forma que en la protección del menor y de la mujer maltratada, por ejemplo las casas de acogida para proteger a las mujeres maltratadas o los centros de primera acogida en caso de urgencias en los menores. Dos de los trabajadores sociales, explican que debería haber residencias de urgencia hasta que se busque otra solución para no volver al domicilio o utilizar un hospital socio sanitario.

Otra cosa que es necesaria y en la cual coinciden los cuatro profesionales es la realización de un protocolo desde el IMAS y Departamento de Atención a la Dependencia del Gobierno de las Islas Baleares. Ya que el único protocolo “no escrito” que siguen los profesionales en el maltrato a personas mayores según los entrevistados es el de la derivación directa del caso a la trabajadora o trabajador social de planta, después de valorar si es necesario.

En cuanto a las barreras que han podido tener los trabajadores sociales a la hora de la detección, con los diferentes actores en la situación de malos tratos han sido los siguientes resultados: los cuatro han coincidido que las dificultades que pueden haber por parte de las víctimas, es que padezcan demencia u otro tipo de deficiencia cognitiva y no se acuerden de los actos negligentes en contra de ellas o que inventen ciertas acciones que no han ocurrido. Los entrevistados, tres de los cuatro, afirman que a veces son caídas o simples golpes que por la situación fisiológica de la persona mayor se marcan más. Además suele negar a veces lo sucedido por miedo, culpa o futuras represalias a su cuidador o al paciente mismo. A la pregunta de las mejoras en la relación con el paciente, una trabajadora social de las entrevistadas comenta que es necesario el tiempo y el espacio para realizar mejores entrevistas de evaluación y otro comenta que hay que tener en consideración lo que está pasando y las propias dificultades del paciente, como el miedo a no protegerle.

En cuanto a las familias pueden increpar al trabajador social al verse ofendidas o acorraladas cuando se realizan acusaciones, dos de los profesionales advierten que no hay que enjuiciar sino que hay que empatizar, ante todo tener una escucha activa y no entrar atacando verbalmente al posible maltratador. Y a los profesionales, sobre todo médicos, solo tres de los trabajadores sociales apuntan que existe poca coordinación y no les deriva muchos casos de manera rápida y directa. Que el profesional se implique más o menos en el caso dependerá de la persona en sí, si el médico no le da importancia o lo ve como un mero hecho sin relevancia no se implicará, pero si el profesional se preocupa verá que es importante y colaborará todo lo posible en el proceso de detección y futura intervención. Además el trabajador o trabajadora social trabajará con más o menos coordinación con el resto del equipo según el grado de implicación del profesional.

En cuanto al concepto coordinación, solo tres de los cuatro profesionales están de acuerdo que es insuficiente en el hospital. Ha surgido una contradicción en cuanto a la respuesta de si hay coordinación en una zona específica del hospital, que es la zona de urgencias del hospital. Uno afirma que sí que hay una coordinación con urgencias y el otro trabajador social dice que no, que le dan mucha importancia a la patología. Uno de los trabajadores sociales comenta el porqué de esto, y es que con la entrada masiva de urgencias es difícil detectar el maltrato. El objetivo principal de urgencias es hacer una selección entre patologías leves y graves por si se ha de realizar ingreso o no.

En la respuesta a la pregunta si los profesionales externos a los trabajadores sociales conocían todas las tipologías de maltrato o si era necesario algunas charlas para renovar algunas informaciones sobre el tema, tres de los trabajadores sociales que intervinieron en la investigación señalan que sí que es necesario ya que gran parte de los profesionales con los que trabajan solo conocen el maltrato físico y no tienen en cuenta otro tipo de maltrato, ya que es menos visible.

Para finalizar, un tema general que si están de acuerdo todos los profesionales; es la filosofía de la medicina y sus profesionales en centrarse más en la patología y no en el conjunto de la persona, eso hace que no se visualicen los malos tratos con la gravedad que realmente están conllevando hoy en día. Como meta simbólica que todos los profesionales les gustaría poder alcanzar, respecto al tema de los malos tratos a personas mayores, es la sensibilización de la población. Porque tal y como han comentado los entrevistados, no solo ha de darle importancia el médico sino la población en sí. Dar importancia al maltrato de personas mayores de la misma forma que se le da al maltrato infantil, a la violencia de género y violencia intrafamiliar. Tal y como explica una de las entrevistadas “Sa societat està canviant i lo que no està canviant són els nostres costums” (trabajadora social de la planta de neumología de HUSE)

## **Propuestas de mejora**

Después de realizar una búsqueda de las investigaciones sobre el tema y de realizar cuatro entrevistas a profesionales que están relacionados con el maltrato a personas mayores, se han podido extraer propuestas de mejora, ya que la situación es muy frágil en cuanto a la protección de las personas mayores ante los malos tratos. Se han podido elaborar tres propuestas de mejora generales.

La creación de un protocolo, donde intervengan todos los profesionales dentro de una situación de malos tratos, sería el primer indicio de mejora. Este protocolo estaría promovido por el Departamento de Dependencia del Gobierno de las Islas Baleares y el IMAS, donde se dijera cual es el papel de cada uno de los actores dentro de una detección de malos tratos (trabajador social, Profesionales sanitarios, Policía, etc.). Esto facilitaría los siguientes aspectos: en primer lugar, que de forma preventiva lleguen todas las sospechas de situaciones de malos tratos a personas mayores a los trabajadores sociales del hospital; en segundo lugar, que no solo se detecten las tipologías de maltrato y negligencia física sino el resto de tipologías; en tercer lugar, que se mejore la coordinación entre los profesionales implicados en los casos, y que eso genere un trabajo interdisciplinar, donde haya un trabajo en equipo entre las los diferentes profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales). Este tercer punto implicaría hacer reuniones de equipo para coordinar la intervención según cada profesional. Para finalizar, este protocolo ayudaría a conocer donde han de derivar los profesionales y con quien han de contactar para la notificación de una situación de malos tratos a personas mayores, y conocer cuál es la cartera de servicios y recursos disponibles para utilizar en la intervención o derivación.

La creación de recursos y/o servicio de emergencia para las víctimas de maltrato a personas mayores para así poder garantizar su protección y que no queden abandonados por la propia institución. Igual que en menores y mujeres maltratadas hay casas de acogida o centros de primera acogida, debería haber residencias para personas mayores que no pueden volver a sus casas porque su cuidador familiar ejercía ciertos cuidado negligentes en contra de la personas mayor. Hoy en día existen las plazas de prioridad social pero no le dan la utilización y la urgencia para estos casos según nos han comentado los profesionales entrevistados. No es

necesario que sean residencias, pueden hacer alquileres subvencionados por el gobierno o alguna entidad para poder utilizarlos de emergencia hasta que la situación pueda solucionarse.

El tercer concepto sería un cambio de mentalidad de los profesionales de la medicina que ven solo la enfermedad y no a la persona en su conjunto. Aquí la clave sería tener en cuenta los problemas sociales de la persona mayor a parte de los problemas médicos que causan su ingreso; que el equipo médico se sienta parte de la intervención, trabajando conjuntamente e implicándose, en vez de derivar “limpiarse las manos al respecto”. Las acciones que ayudarían a conseguir este cambio de mentalidad del personal médico serían charlas, ponencias o cursos periódicos para la renovación de los conocimientos sobre el maltrato a personas mayores para conocer tipologías, factores de riesgo, etc. Además todos los profesionales que podrían estar implicados dentro de un caso sobre maltrato a personas mayores deberían conocerse, ya que muchas veces el médico no sabe a quién ha de dirigirse.

Conseguir materializar estas tres propuestas de mejora haría que se cambiará la idea actual del maltrato a personas mayores. Los profesionales y la sociedad empezaría a ver el maltrato de personas mayores como un problema bastante común en nuestra sociedad, y no como algo sin importancia.

## **Conclusiones**

Actualmente en nuestra sociedad, la idea actual es no proteger a este sector de población aunque es el sector con mayor número de población en nuestro país. La causa de esta idea podría ser porque ya no son “útiles” en nuestra sociedad y son solo “pensiones que pagar”. Antes eran tesoros que había que conservar porque guardaban los recuerdos, remedios y formas de cómo solucionar algunos problemas. En cambio ahora con el avance de la sociedad, se han abandonado como si ya al cumplir cierta edad o tener alguna dependencia hicieran que no fueras persona útil de una sociedad, convirtiéndose en una carga o responsabilidad de sus familiares más cercanos.

Esta investigación no solo ha servido para sacar a la luz las pocas investigaciones al respecto, ni el protocolo que no hay dentro de Hospital Universitario de Son Espases, conocer las barreras profesionales a la hora de detectar y notificar; sino que también ha servido para visualizar la poca sensibilización del tema, como personas. Hemos abandonado a nuestros mayores, nadie les protege; porque si sus propias familias no les dan esa protección y cuidado como décadas atrás se hacía ¿Quién lo va hacer? No hay las medidas adecuadas para hacerlo por parte del tercer sector. La sociedad al mirar para otro lado y no querer darse cuenta de la situación actual, y el gobierno el cual no protege con la misma intensidad que a otros colectivos vulnerables (como es el caso de menores y mujeres maltratadas), están a su vez maltratando a las personas mayores, independientemente de las situaciones individuales que ya muchos de ellos pueden estar sufriendo.

Pero poco a poco hay un pequeño intento de despertar ante la situación de las personas mayores ante el maltrato, este empuje ha de ser liderado por el cambio de mentalidad constante de los profesionales que han de detectar estas situaciones. De tal manera que se dé a conocer mediante los medios la situación en la que se encuentran este colectivo y los pocos recursos que hay al respecto. Este cambio de mentalidad que se inicie en los profesionales y acabe en los ciudadanos de nuestra sociedad hará que se creen medidas de protección y de prevención para que de manera fácil se detecten estos casos y se intervenga de la manera más rápida posible, teniendo en cuenta el bienestar de la víctima de malos tratos.

Por otro lado, han surgido ciertas limitaciones para la realización de esta investigación, que sin ellas habrían ayudado a hacer un trabajo mucho más exhaustivo. Una muestra más grande para realizar las entrevistas, nos darían más resultados y de forma más diferente dependiendo del número de extensión de la muestra. Además también daría más información si fueran de diferentes hospitales de la isla, con las cualidades de cada municipio y sus respectivas necesidades.

También el tiempo ha hecho que el contexto, en donde se realiza la muestra y la investigación, haya sido más acotado. Con más tiempo de elaboración se podría haber extendido a otros ámbitos de salud como los centros de salud de atención primaria.

Como limitación personal del alumno es el desconocimiento de otras lenguas, ya que la búsqueda de investigaciones ha sido solo en inglés, ya que en español había insuficientes fuentes sobre el tema a investigar. Si se hubiera ampliado a más idiomas, habría más estudios con los que comparar las barreras profesionales del trabajador social a la hora de detectar y notificar los maltratos a personas mayores.

Esta investigación es solo la punta del iceberg de un campo en el cual se podría investigar mucho más, porque prácticamente no hay nada. Por eso de cara a futuros trabajos de investigación relacionados con el tema sería interesante poder realizar una diferenciación de la detección y notificación de malos tratos en personas mayores, entre los centros de atención primaria (centros de salud) y los centros especializados (hospitales). Así se puede conocer las diferencias de coordinación y protocolización en el proceso.

## **Referencias bibliográficas**

- Ames, D., Cooper, C., Cortes-Simonet, E. N., Dow, B., Ellis, K., Hempton, C., Koch, S., Livingston, G., LoGiudice, D. & Mastwyk, M. (2011). Contrasting perceptions of health professionals and older people in Australia: what constitutes elder abuse?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 466–472. doi:10.1002/gps.2549
- Bachuwa, G., Evans, J., Jackson-Johnson, V., Michigan, F. & Taylor, K. (2006). Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *Journal of the National Medical Association*, 98(3), 403-404
- Barbero, J. B., Barrio, I. M., Gutiérrez, B., Izal, M., Martínez, A., Moya, A., Pérez, G., Sánchez del Corral, F. & Yuste, A. (2005). *Malos Tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO.

Cooper, C., Dow, B., Hay, S., Livingston, D. & Livingston, G. (2013). Care workers' abusive behavior to residents in care home: a qualitative study of types, barriers , and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously. *International Psychogeriatrics Association*, 25(5), 732-741. doi:10.1017/S104161021200227X

Cooper, C., Livingston, G. & Selwood, A. (2009). Knowledge, detection and reporting of abuse by health and social care professionals: a systemic review. *American Journal Geriatry and Psychiatry*, 17(10), 826-838.

Daly, J. N., Jogerst, G. J., Rosenbaum, M. E., Schmeidel, A. N. & Schmuck, G. A. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(1), 17-36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y Organización Mundial de la Salud. (2006). *Aportación española a los avances internacionales en la aportación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-informemaltrato-01.pdf>

National Center of Elder Abuse. (s.f.). Types of Abuse. Recuperado de [http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type\\_Abuse/index.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx)

Organización Mundial de la Salud, Universidad de Toronto, Universidad Ryerson & Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez. (2002). Declaración de Toronto: La prevención global del maltrato a personas mayores. Recuperado de [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf)

## **Anexos**

### **Entrevista a los profesionales**

Las siguientes preguntas son las que se realizarán a los profesionales que componen la muestra de la investigación. Además a causa del ritmo de las entrevista pueden surgir otras preguntas para completar información o para aclararla. Como se comenta en el apartado de metodología no se darán nombres de los profesionales, sino el lugar del hospital donde trabajan.

- 1- ¿A lo largo de su vida profesional ha detectado y notificado algún maltrato a personas mayores?
- 2- ¿En el que caso que lo haya hecho cual fue el proceso? (detección, notificación, investigación, implicados, etc.)
- 3- ¿Existen protocolos para guiarse en ese proceso?
- 4- ¿En el caso que no lo haya como se pudo saber cómo realizar la detección y notificación del maltrato?
- 5- ¿Qué barreras hay por parte de las posibles víctimas para detectar y/o notificar?
- 6- ¿Qué barreras puede haber detectado por parte del resto de profesionales que interactúan en la situación?
- 7- ¿Qué barreras se ha podido encontrar por parte de la familia de la paciente a la hora de detectar y notificar?
- 8- ¿Qué mejoraría de la relación con otros profesionales para poder llevar a cabo una detección y notificación sin problemas?
- 9- ¿Cree que el resto de profesionales que saben detectar el maltrato a personas mayores, conocen sus tipologías y a quien dirigirse para una posible notificación?
- 10- ¿Qué mejoraría en la relación con los pacientes para detectar de forma más rápida?

### **Transcripción de la entrevista a la trabajadora social de la planta de neurología del Hospital Universitario de Son Espases.**

Entrevistadora: ¿A lo largo de tu carrera profesional has detectado o notificado algún maltrato a personas mayores?

Trabajadora social: He detectado aunque no he notificado, es decir lo he detectado, he hablado con la familia, he hablado con los profesionales, he planteado la situación a los familiares de que es lo que está pasando, pero no he llegado a tener que notificarlo a nivel jurídico.

Entrevistadora: y ¿Por qué?

Trabajadora social: Porque no he tenido la necesidad. O el paciente o bien por un fallecimiento o bien porque se haya trasladado o bien porque la situación se haya solucionado o por vía de la red que teníamos en sanidad. Entonces no ha habido necesidad por seguimiento de profesionales. No ha habido necesidad de ponerlo en marcha. Ha sido cuando se le ha planteado a la familia lo han aceptado son conscientes y se han puesto las medidas.

Entrevistadora: ¿Cuál es el proceso desde que te viene el paciente o te avisa un profesional (médico o enfermera), vemos que hay signos de que...?

Trabajadora social: A veces vienen con una sospecha pues porque detecta que, bueno la señora viene manifestando que sufre malos tratos al moverla o al hacerle la higiene personal,

es una situación de rentabilidad por parte de un hijo, de un cuidador, etcétera. Es difícil poder comprobarlo, normalmente desde el hospital es muy difícil comprobarlo puesto que no tenemos la herramienta para ir a domicilio, cuando contactamos con los profesionales a domicilio aun nos dicen que claro como los pacientes los tenemos aquí ya no lo pueden ver y si previamente no lo han visto. Pero en caso por ejemplo de un abandono de higiene, de alimentación, deshidratación de la paciente que si se detecta como un caso de un paciente que estoy viendo ahora que es muy palpable y los profesionales lo ponen en conocimiento pues intentamos hablar con todos los profesionales y con la familia que hasta ahora me lo están negando y creo que lo están viendo como una situación normalizada, la falta de higiene, como que es habitual, también se ve en la familia, entonces por ahí empiezo a contactar, si no lo hace con un parte judicial el médico desde urgencia porque no lo cree necesario o no ve que es para tanto aunque ha detectado desde urgencia la falta de abandono y tal, pues estamos mirando primero con la familia antes de ponerlo a nivel judicial.

Entrevistadora: Cuando ya se ha hablado ya se pone un parte de forma judicial...

Trabajadora social: Si consideramos por ejemplo la familia hasta ahora la familia con la que he hablado se le ha dicho lo que se ha visto porque es algo constatable y además hay testigos. Entonces si ella por ejemplo hasta ahora con los que he hablado pues lo han reconocido, que sí que a lo mejor está un poco abandonado pero no son tan conscientes como lo soy yo, como lo son al resto de profesionales de que esa higiene tiene que ser así. Lo ven o lo están viendo como muy habitual. De hecho se ha detectado que la falta de higiene también estaba por parte de los cuidadores. Entonces estoy hablando con el resto de profesionales porque hay enfermeras que han intervenido en domicilio y que han visto..., no llega a ser un síndrome de Diógenes pero sí que está habiendo un cúmulo de suciedad y de cosas en casa y me queda que hablar con diferentes profesionales y con el resto de familiares. Si aun así ellos se resistieran o lo vieran como una situación de agresividad o me encaran entonces sí que lo pondría en conocimiento a nivel jurídico de la situación. Pero cuando hay una aceptación e intentan cambiar esta situación y hay un seguimiento por parte del centro de salud de que eso se ha cambiado, realmente no llegamos al tema jurídico

Entrevistadora: No se llega a ese extremo...

Trabajadora social: No, claro porque a veces no podemos confirmar. Este caso porque es un caso de higiene, pero a veces no podemos confirmar los malos tratos si no viene amoratada. O puede ser por caídas,...

Entrevistadora: Maltrato psicológicos, económicos,...

Trabajadora social: Ya, pero a veces es muy difícil. A veces por una demencia del paciente, a veces por que los golpes son motivados por caídas, es muy difícil constatarlo. Sobre todo si la familia lo está negando o sí no la ves. Es difícil ponerlo en plan jurídico porque es poner en alarma o a una señora denunciarla cuando no tenemos..., primero el juez tiene que ver algo.

Entrevistadora: En parte de lesiones...

Trabajadora social: Si algo que vea, realmente eso tiene que ver una solidez en lo que nos estemos basando. Y es muy difícil y si en el tema de malos tratos si no hay hechos no pueden constatar...es muy difícil

Entrevistadora: ¿En cuanto a protocolos, aquí y ahora?

Trabajadora social: No tenemos ninguno.

Entrevistadora: No hay ninguno, ¿Y no sabes si se está elaborando por parte de dependencia, del IMAS,...?

Trabajadora social: Que yo sepa no. Si existen en otros hospitales es posible pero nosotros no tenemos.

Entrevistadora: ¿Y no hay una mentalidad de realizar uno?

Trabajadora social: De hecho se presentó el viernes pasado por parte del IMAS, una situación de... Querían poner en marcha llamando a varios profesionales para que intervengamos sobre el tema de los malos tratos a mayores, se quiere poner en marcha pero llamando a gente de diferentes profesionales entre ellos de sanidad también a ver que se puede hacer.

Entrevistadora: Es una idea, está un poco verde la cosa por lo que estás diciendo...

Trabajadora social: Bueno yo no pude ir, no nos invitaron. Eso fue hace dos viernes no nos invitaron, luego nos enteramos que se hizo pero bueno está ahí. Se quiere hacer algo pero bueno.

Entrevistadora: ¿Qué barreras puedes ver por parte de la víctima a la hora que vas a detectar y notificar?

Trabajadora social: ¿Por parte de la víctima o de la familia?

Entrevistadora: De la víctima.

Trabajadora social: Miedo. A veces tienen miedo porque los propios maltratadores son sus hijos o personas muy allegadas. Miedo al cuidador por las represalias y miedo a los hijos por cariño y amor, ellos no manifiestan.

Entrevistadora: ¿Y por parte de los profesionales a la hora de detectar?

Trabajadora social: Bueno por parte de los profesionales si es un caso evidente como este caso por higiene o por deshidratación o malos cuidados y tal, sí que lo dicen porque son ellos los que asumen la higiene y el cuidado. Si es porque están detectando “parece, parece”, te comentan “hay sospechas”. Pero claro ellos no se implican, aquí de denunciar solo o hace un parte judicial el médico o somos nosotros que esto los enfermeros difícilmente manifiestan. Ellos no tienen problemas de manifestarlo es que a veces no tienen hechos, son sospechas o casos como este que son de higiene.

Entrevistadora: ¿Y en cuanto a las familias?

Trabajadora social: La familia lo niega. La familia es una negación. Si no hay un posible culpable o un chivo expiatorio a quien echarle las culpas es una negación.

Entrevistadora: Eso os impide poder....

Trabajadora social: Sí, de hecho yo tengo una información ahora del centro de salud de algo que haya en domicilio que la familia para nada, ni el hijo ni la cuidadora me ha manifestado que la casa está limpia y esta cuidado, pero sin embargo hay una sospecha de síndrome de Diógenes y acumulación de suciedad por parte de enfermería del centro de salud.

Fíjate tú que hay contradicción, además yo veo la suciedad en ellos.

Entrevistadora: ¿Y qué mejorarías de la relación con otros profesionales para poder llevar a cabo una detección y notificación sin problemas?

Trabajadora social: a comunicación. Es decir pero no la comunicación verbal sino a través de internet, desde nuestro sistema de registro en el cual yo pudiera ver claramente lo que está pasando. Yo no tengo acceso, yo he sabido de estas notas a través de la información que me han dado por vía telefónica pero yo no puedo acceder a las notas de primaria y sé que esta nota estaba.

Entrevistadora: Sería bueno desde primaria tu poder ver que es lo que se está...

Trabajadora social: Si, qué es lo que está pasando con esta señora porque había notas de enfermería que decía como estaba de sucia la casa. Nos falta eso una fluidez de comunicación y que no sea tan enredoso como lo hacemos aquí. Llamar y no encuentro y ahora volver a llamar, sabes esto de... tú lo sabes porque has estado aquí de cuánto tiempo tardas en localizar a un profesional...

Entrevistadora: Tardas un par de días.

Trabajadora social: Exacto son horas. A mí me es enredoso y yo aquí tu sabes que el tiempo esta contado. Yo lo que quiero es abrir y ver esto tal como me lo ha hecho desde aquí una profesional que tiene acceso, que es la enfermera de enlace ha sabido las notas que ha habido en primaria

Entrevistadora: A lo mejor una coordinación entre primaria y especializada.

Trabajadora social: Claro algo fluido, que nosotros podamos acceder, nosotros ya hemos visto las notas y ya no tengo que llamar. Si quiero ampliar, si no lo entiendo y quiero ponerme en contacto, sí que hablo con ella pero que yo ya vea esa nota y no tenga que estar esperando.

Entrevistadora: y en cuanto a los profesionales del hospital, ¿Es necesaria más coordinación?

Trabajadora social: Si sobre todo no por parte de enfermería y nosotros ya que la comunicación es buena, nos llaman y tal. Sino un protocolo, como de menores, pues un protocolo de mayores que pudiéramos ver cuando se detecta esto pues saber que se ha de hacer. Llamar a, hacer parte judicial y poner en conocimiento de asesoría jurídica. Este protocolo nosotros intervenimos como trabajadora social pero no que asuma en nosotros todo. No que ahora mismo asume la responsabilidad de valorar, de si decidimos si lo ponemos en conocimiento del juez, de que enviamos, de poner ir al domicilio sin ver la información ya que no puedo ver completamente.

Entrevistadora: Prácticamente todo el trabajo lo hacéis solas en ese sentido. Cuando el médico o la enfermera os dice creemos que puede haber esto a partir de ahí todo el trabajo lo hacéis vosotras. ¿No hay un trabajo interdisciplinar, en conjunto?

Trabajadora social: No. El médico dice “yo he visto que huele mal que esta señora” enfermería dice “yo la he duchado” y ahora vienen los hijos y a mí me toca hacer la valoración contactar con los profesionales, hablo con la familia les pongo como está la situación y si yo decido que al final... pues tengo que ir a nivel jurídico. Pero este protocolo seria vía desde urgencias, llega así, se hace parte judicial, pasa la enfermera a la trabajadora social y de la trabajadora social a la asesoría jurídica. Y no tener yo que asumir un montón de cosas que... mi trabajo hasta donde llegue.

Entrevistadora: ¿Qué mejorarías con la relación con los pacientes para que sea más fácil la detección de estos maltratos?

Trabajadora social: En cuanto a que...

Entrevistadora: En cuanto a la relación, que sea más fácil que verbalice...

Trabajadora social: El tiempo y el espacio. El tiempo en cuanto tiempo que tengo para intervenir, no sabemos cuánto va a durar el ingreso porque aquí se nos va cuando deciden los médicos y más interviniendo, yo no puedo hacer una planificación de hacer una reunión familiar cuando sé que a lo mejor hoy mismo se me va el paciente. Entonces no puedo hacer un plan de trabajo, cosa que en otros sitios si se puede hacer porque hay más tiempo y el ingreso es más largo y luego el espacio, un sitio donde pueda reunirlos y estar. Entonces evidentemente el tiempo y el espacio. Yo ganarme la confianza del paciente y la empatía para que él se abra a mi necesita tiempo. Ni dispongo de tiempo ni sobre todo, no solamente yo como profesional sino que el paciente no dispone de tiempo de estar aquí, de permanecer ingresado

Entrevistadora: Por lo que he visto otra barrera profesional es si el medico dice que le da el alta y muchos aspectos sociales no están cubiertos...

Trabajadora social: Tiene su continuidad en o el centro de salud o en hospital socio sanitario. Somos un hospital de agudo, hay que entenderlo así hay cosas que no podemos hacer precisamente porque somos un hospital de agudos y entendemos cual es nuestro centro de trabajo, nuestro sitio, nuestra función y entonces un hospital de agudos hay cosas que no puede manejar. Manejamos la urgencia, un momento puntual de lo que está pasando, ¿Entiendes? Pero es un hospital de agudos y hay que entenderlo. Y los profesionales de aquí lo entendemos. Por eso nuestro trabajo siempre es en contra reloj

Entrevistadora: ¿Crees que el resto de profesionales que sabe detectar un maltrato a personas mayores conocen todas las tipologías?

Trabajadora social: No, yo creo que no. Porque el físico y el psicológico si aparentemente si un abuelo tiene miedo y cuando ve al cuidador y tal a veces enfermería lo detecta pero a veces enfermería por su dinámica no lo detecta, piensa que no conocemos al paciente no sabemos cómo es previamente; una persona aprensiva, no lo sabemos. Es muy difícil el psicológico detectarlo y el físico, ya te digo, en el caso de las personas mayores, las caídas son frecuentes y además los moratones por su tipo de piel y tal, es muy aparatoso, a lo mejor se ha dado un golpecito y se ha marcado todo el brazo. A veces parece maltratos pero son caídas y golpes que se dan.

Entrevistadora: ¿Crees que se necesitaría instruir a los profesionales de vez en cuando como pequeños cursos a cómo detectar el maltrato a las personas mayores?

Trabajadora social: Hombre siempre el reciclaje en todos los aspectos es necesario y van muy bien para que te recuerden, te refresque formas, construir el protocolo a nivel de hospital, etcétera. Y que este enganchado con toda la red, eso siempre está bien y siempre es adecuado.

Entrevistadora: Porque de niños pequeños todo evoluciona muy rápido, se va reciclando. Pero en cuanto a personas mayores todo está muy nuevo, que está empezando las cosas a salir ahora.

Trabajadora social: Claro es ahora que se habla mucho del maltrato al mayor, porque con los niños estamos más sensibilizados. Pero con los mayores no y los hay en residencia y los hay en domicilio, por parte de familia, por parte de cuidadores y por parte del propio sistema que no da soporte a un mayor que esta solos en casa, o sea eso ya es un maltrato. Dejamos solo a un mayor porque no dispone de recursos y se está lavando solo y se cae. Es que ya el propio sistema hace un maltrato con el mayor ¿Entiendes? Entonces hay que cambiar muchas cosas y el mayor siempre estaba incluido en la familia y era una persona con un carisma y una personalidad y que se respetaba. Hoy en día la persona mayor no se le respeta, hoy en día es un lastre, es una persona que no se tiene en cuenta su opinión y cuando se habla ni se le escucha. Cuando antes era un árbol de sabiduría, ya empezando por ahí tendríamos que cambiar muchos temas

Entrevistadora: ¿No ha habido ningún protocolo por parte del IMAS, pero por parte del hospital ha realizado en sí?

Trabajadora social: Porque no tenemos ninguno de ningún tipo. No hemos tenido el tiempo. A nivel de enfermería no sé si se habrá hecho nada pero no hay nada que cuente con nosotros. Ni la unidad, ni el tiempo para decir nos tenemos que poner ni un grupo de docencia que diga como lo hacemos, etc.

Entrevistadora: El protocolo que hay es; lo detecta el medico lo deriva a la trabajadora social y ella sabrá lo que tiene que hacer...

Trabajadora social: Y yo me apaño sola. Yo la una y la otra, nos apañamos solas. Y también el profesional interviene lo que quiera implicarse.

### **Transcripción de la entrevista a la trabajadora social de la planta de neumología de adultos del Hospital Universitario de Son Espases**

Entrevistadora: Al llarg de la teva vida professional, has notificat algun maltracte a persones grans?

Trabajadora social: No.

Entrevistadora: ¿Tampoc a Son Dureta?

Trabajadora social: Detectat a lo millor si però denunciat no. Perquè tampoc hi ha molta, ara comença sa gent a fer ses denuncies però com a lo millor el maltracte infantil el tenim com més arraigat i sí que està més avesat i ho tenim molt clar els professionals. Però clar les persones majors a tercera edat no ho tenim tant arraigat. Ara es comencen a fer unes primeres denuncies.

Entrevistadora: ¿Però qual hagués sigut el procés de detecció des de que tu saps que hi ha mal tracte o des de que et crida el metge fins que es denuncia sa sospita?

Trabajadora social: Lo primer és saber els suports que té familiars d'aquesta persona i de qui a rebut es mal tracte i si hi ha qualche familiar que és un protector, familiar de convivència, també depèn de qui dels quals és el maltractador si viu amb ell o no. Fer una valoració de sa situació sociofamiliar d'aquesta persona. Si hi ha, per part de l'hospital, maltractes físics es gestiona el part de lesions al jutjat de guàrdia. I després depèn de la situació, si aquesta persona, la persona que la maltracta viu amb ella, s'ha de cercar un altre tipo de recurs i si és un altra persona de sa família o externa i que sa persona major està protegida se'n va a casa seva i torna al seu domicili s'espera al jutjat que és lo que diu.

Entrevistadora: En el cas, per exemple dels infants hi ha molt de recursos per part de protecció, ¿En cas de persones grans?

Trabajadora social: Jo crec que es pot fer una prioritat social per al maltracte. Hi ha les residències públiques que en cas de què la persona major està en una situació de risc se pot demanar una prioritat social o també pot ser que el jutge determini que no pot estar en el seu domicili i ha de estar en una residència.

Entrevistadora: ¿Quines barreres pot haver per part de ses possibles víctimes per detectar i notificar aquest maltracte?

Trabajadora social: Perquè a vegades tenen tendència a protegir a sa persona maltractadora que pot ser s'home, el fill o una filla. Tenir por perquè ells de qualque manera depenen d'aquesta persona. Sa persona a lo millor es ambivalent, que les ajuda per una banda, les cuida o viuen amb ells, de qualque manera se senten que algú fa algo per ells i per una altra banda els maltracten. Ser una persona vulnerable i no té més recursos que sa persona que té allà pues, té tendència a aguantar. Quan la cosa és evident s'atén bé pel centre de salut o bé perquè ingressi en un hospital. Però clar la diferència entre els nins i ells, els nins en un temps donat van a una escola, tenen una xarxa més social més externa i una persona major a la millor, si no és una persona que tingui molt de vincles externs; que tingui amics, que vagi a centres de tercera edat o centres de dia, està més a domicili per lo qual és molt més complicat que surti a la llum es maltracte.

Entrevistadora: ¿Quines barreres pot haver per part de la resta de professionals que interactuen en una situació de maltracte, qué s'ha detectat un maltracte?

Trabajadora social: Sa gent major se suposa que al ser una persona adulta té més eines de defensa, se pot defensar mb sa paraula o amb lo que sigui. Un nin, tenen molt clar que és una persona indefensa, si tu no la protegeixes ell no se pot protegir i l'has de protegir tu de qualque manera. Una persona adulta si no té cap problema mental o cap demència, que això és un altre, que està en condicions normals és una persona que en teoria se pot defensar tot sol. I si la persona major oculta, perquè depèn de aquesta persona o perquè li fa pena o per lo que sigui, tu no pots obligar a Aquesta persona a fer una denúncia. Pots treballar amb ells per a què vegi que hi ha un maltracte i convindria denunciar i atrevir-se, és un moment de la seva vida molt vulnerable, més dependent.

Entrevistadora: ¿En tot aquest treball hi ha qualsevol professional que te pot impedir o que te costi més treballar amb l'equip d'un hospital?

Trabajadora social: Sí, a l'hospital és molt difícil, perquè o ha de ser unes lesions o un maltractament molt evident i que vulguin fer denuncia, perquè clar. El que fet que se faci denuncia a un hospital per mal tractes; si són físics, està molt clar, perquè hi ha un part de lesions però quan és un maltractament psicològic o alguna sospita de mal tractes o que la persona major t'ho verbalitzi, ha de ser la persona que ho faci. També els professionals no s'enganxen un poc les mans, amb què m'afer. Estem xerrant de què si està a urgències, els altres professionals diran que no poden fer res, que està mal fet. Distint és quan una persona ingressa a una planta i a lo millor se pot treballar més amb el temps, depèn de quines especialitats són més sensibles en aquesta situació, com neurologia, medicina interna. Estan més vinculats a sa part social i poden entendre molt més que és un maltractament, depèn dels professionals. Per jo això també és un maltracte professional, si no sé sap que té suports familiars almenys m'ho derives a jo. També hi ha el maltracte institucional sobretot a la gent major, que a vegades se tracta sense respecte. Pareix que a una certa edat com ets més

indefens, sa gent que està defora s'aprofita d'aquesta indefensió de qualque manera inconscient. Jo ho he vist «cállese, que está dando por saco todo el día», estem xerrant en general. Tant en un hospital com en una residència.

Entrevistadora: ¿I per part de les famílies, barreres que pots trobar a l'hora de detectar?

Trabajadora social: Hi ha moltes vegades un pacte de silenci. També depèn, per una banda pot haver pactes de silenci, per altre una inconsciència de maltracte sobretot els verbals, perquè els físics són molt evidents, a part quan són psicològics són molt difícils de controlar i també normalment hi ha problemes socials o econòmics i famílies per suposat quan hi ha aquest seu entorn que passa que a vegades hi ha molt de casos que en vist que a lo millor degut a que sa família o sa filla viu de sa pensió de sa mare perquè no tenen cap ingrés econòmic, no li toca més nassos que anar a viure amb sa padrina o amb sa mare o han decidit cobrar-la per poder cobrar. Però com és per la seva pròpia voluntat i no saps si ho fan per obligació, la persona major diu que bé que estic acompanyada però per una altra banda és el seu fill o la seva filla que el vol ajudar. No ho veu perquè va per lo altre, clar i des de que no ho veu com una obligació, els cuidats no són els adequats.

Entrevistadora: ¿Què milloraries en la relació amb altres professionals per poder dur a terme una detecció i notificació sense problemes?

Trabajadora social: Lògicament una coordinació, quan a lo millor un treballador social o un altre professional detecta se tindria que posar un protocol en marxa i un mecanisme de defensar a aquella persona. Des del moment que tothom tingues molt clar lo que és un maltracte seria molt més fàcil si tinguessis que lluitar contra uns altres professionals.

Entrevistadora: Llavors ara mateix no hi ha un protocol que te dicti que s'ha de fer, igual que a infantil sí que n'hi ha...

Trabajadora social: No, però és vera que ara s'està començant a moure des de IMAS, que no comencen a fer protocols però se que hi havia fa quinze dies una reunió. S'estan movent des de dependència. Però que estigui això imposit, totes les institucions i els professionals féssim un canvi d'actitud davant això, jo crec que passarà estona no és tan fàcil. De totes formes, a vegades, ho tenen tot molt més integrat als centres de salut, que el metge de capçalera coneix a aquella persona i sa relació pacient i metge és un altre; és més propera, coneixes aquesta persona, fa anys que la duen. Llavors allà sí que poden detectar més coses que quan venen a un hospital puntualment.

Entrevistadora: ¿Creus que tindrien que fer ensenyar teoria als professionals de l'hospital per aprendre quines tipologies hi ha i com detectar-les?

Trabajadora social: Seria una utopia, però sí. Des del moment que son hospital d'aguts aquestes coses són secundaries. Aquí se prioritza la malaltia. Fixat que aquí quan hi ha un maltracte físic se deriva tot duna al treballador social. No te criden per dir: ¿què hem de fer? T'ho passen a tu: "sa padrina diu que es seu fill la té en el llit fins a les dotze del migdia" te diu el metge. Després això és pel treballador social, no si implicant ells a més.

Jo crec que encara que sa professió de medicina està més vinculada a veure malalties, encara a veure a una persona i no una malaltia encara no està molt arrelada a ses carreres. Des del moment que no facin aquest canvi, se lis passen, que no detecten aquestes coses.

Entrevistadora: ¿Què milloraries de la relació dels pacients per detectar aquestes situacions de maltracte?

Trabajadora social: Inclús el propi pacient t'oculta el fet de que hi ha un maltracte perquè té por a tenir més represàlies, té por a què es seu familiar li pugui passar qualque cosa per sa seva culpa, se sentí inclús culpable i per una altra banda a no haver molt de recursos que te puguin raspallar també t'ho posa malament perquè clar, si tu agafes i una persona te maltracta psicològicament o el que sigui, i resulta que fas una prioritat social però sa prioritat no t'arriba. Aquesta persona està donada d'alta, i s'ha d'anar a casa i no pot estar tota sola, ¿què fas? Vull dir, és ètic pensar que estigui amb aquesta persona, no li pega però la té fins a les dotze en es llit, és ètic que se'n vagi amb aquesta persona que no la cuida bé, però és ètic que se quedi tota sola. Pots cercar un treballador familiar, pots cercar qualque recurs que mínimament d'urgència, però no tindria que ser així. En menors, si hi ha un maltracte a casa al menor se retira de la seva família. Una persona major el funcionament no és el mateix, no tens aquest recurs, ràpid de dir. Pots demanar prioritat social, una treballadora familiar per a què almanco vagi a ca seva per controlar un poc la situació per a què vegi que aquesta no vagi al seu aire. Això fa que a vegades el pacient te ocultí informació respecte a la persona que fa el maltracte.

Entrevistadora: La relació pacient hospital és molt ràpida, és difícil crear una relació amb el pacient per a què te conti...

Trabajadora social: Clar, ha de ser molt evident. Els recursos primaris són molt més idonis que no nosaltres, perquè estan en el barri, poden conèixer per una altra situació, poden anar al domicili, poden fer un seguiment més continu, com nosaltres no.

Pensa que nosaltres som especialitzada. Ve molt fotut, amb una pallissa, llavors aquí sí que pots fer, perquè és molt evident però una cosa que tu puguis sospitar, si no sorgeix durant un ingrés o que t'ho verbalitzi...

Entrevistadora: O que t'ho verbalitzin els serveis socials...

Trabajadora social: Sí, els serveis socials amb la coordinació però a vegades no ens arriben les demandes dels professionals. No t'ho verbalitza el pacient, el professional tampoc perquè a lo millor no ho sap. Tu t'enteres o bé perquè sa persona t'ho ha dit o bé perquè el professional que el du t'ho ha dit o bé perquè algú t'ho diu d'afora.

Es vera que no coneixen molt bé aquesta persona, i a lo millor la persona major també pot dramatitzat o augmentar per fer mal a sa altra persona. Que una persona major te digui "sa meva filla cada dia m'insulta" pot que sigui veritat. En principi no tens per què pensar que no, però també ha sorgit que la persona major que ha estat "tela". Ho has de comprovar i no és tan fàcil. Es vera que des de primeres no pots pensar així, però hi ha coses evidents que te fan dubtar, per això hi ha l'entrevistat i per això hi ha certs dies de proves mèdiques. Per a això està el jutjat i presentar-li. Tampoc pots jutjar a una persona lleugerament.

Entrevistadora: Creus que amb la realització d'aquest protocol que mencionaves abans anirà cap a un canvi de tots els professionals.

Trabajadora social: És una manera de començar a fer-nos una idea de què això també existeix que hi ha maltracte a sa gent major. Cada vegada com sa societat canvia abans les dones no treballaven i feien més càrrec dels seus pares però ara la dona fa feina no té temps de cuidar als seus pares perquè també té unes càrregues familiars. Clar, i està més abandonat, també s'abandonament també és un tipus de maltracte. Sa societat està canviant i ens dediquem més als suports socials; com pot haver als països nòrdics, que hi ha molta gent major tota sola i

dedicar el suport social al domiciliari. Sa societat està canviant i lo que no està canviant és els nostres costums.

### **Transcripción de la entrevista a la trabajadora social de la unidad de urgencias, traumatología y oncología de adultos del Hospital Universitario de Son Espases.**

Entrevistadora: ¿A lo largo de tu vida profesional has detectado y/o notificado un maltrato a personas mayores?

Trabajadora social: Si.

Entrevistadora: Solo detectado o también notificado, como el parte judicial...

Trabajadora social: El parte judicial lo hace el médico. Dar parte al juez o hace el médico. Es al médico al que realmente tú le dices “yo creo que aquí hay un maltrato, tendrías que dar parte al juez”, entonces él pone las lesiones que ve luego ya el juez decide.

Entrevistadora: ¿Existe algún protocolo de malos tratos a personas mayores?

Trabajadora social: Aquí no, es que el maltrato a personas mayores está tan poco visible. Mucha gente en cuanto la tocas muchas veces se hace morados, luego hay demencia, después acusan algún hijo y a lo mejor no es verdad. Es muy difícil de diagnosticar un maltrato a personas mayores. Teóricamente el hecho de no estar bien cuidada es un maltrato, pero es que a lo mejor culturalmente tampoco saben. Son gente muy primaria, y te encuentras con gente que para ella que su madre lleve las uñas hechas polvo no es un maltrato o que vaya sucia. Entonces muy difícil de saber si es un maltrato o no.

Entrevistadora: Si no hay un protocolo ¿Cómo os coordináis con el médico, enfermería y vosotros?

Trabajadora social: No hay un protocolo como en los niños, aquí no. En muchos casos que para mí sí que es evidente como el caso de una mujer que estaba en una situación decadente le dije a la doctora que hiciera parte judicial y no lo hizo. Muchas veces dices bueno, no sé, yo ahí he de adjuntar una evaluación social al parte, pero en este caso no hubo.

Entrevistadora: ¿En cuanto al proceso, desde que te viene el medico vemos esto...?

Trabajadora social: Hubo un caso que detectaron maltrato y ya vino aquí con identidad oculta. Es difícil intervenir así, hay pocos casos que yo haya hecho. Por ejemplo la fractura de cadera siempre se hacía parte judicial, ahora lo dudo. Porque podría ser que se rompiera la cadera o porque se ha caído o por que la han empujado, el problema que cuando fallecían había que hacerles autopsia. Ahora no lo sé...porque si no lo ponen ellos en una nota en el millenium yo no puedo verlo. Si te llaman y te dices mira es que vemos un mal cuidado, eso ya es un maltrato. Un mal cuidado de una persona dependiente es un maltrato. Cuando ves maltrato a personas mayores es esto. Igual que en las residencias que las atan sin motivo. Es que si fuera independiente te puede decir es que mi hijo me zarandea o lo que sea, si se puede defender, el problema es que son gente que no se puede defender.

Entrevistadora: Tanto por su edad, como...

Trabajadora social: Como por que no están bien. Una persona con demencia saber si la están maltratando o no es difícil. Tuvimos un caso que servicios sociales denunció a una hija por

maltrato a su madre, pero la cuando sale de aquí que hace, la madre se fue con su hija y no podemos hacer nada...

Entrevistadora: Y aquí no podéis hacer algo, ¿Una prioridad social en residencias?

Trabajadora social: No quiere ir, y si no está incapacitada no. Tú puedes hacer que desde servicios sociales haya un seguimiento pero si la familia dice que no necesita nada, es muy difícil. Y no podrían entrar sin orden judicial, otro caso sería que denuncien los vecinos por malos tratos pero eso ya es más heavy sino...interviene la policía de familia si se entra a domicilio y se ve el maltrato y va a los juzgados. Las líneas están ahí, es muy difícil.

Entrevistadora: Pero el médico lo debe ver y os lo debe comunicar a vosotros...

Trabajadora social: Pero lo tiene que manifestar la persona. Si manifiesta que el hijo la ha pegado ahí sí que el médico va hacer un parte judicial sí o sí. Me llama "a veces" por qué si pasa por la noche ni me entero o fines de semana no me dejan una notita ni hacen un interconsulta pero después subo a planta y te dicen haciendo una interconsulta que es eso que hay un problema familiar y tu ahí ya haces una entrevista. A lo mejor si puede detectar en el centro de salud si va la enfermera a la casa si ve cosas, que puede avisar a la trabajadora social o el médico lo ve muy claro. Pero aquí viniendo una vez de urgencias es difícil, excepto que la hayan apuñalado o le hayan apaleado. Para los malos cuidados no suele hacerse parte judicial.

Entrevistadora: ¿Qué posibles barreras puede haber a la hora de detectar por parte de la víctima?

Trabajadora social: Que tengan demencia, que te pueden decir que les están robando y no es verdad o que tengan Alzheimer o que tengan cosas de estas. Y que ya no puedan expresarse, es como un niño pequeño y le pegan y solo llora no sabe decir que le están pegando. Esa es una de las barreras porque si está bien de la cabeza perfecto pero si no lo están y el problema es ese. Como sabes tú quien tiene razón, por eso el medico cuando digan me han tirado está obligado hacer un parte judicial. Ya después nos llamará e investigaremos.

Entrevistadora: ¿En cuanto a los profesionales a la hora de interactuar con ellos en algún caso de maltrato a un paciente?

Trabajadora social: Los médicos a veces se lo has de decir tú que haga parte judicial sino no lo hacen. Muchas veces ellos lo pasan por alto, sobre todo en urgencias. Si es una persona que viene por contusiones, se puede volver a su casa y se acabó. Tienen una masificación de gente que si tienen que ver entre 300 y 500 urgencias diarias, ellos no están para detectar

Entrevistadora: Y en cuanto a la coordinación si hay un caso...

Trabajadora social: Poca

Entrevistadora: Hacen las cosas que tengan que hacer y te derivan el caso...

Trabajadora social: Sí, te derivan. Hay alguna doctora o doctor que ya te dice me ha ingresado este señor y me preocupa. Porque hay gente que se preocupa, sobre todo en abandonos o gente que vive sola. Pero así coordinación poca.

Entrevistadora: Cuando es el sitio que más debería haber...

Trabajadora social: Ellos van a ver la patología de la enferma y si no tiene nada mandarla a casa, no pierden el tiempo en otras cosas. Algunos si pero la mayoría no.

Entrevistadora: ¿En cuanto a la familia que barreras puede haber?

Trabajadora social: Que haya un maltrato y te mienta, y te diga que no. Te pueden montar la de dios. Porque si le dices a una persona que piensas que a su madre la están maltratando y como sabes si es cierto o no, según quien te puede montar y te pueden denunciar por decirle que la está cuidando mal o que está demasiado sola. Otra cosa sería una claudicación que no sería un abandono sino porque ya no pueden, están pidiendo ayudas y no se las dan y llega un momento que los tratan mal porque ya no saben cómo tratarlos si el abuelo esta agresivo, chillando y todo esto llega un momento que les supera. Después ya está maltrato que sacan el dinero de la abuela, pero maltrato físico de la familia no creo que haya tanto, de género si pero de familia no tanto.

Entrevistadora: ¿Qué mejorarías en la relación con otros profesionales para que se mejore todo esto?

Trabajadora social: A la hora que pasen una cosa de estas, que avisen o que te lo dejen escrito o que te hagan una interconsulta para el día siguiente, que haya más coordinación. Porque ellos van a su bola y no hay coordinación. Ellos no sabe cómo hacerlo además, y como es difícil de detectar tampoco se mojan.

Entrevistadora: ¿Tú crees que debería haber cursos, que se les dé teoría, tipología y como identificarlo?

Trabajadora social: Sobre todo a los médicos. Por qué en la charla de violencia de enero, en la primera, no vino ningún médico, ya en la segunda sí. Pero en violencia de género aunque la mujer no manifiesta que la han pegado muchas veces lo hacen.

Entrevistadora: ¿Y crees que es por esa mentalidad de que el maltrato a personas mayores esta menos controlados...?

Trabajadora social: Pero es por el hecho este de que como son gente que no sabe expresarse o no puede porque la mayoría de gente tiene patologías con demencias es muy difícil.

Entrevistadora: ¿Y no se tiene una mentalidad de hacer un protocolo al menos en el hospital?

Trabajadora social: Yo no sé si los médicos han hecho algo pero creo que no. Yo ya le dije al otro TS que hiciera unas preguntas para el triaje para las personas mayores de riesgo.

Entrevistadora: Pero aunque no sea de forma escrita... algo ha de haber.

Trabajadora social: Sí, ellos saben que han de dar parte al juzgado en el caso que no vean algo que no esté bien.

Entrevistadora: ¿Y en la relación con los pacientes que mejorarías para poder detectar mejor cuando haces la entrevista?

Trabajadora social: En planta ya puedes hablar más veces visitarlos más, pero si es solo gente que va a urgencias y se van de alta, es muy difícil. Haces una entrevista de diez minutos y muchas veces en la cama al lado de 25 enfermos que se enteran de todo con lo cual tampoco te dicen mucho. Pero si ves que te quiere decir algo pero se va de alta lo que tienes que hacer es avisar a tu compañera de centro de salud. Y si puedes pedirle una cita “mire vaya usted a la

compañera del centro de salud para seguir con ella porque conviene, etc.”. Ahí para engancharlo porque tú solo lo vas a ver cinco minutos.

Entrevistadora: Has dicho que la coordinación con los profesionales es escasa, pero con los centros de salud que soléis derivar, ¿Suele ser mucho mejor?

Trabajadora social: Los médicos de cabecera o hay a veces que no se enteran de nada o que no se quieren enterar. Pides a ver si ha intervenido la trabajadora social y no le han pasado el caso y él ha ido veinte veces a domicilio. Y tal como enfermera o médico llamas a la trabajadora social al ver todo eso. Hay otros que no que nos llama la trabajadora social y no dice que nos derivan a tal señor o señora. En todos los profesionales hay de todo, en los nuestros también.

Entrevistadora: al ser un hospital de agudos que solo se mira la enfermedad depende mucho de la continuidad en otros recursos.

Trabajadora social: si va a UVASS ya has visto como es la relación con la familia ya haces una derivación a la del hospital general o lo que sea. Se tiran más tiempo allí y puedes trabajar de otra manera.

Entrevistadora: como hay esa mentalidad de que hay más coordinación entre primaria y especializada...

Trabajadora social: tú puedes derivárselo a la TS del centro de salud, pero si ella no ve nada y la familia no ve nada, va a cerrar el caso. Pero en el hospital de agudos todo es muy rápido, pero si el paciente lo verbaliza o sospecha el medico está en la obligación de hacer parte judicial, que te llamen o no ya es otra cosa.

Entrevistadora: la clave sería que todos estos profesionales cambiaran la mentalidad en cuento a la importancia de...

Trabajadora social: yo puedo dar parte al juzgado, pero ha de haber un parte de lesiones físicas y lo ha de hacer el médico. Pero si el médico no te hace el parte judicial, pues se va a su casa.

### **Transcripción de la entrevista al trabajador social de urgencias del Hospital Universitario de Son Espases y de la unidad de salud mental de un centro de salud.**

Entrevistadora: ¿A lo largo de tu vida profesional has detectado y/o notificado maltrato a personas mayores?

Trabajador social: si he hecho, he notificado a los servicios sociales. Pero no en el contexto hospitalario. A fiscalía a los servicios sociales.

Entrevistadora: ¿Y cuál fue el proceso, cómo te derivaron el caso?

Trabajador social: Normalmente hay una sospecha, me llega a mí del médico de cabecera o de cualquier profesional, yo u otra persona lo confirmamos, se realiza una visita domiciliaria o entrevistas con los cuidadores que ellos reconocen que hay maltrato. Y a partir de ahí se hace informe a servicios sociales para solicitar una intervención y un ingreso en una residencia para a persona mayor u otro tipo de intervenciones.

Entrevistadora: ¿Y aquí en el hospital nunca has detectado ningún maltrato a persona mayor?

Trabajador social: El tiempo que llevo aquí en el hospital, si situaciones de abandono eso es bastante habitual, de falta de cuidados. De un maltrato activo, ahora que lo dices sí, he estado interviniendo en casos sobre todo en urgencias. Entonces si hay denuncia yo me he coordinado con la policía, además de los servicios sociales. Ahora me acuerdo de un caso que vino a urgencias un paciente con la policía porque había ya denuncias previas de malos tratos activos y el cuidador fue detenido y pasa por el juez de guardia, y decide que hace si lo ingresa en prisión o no. Entonces hay que hablar con servicios sociales para saber qué hacemos con la persona mayor, por protección, por lesión o porque tiene otros problemas de salud y el tiempo que está aquí los servicio sociales buscamos una alternativa.

Entrevistadora: ¿Sabes si existe algún protocolo, para seguir un proceso de detección tanto aquí en el hospital como por parte de dependencia y del IMAS?

Trabajador social: uno oficial firmado por las organizaciones, yo no lo conozco. Pero vamos la actuación es muy sencilla, como te he dicho antes confirmar la situación y coordinarse con los recursos y tomar alguna decisión lo que sea más beneficioso para la víctima.

Entrevistadora: ¿Qué barrera por parte de las posibles víctimas que puedas tener a la hora de detectar?

Trabajador social: No, solo las que pongan los que hacen el maltrato. Si un paciente dice que su familia le maltrata pero no tiene ninguna lesión y ninguna evidencia y no hay nadie que pueda confirmar, es complicado.

Entrevistadora: pero a veces pueden negarlo la victima...

Trabajador social: También...

Entrevistadora: Y por parte de los profesionales que trabajas con ellos en la coordinación en las situaciones de maltrato, ¿Qué posibles barreras puedes encontrar?

Trabajador social: no lo sé, no me las imagino.

Entrevistadora: y nunca has tenido problemas a la hora de coordinación o que no te han derivado según qué situación...

Trabajador social: como algo general no. Yo creo que cualquier profesional cuando se detecta una situación así, es alarmante y se da el aviso. Por parte de los profesionales yo no veo dificultades, a lo mejor al principio cuando nadie conoce la situación hasta que la sospecha llega a algún profesional. Pero una vez que se detecta en cualquier centro de salud o servicios sociales todo el mundo toma responsabilidad.

Entrevistadora: Y en cuanto a las familias, cuando tienes que intervenir aquí en el hospital. Les tienes que confirmar que no se está cuidando bien a esta persona mayor, ¿Qué barreras hay?

Trabajador social: Te las puedes imaginar, las familias en general hay de todo. Hay algunas que minimizan, que no reconocen, hay otros que sí, si es más una falta de cuidados, pues hay algunos que te pueden decir no lo sabía o no era consciente, o estamos sobre cargados, necesito ayuda. Yo me encuentro muchos tipos de respuesta hay que no lo reconoce y hay familiares que sí. Pero si es algo crónico, que es algo negligente, es difícil que lo reconozcas que no están haciendo algo correcto. Hace poco me encontré un señor que aparentemente

estaba bien cuidado que vivía con un hijo que no le había sacado a la calle en cinco años, “usted sabe que es una necesidad básica que una persona mayor salga a la calle y que se relacione con otras personas” y no lo acaba de entender, no lo reconocía y aunque hablamos con él unas cuantas veces el cuidador si no lo había hecho en años era porque no veía ninguna necesidad. Cuanto más crónico es, desconocimiento o falta de hábitos de cuidados, más difícil de cambiar.

Entrevistador: Has comentado que no hay ningún problema con los profesionales ¿Entonces no mejorarías nada respecto a la coordinación, que haya una forma directa para...?

Trabajador social: No, yo en tema de coordinación no tengo tanto problema. Lo que falta desde mi punto de vista es más bien recursos, es decir, a mí muchas veces me pasa que una persona mayor en una situación de abandono y que no la cuidan bien en casa y cuando está en el hospital está aquí una semana y luego donde se va? En el hospital general si es una situación crónica, no es suficiente tiempo para cambiar la manera que tienen los hijos de cuidar a su padre o a la persona mayor. Y no hay previstas unas plazas residenciales, esta persona mayor va a ir aquí dos o tres meses hasta que se arregla un poco con los cuidadores y mejorar la atención. Eso sí que hace falta y muchas veces van al hospital General y se quedan allí si no les dan el alta. Un caso que entro por maltrato y la mandamos a San Juan de Dios por ese motivo e incluso hay una orden de alejamiento el cuidador y no puede acercarse a la persona mayor y el cuidador vive en la casa. Claro y si quiere volver a su casa la persona mayor no puede porque está el sobrino. A ver si habría plazas residenciales para casos así. Hay plazas en teoría para gente de palma pero yo nunca las he utilizado.

Entrevistadora: ¿Crees que el resto de profesionales saben detectar el maltrato y las tipologías que hay de maltrato a personas mayores?

Trabajador social: Yo creo que sí.

Entrevistadora: ¿Crees que debería haber cursos en los cuales se renovase conocimiento?

Trabajador social: Sí, pero bueno se hace. En los profesionales que trabajan con personas mayores se hace una formación para detectar los malos tratos. El IMAS hace esos cursos, también la gente que trabaja en residencias y dan muchas formaciones. Y para evitar el maltrato dentro de la institución serán auxiliares o un propio familiar.

Entrevistadora: ¿Qué mejorarías en la relación con los pacientes para poder detectar este maltrato?

Trabajador social: Depende la actitud del paciente y de las familias. Y si tenemos una actitud de escucha y la persona no se sienta juzgada ayuda a la hora de tener enfrente a un sospechoso de malos tratos o actitud negligente lo mejor es no entrar a saco. A lo mejor fue una persona maltratada por la persona mayor, tener un poco de empatía y que cuenten información. Esto es lo que hago con cuidadores sospechosos en una entrevista. Tener una actitud receptiva.

Entrevistadora: Y con la victima ya que también tienes una entrevista con ella ¿Cómo lo haces para que sea lo más cómodo posible y te cuente toda la verdad?

Trabajador social: También depende el estado psicológico del paciente. Transmitirle seguridad, que sienta que le vas a proteger y a cuidar, que si nos cuenta esto es para ayudarlo para ofrecerle protección. Transmitirle este mensaje; de que se le puede ayudar, que hay alternativas. Muchas personas mayores piensan “para que te cuento todo esto si total me voy a ir a casa otra vez y voy a vivir la misma situación” entonces ya es peor porque dicen “ se van

a enterar mis hijos, que yo he dicho esto y va a ser peor”. Hay que estar seguros de que se puede hacer algo, que se le puede derivar, garantizar la confidencialidad.