

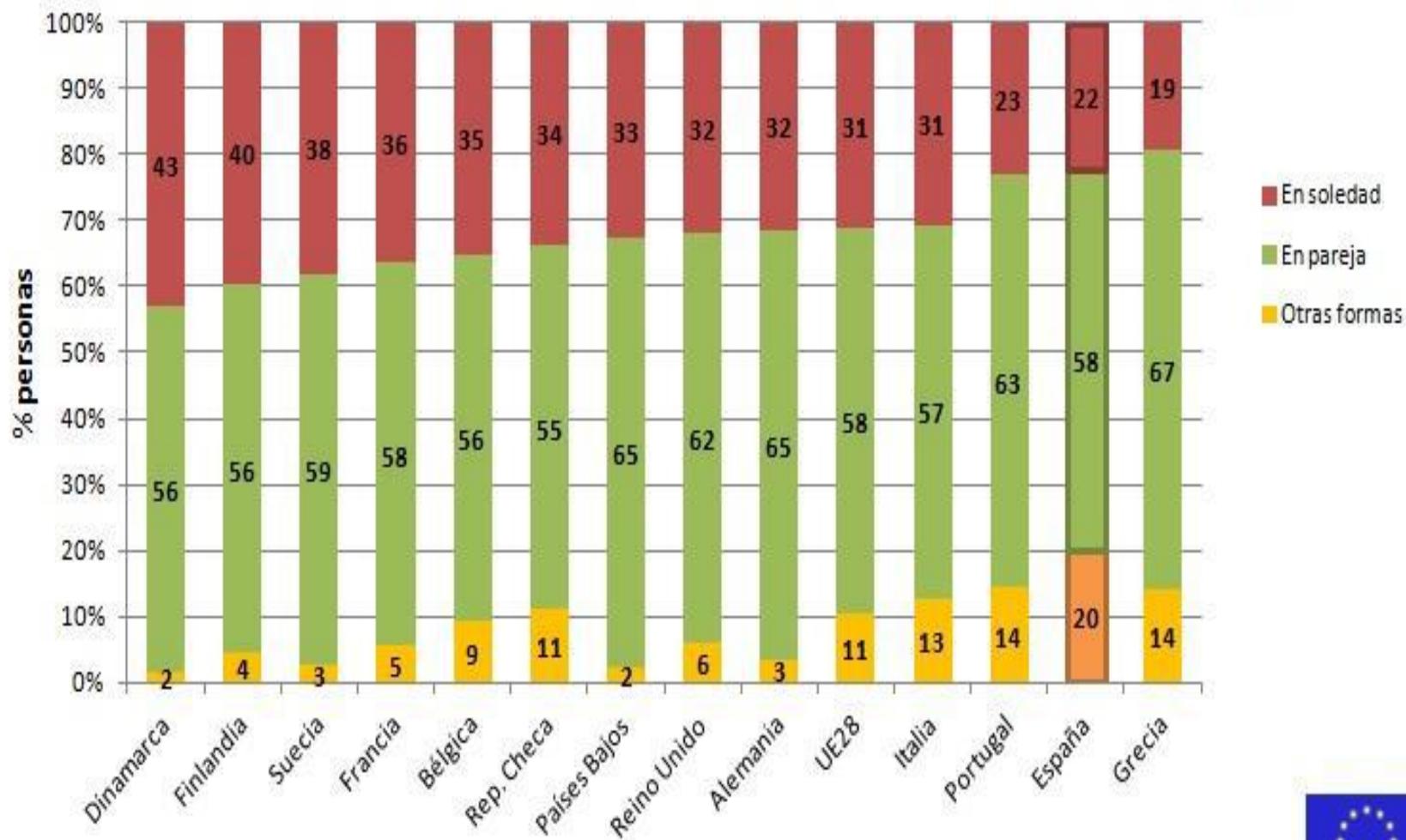
# El abordaje de la Violencia a personas adultas mayores institucionalizadas

Pablo Sastre  
Moyano

Lima, 18/11/2015

Promoviendo la protección de la personas adultas  
mayores para una vida sin violencia

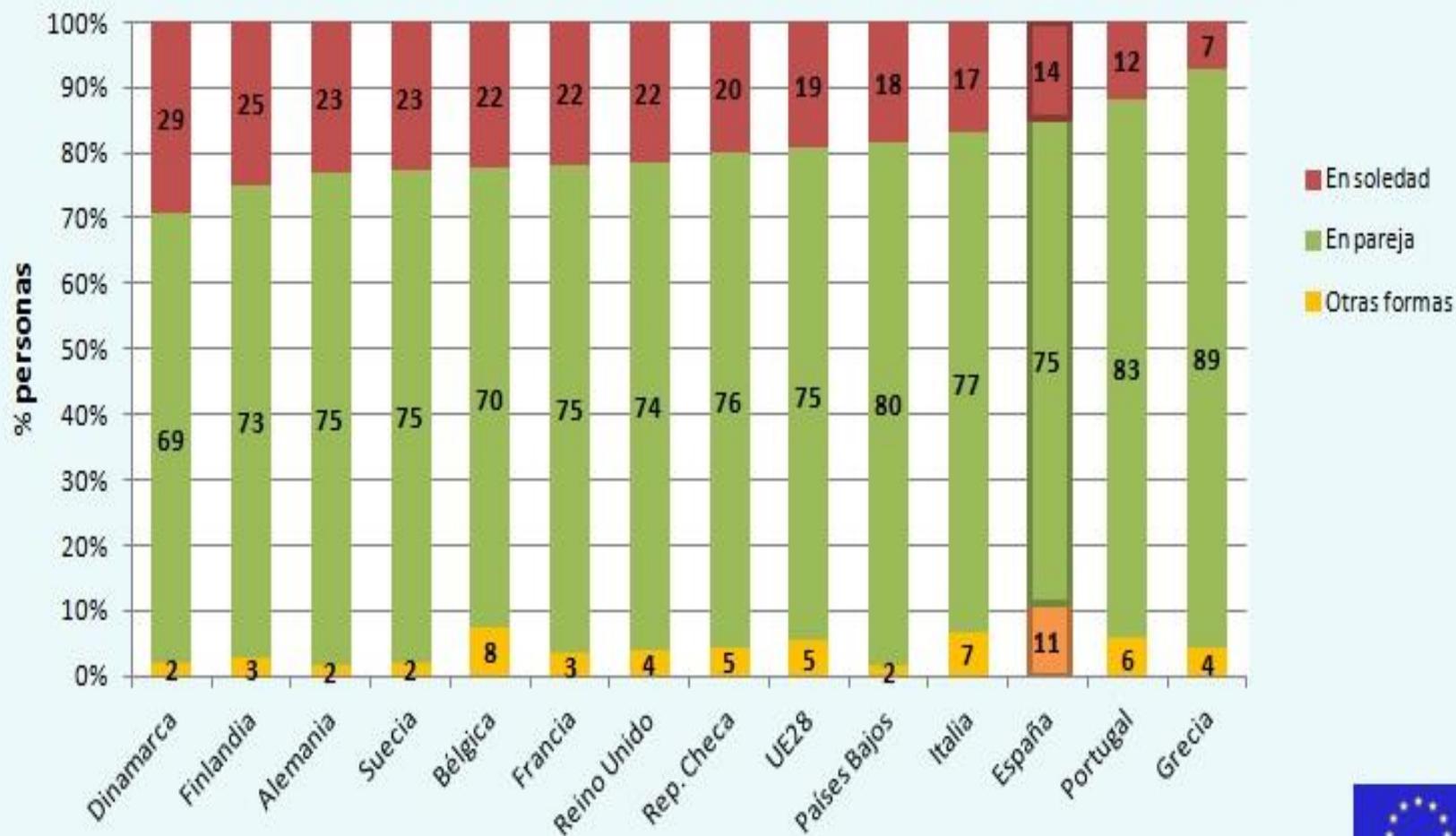
### Figura 1a.- Formas de convivencia. Ambos sexos. Europa, 2012



Fuente: Eurostat. Distribution of population aged 65 and over by type of household (EU-SILC)



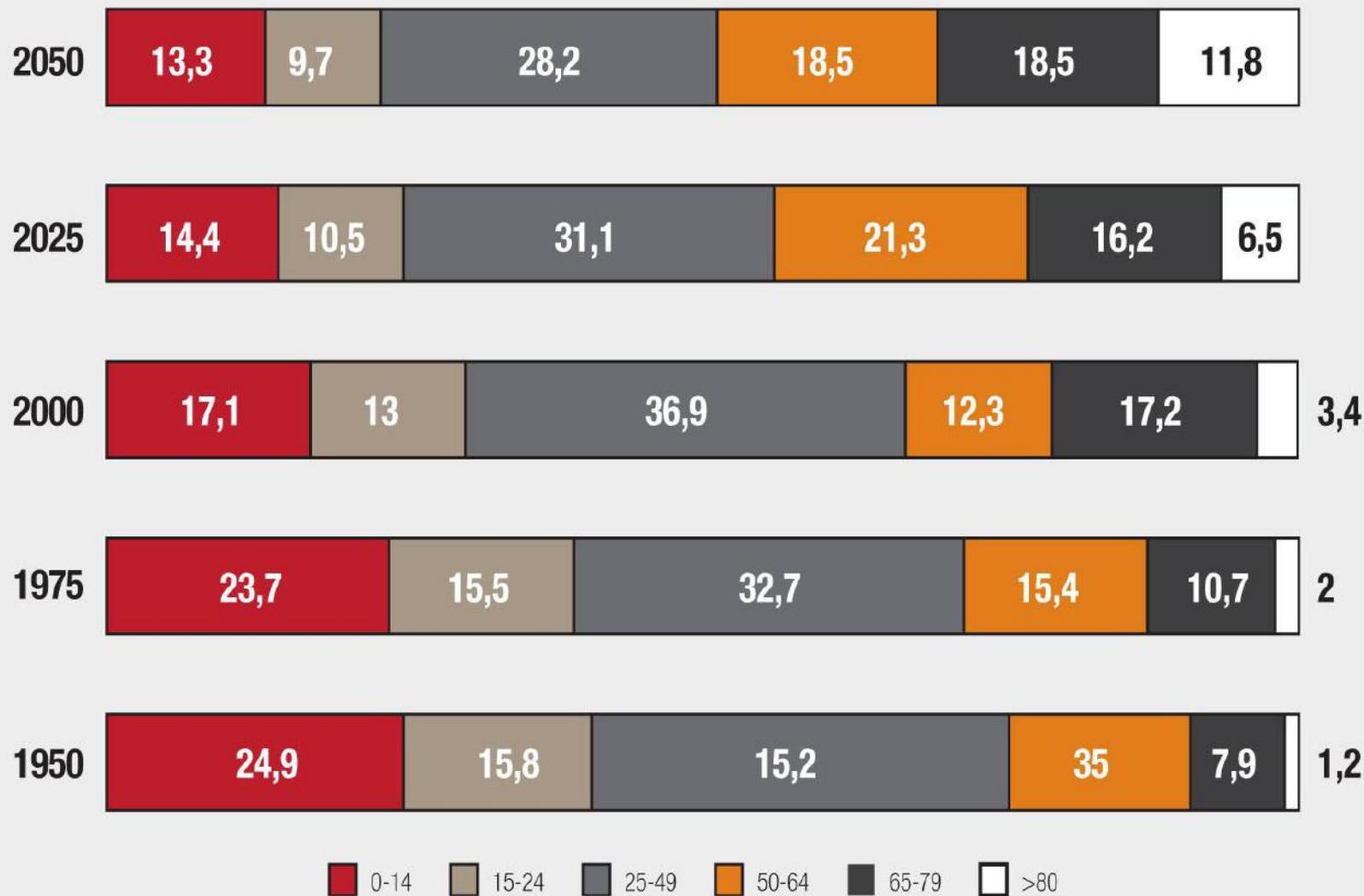
## Figura 1b.- Formas de convivencia. Hombres. Europa, 2012



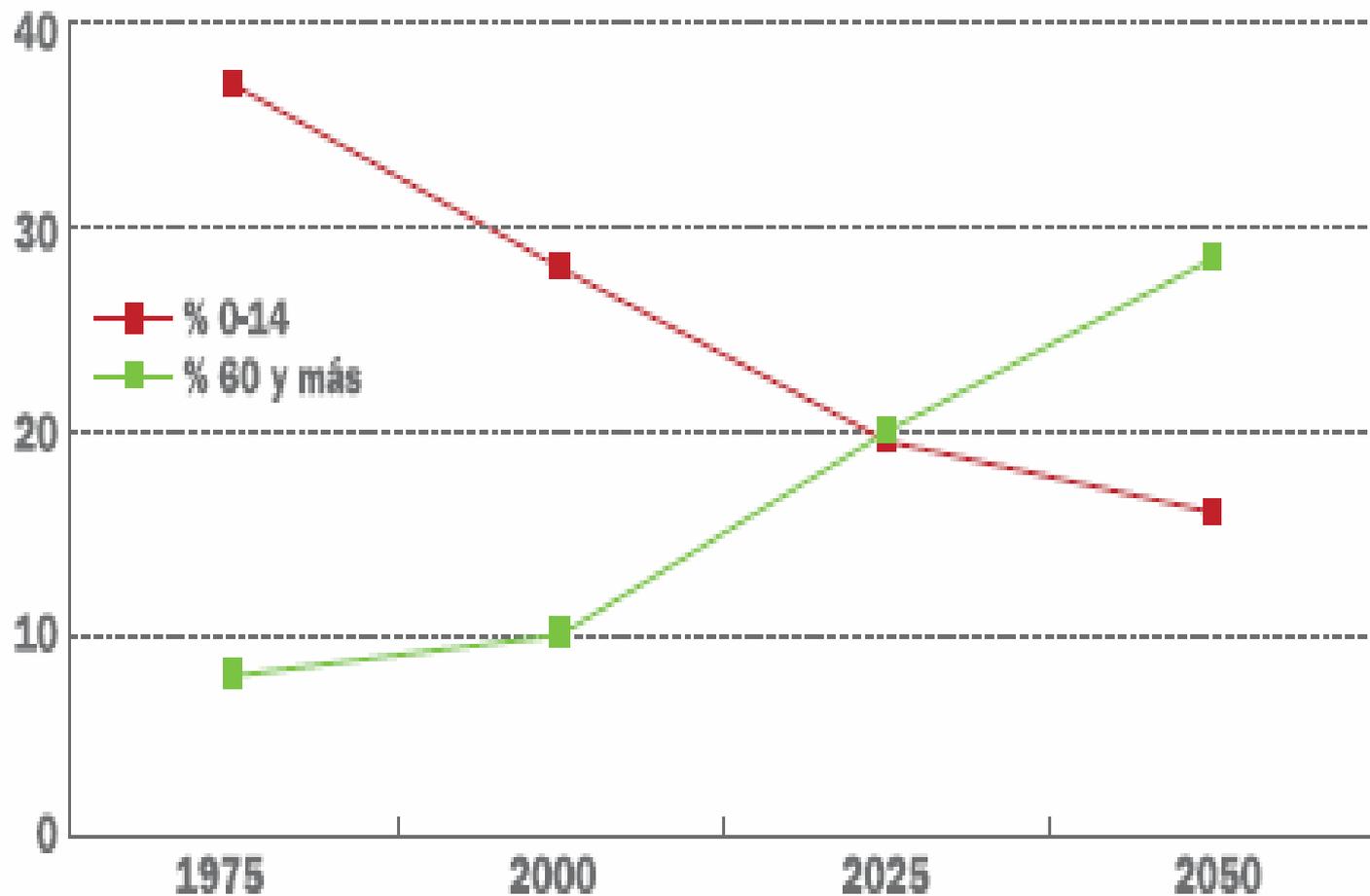
Fuente: Eurostat. Distribution of population aged 65 and over by type of household (EU-SILC)



**/// Evolución de los grupos de población estimados en la UE-25 para el periodo 1950-2050 ////////////////**  
 (GRÁFICO 1)



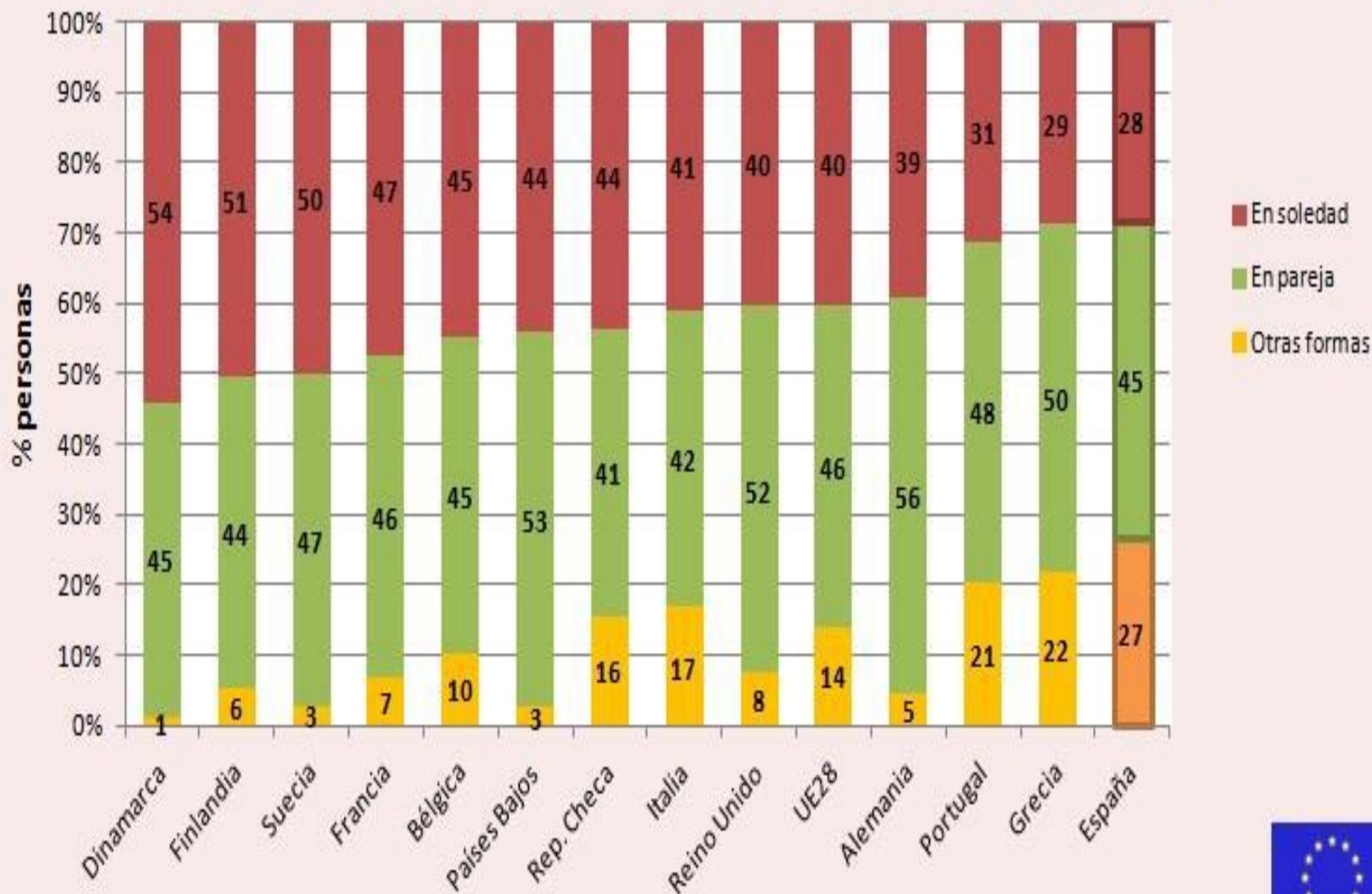
FUENTE: Perspectivas de la población Mundial (ONU; Revisión 2002).



## Porcentaje de Personas mayores y de Niños sobre la Población Total de Chile 1975-2050

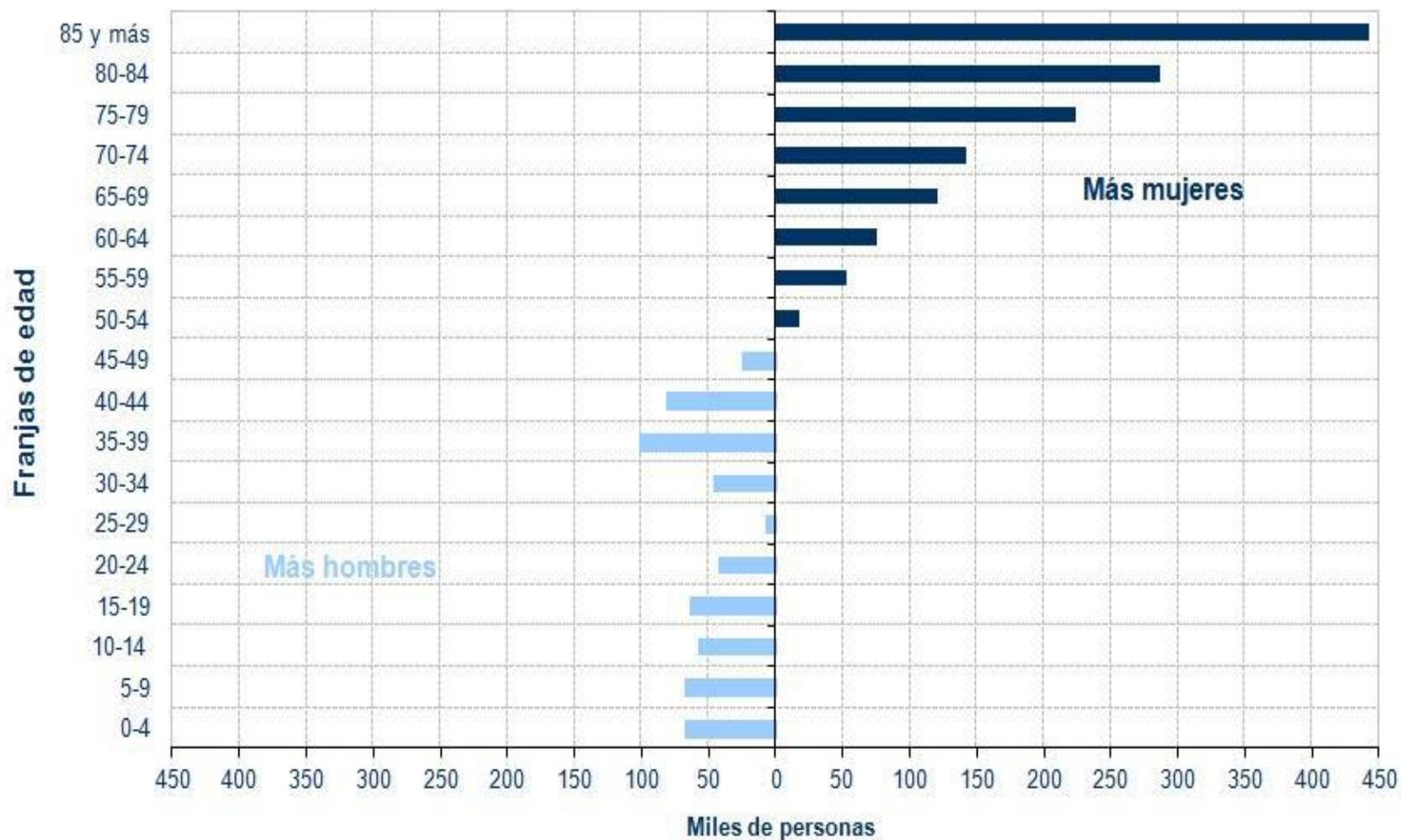
Fuente: SENAMA a partir de datos INE CEPAL, 2013.

# Figura 1c.- Formas de convivencia. Mujeres. Europa, 2012



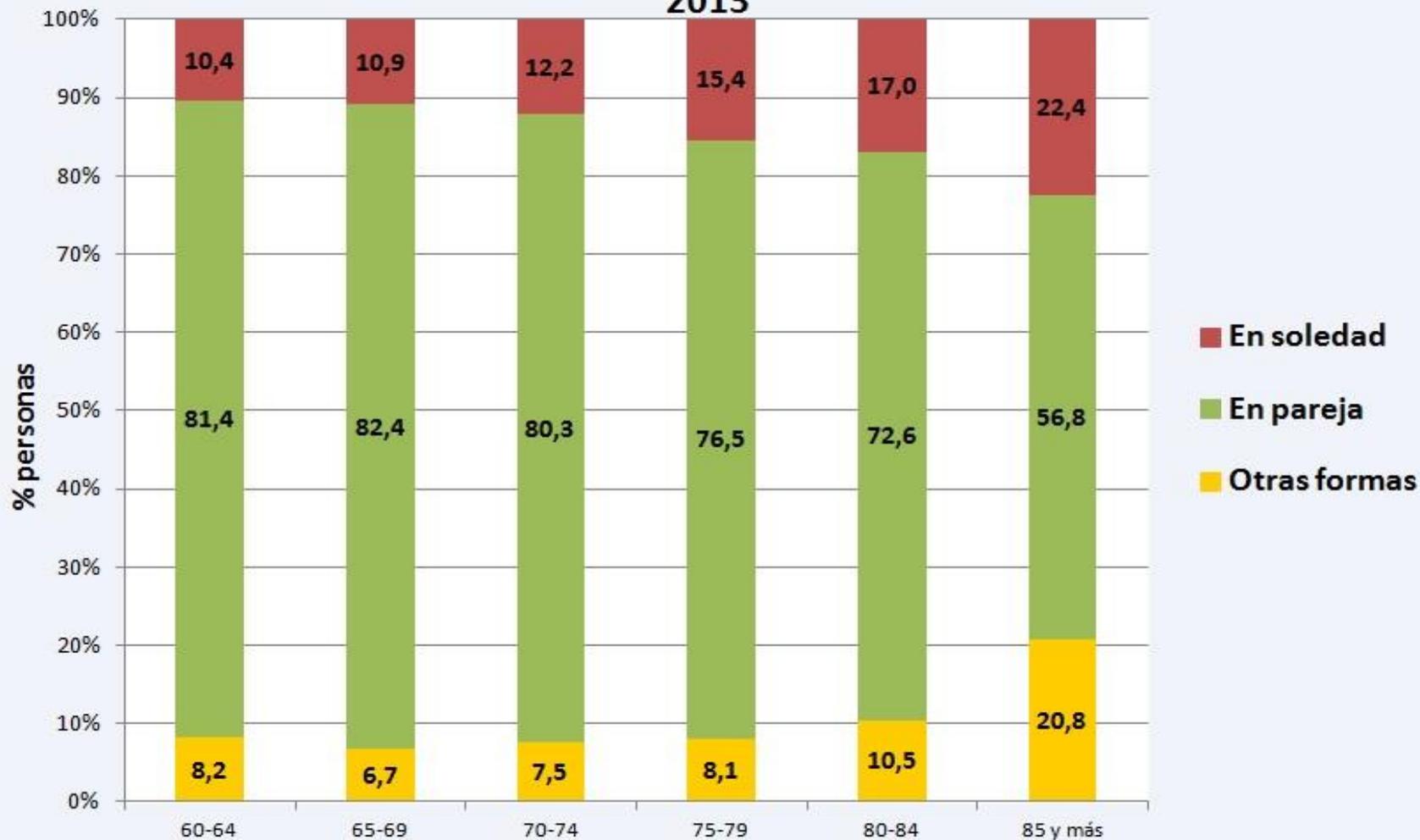
Fuente: Eurostat. Distribution of population aged 65 and over by type of household (EU-SILC)

Figura 1.- Diferencia entre la población de hombres y mujeres por franja de edad, 2014



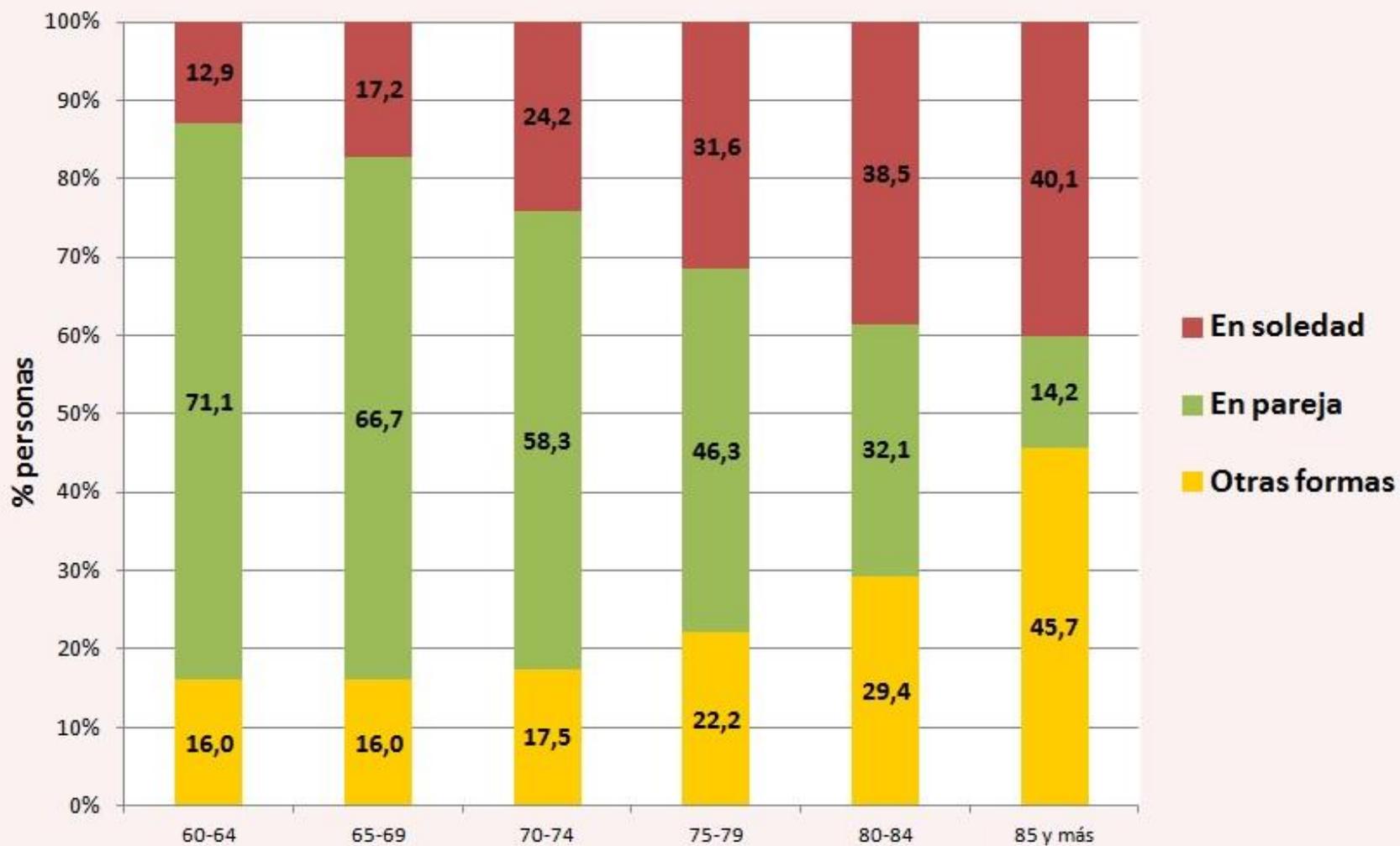
Fuente: INE: INEBASE. Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Consulta en enero de 2015

**Figura 1a. - Formas de convivencia según edad. Hombres. España, 2013**



Fuente: INE: Encuesta Continua de Hogares, 2013. Resultados provisionales.

**Figura 1b.- Formas de convivencia según edad. Mujeres. España, 2013**



Fuente: INE: Encuesta Continua de Hogares, 2013. Resultados provisionales.

**Figura 4.- Formas de convivencia de la población de 65 y más años por sexo, 2011**



Fuente: INE: Censo de Población y Viviendas 2011

**Tabla 1.- Plazas y población en residencias de mayores, por comunidad autónoma. España, 2011.**

	(A) Plazas en residencias de personas mayores 2011	(B) Población en residencias de personas mayores	(C) Población 65+ años	(D) Población total	(E) Población 65+ años %	(F) Ratio de plazas por 100 A/C	(G) Población en residencias B/C %	(H) Población en residencias B/D %	(I) Ocupación B/A %	(J) Plazas vacantes A-B	(K) Plazas vacantes J/A %
<b>ESPAÑA</b>	344.310	270.286	8.116.350	46.815.916	17,3	4,2	3,3	0,58	78,5	74.024	21,5
Andalucía	36.389	28.162	1.280.083	8.371.270	15,3	2,8	2,2	0,34	77,4	8.227	22,6
Aragón	18.208	13.312	269.816	1.344.509	20,1	6,7	4,9	0,99	73,1	4.896	26,9
Asturias (Principado de)	10.494	8.246	243.449	1.075.183	22,6	4,3	3,4	0,77	78,6	2.248	21,4
Baleares (Illes)	5.720	3.379	156.775	1.100.503	14,2	3,6	2,2	0,31	59,1	2.341	40,9
Canarias	7.581	5.014	289.023	2.082.655	13,9	2,6	1,7	0,24	66,1	2.567	33,9
Cantabria	5.146	3.964	112.502	592.542	19,0	4,6	3,5	0,67	77,0	1.182	23,0
Castilla y León	42.428	32.001	584.607	2.540.188	23,0	7,3	5,5	1,26	75,4	10.427	24,6
Castilla-La Mancha	27.612	20.949	371.958	2.106.331	17,7	7,4	5,6	0,99	75,9	6.663	24,1
Cataluña	53.504	47.988	1.280.729	7.519.843	17,0	4,2	3,7	0,64	89,7	5.516	10,3
Comunidad Valenciana	27.127	20.345	859.820	5.009.931	17,2	3,2	2,4	0,41	75,0	6.782	25,0
Extremadura	11.453	8.668	212.483	1.104.499	19,2	5,4	4,1	0,78	75,7	2.785	24,3
Galicia	17.892	14.263	632.377	2.772.928	22,8	2,8	2,3	0,51	79,7	3.629	20,3
Madrid (Comunidad de)	47.430	37.887	988.999	6.421.874	15,4	4,8	3,8	0,59	79,9	9.543	20,1
Murcia (Región de)	4.810	3.589	208.419	1.462.128	14,3	2,3	1,7	0,25	74,6	1.221	25,4
Navarra (C. Foral de)	6.192	5.119	114.506	640.129	17,9	5,4	4,5	0,80	82,7	1.073	17,3
País Vasco	18.681	14.422	433.658	2.185.393	19,8	4,3	3,3	0,66	77,2	4.259	22,8
Rioja (La)	3.159	2.503	59.975	321.173	18,7	5,3	4,2	0,78	79,2	656	20,8
Ceuta y Melilla	484	477	17.174	164.840	10,4	2,8	2,8	0,29	98,6	7	1,4

(A): Estadísticas sobre residencias, Informe PM nº 128, 2011. <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/2011/index.html>

(B) (C) (D): Fuente: INE: INEBASE: Censos de Población y Viviendas 2011. Consulta mayo de 2013.

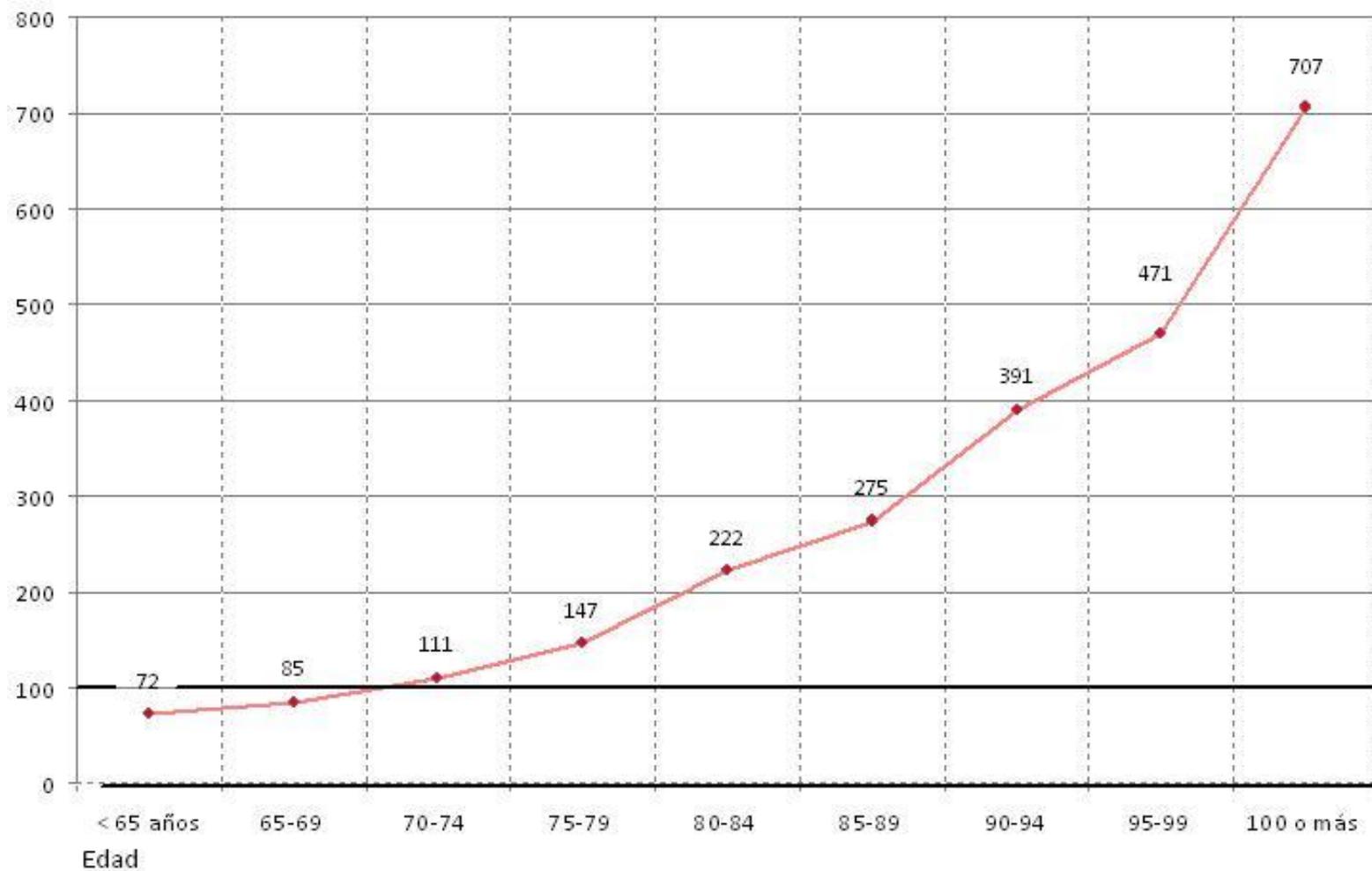
**Tabla 1.- Población que vive en residencias de personas mayores por sexo y edad.**

<b>España, 2011</b>						
	<b>total</b>	<b>hombres</b>	<b>mujeres</b>	<b>% hombres</b>	<b>% mujeres</b>	<b>relación hombres/mujeres</b>
<b>Todas las edades</b>	270.286	84.913	185.373	31,4%	68,6%	2,18
menos de 65	10.060	5.865	4.196	2,2%	1,6%	0,72
65-69	10.376	5.608	4.768	2,1%	1,8%	0,85
70-74	16.623	7.889	8.734	2,9%	3,2%	1,11
75-79	36.349	14.701	21.648	5,4%	8,0%	1,47
80-84	62.200	19.316	42.883	7,1%	15,9%	2,22
85-89	75.025	19.982	55.043	7,4%	20,4%	2,75
90-94	43.049	8.770	34.279	3,2%	12,7%	3,91
95-99	14.125	2.475	11.650	0,9%	4,3%	4,71
100 o más	2.480	307	2.172	0,1%	0,8%	7,07

Fuente:INE: Censos de Población y Viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos.

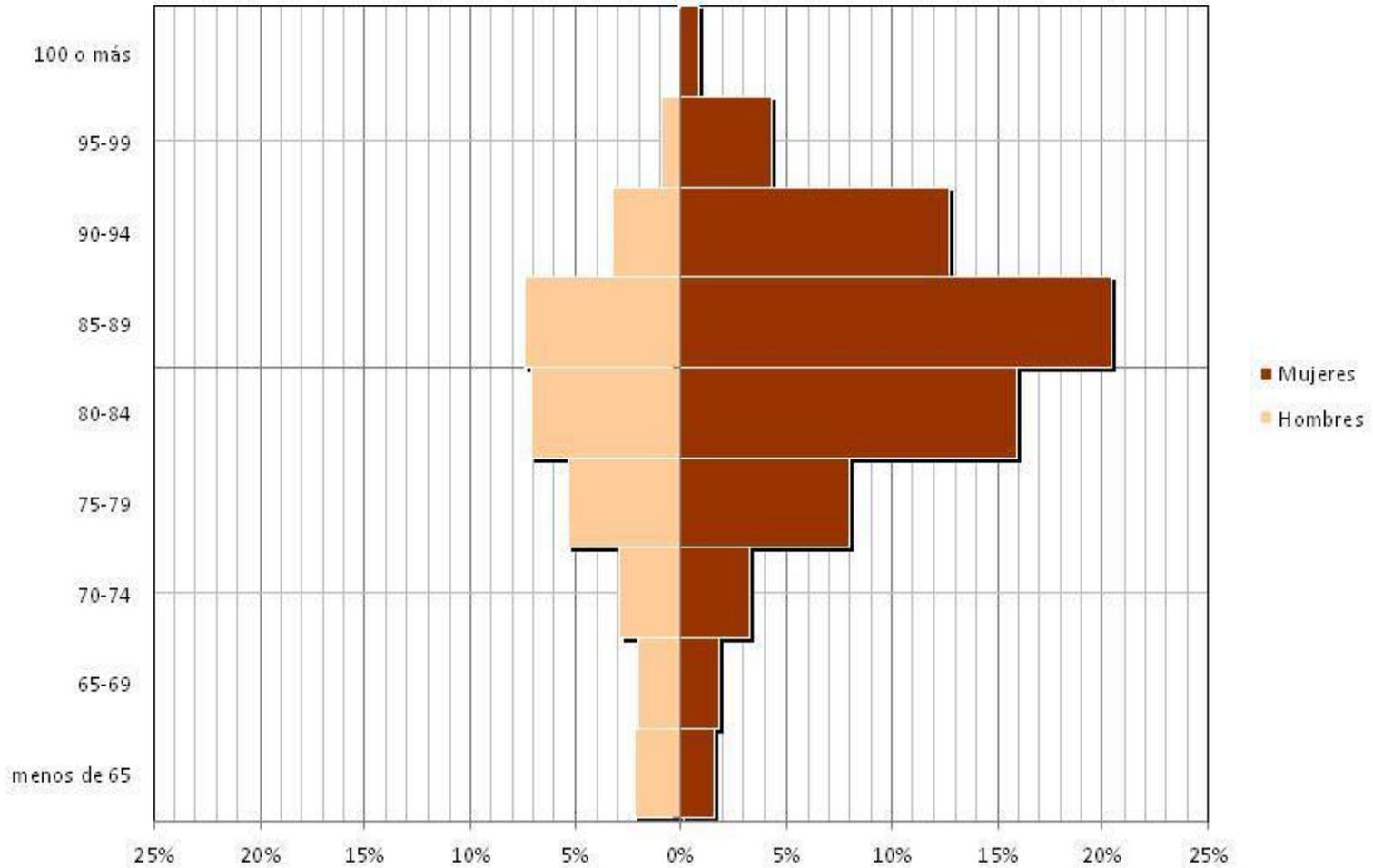
Residencias de personas mayores. Consulta Mayo, 2013.

Figura 2.- Relación mujeres/100 hombres en residencias



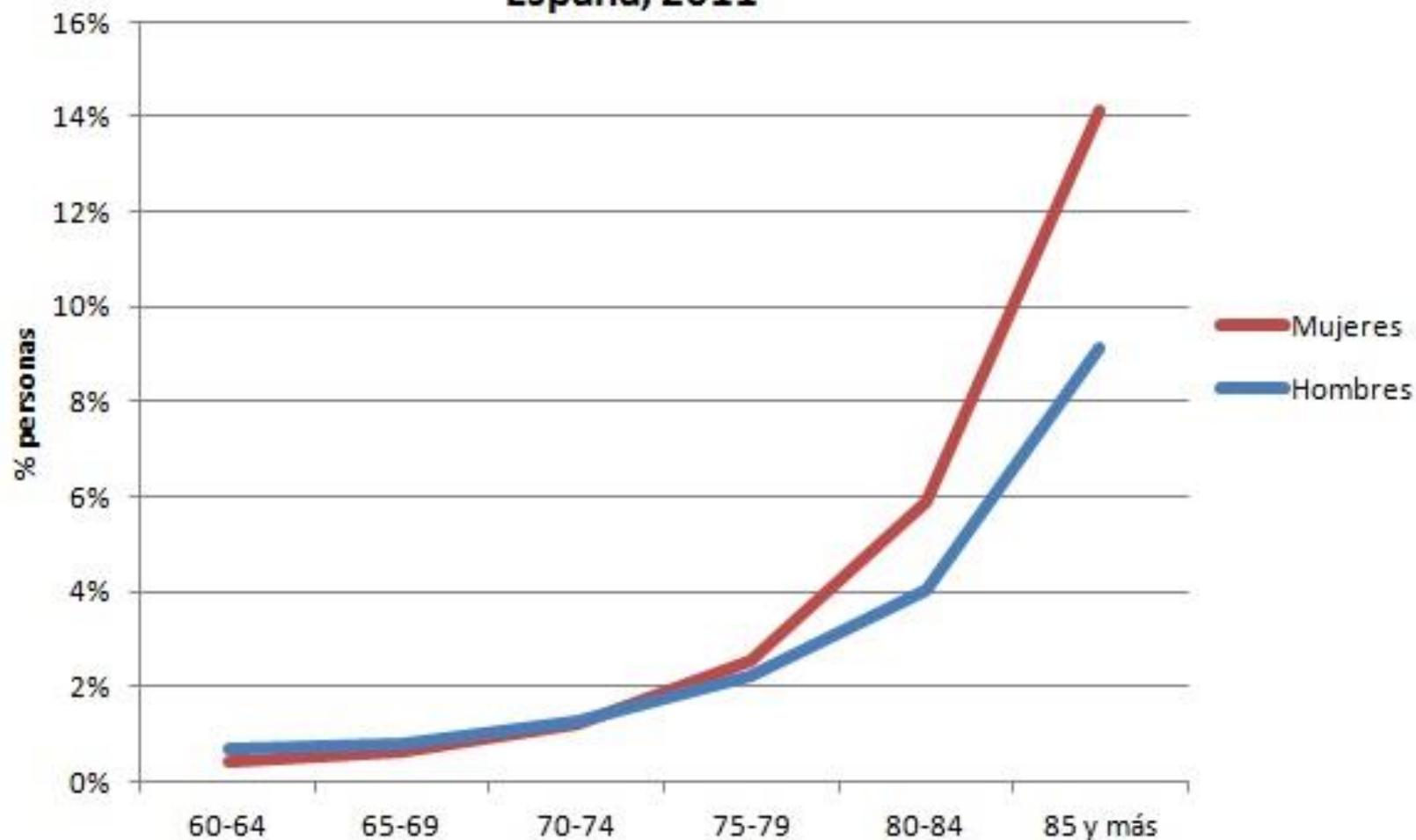
Fuente: INE: Censos de Población y Viviendas 2011

Figura 1.- Población que vive en residencias de personas mayores, por sexo y edad. España, 2011



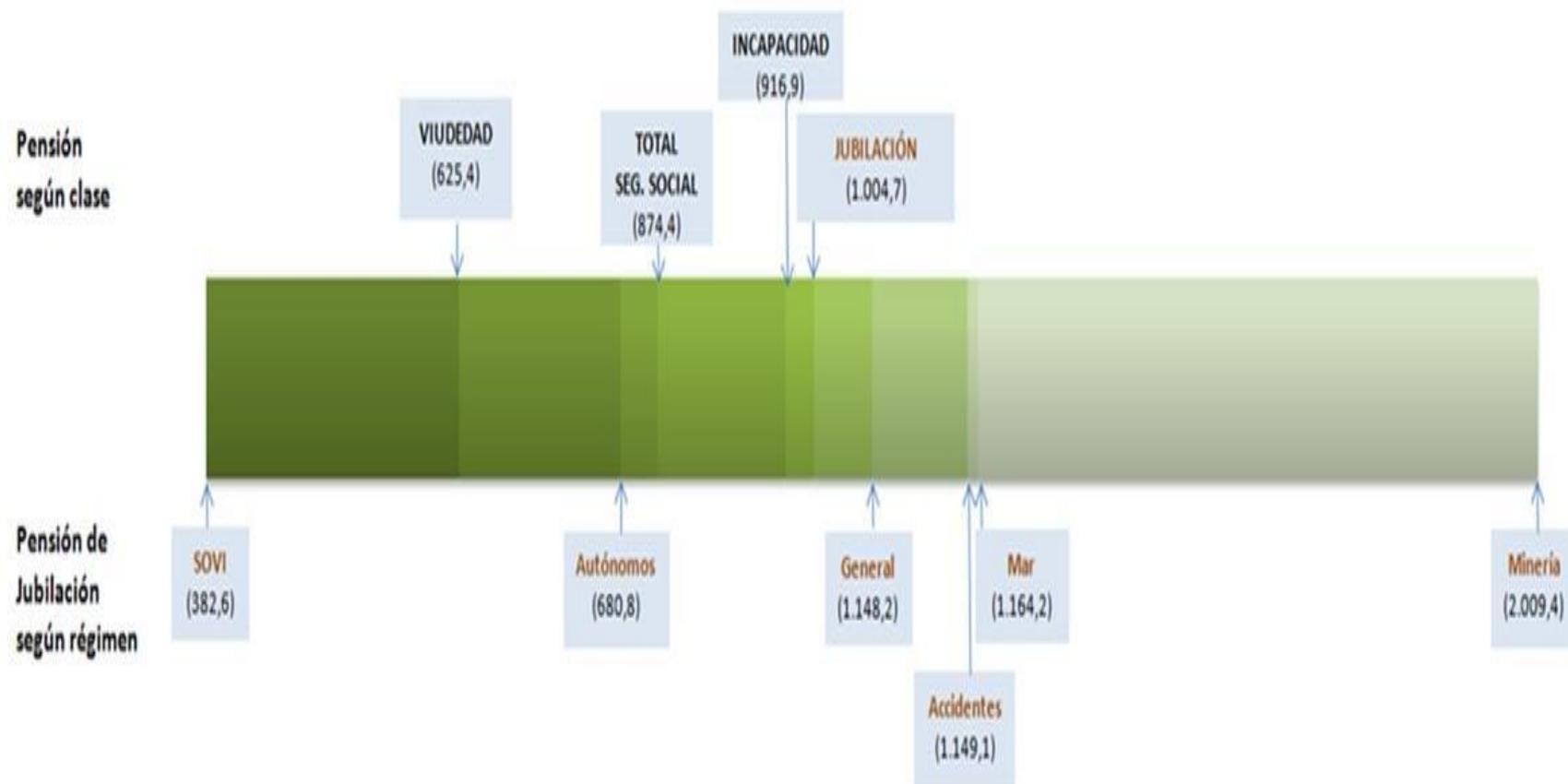
Fuente: INE: Censos de Población y Vivienda, 2011

**Figura 2.- Personas que viven en institución según edad.  
España, 2011**



Fuente: Censo de Población y Viviendas, 2011. Población residente en establecimientos colectivos.

Figura 3.- Importe medio de las pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social según clase y régimen, 2014 (euros/mes)

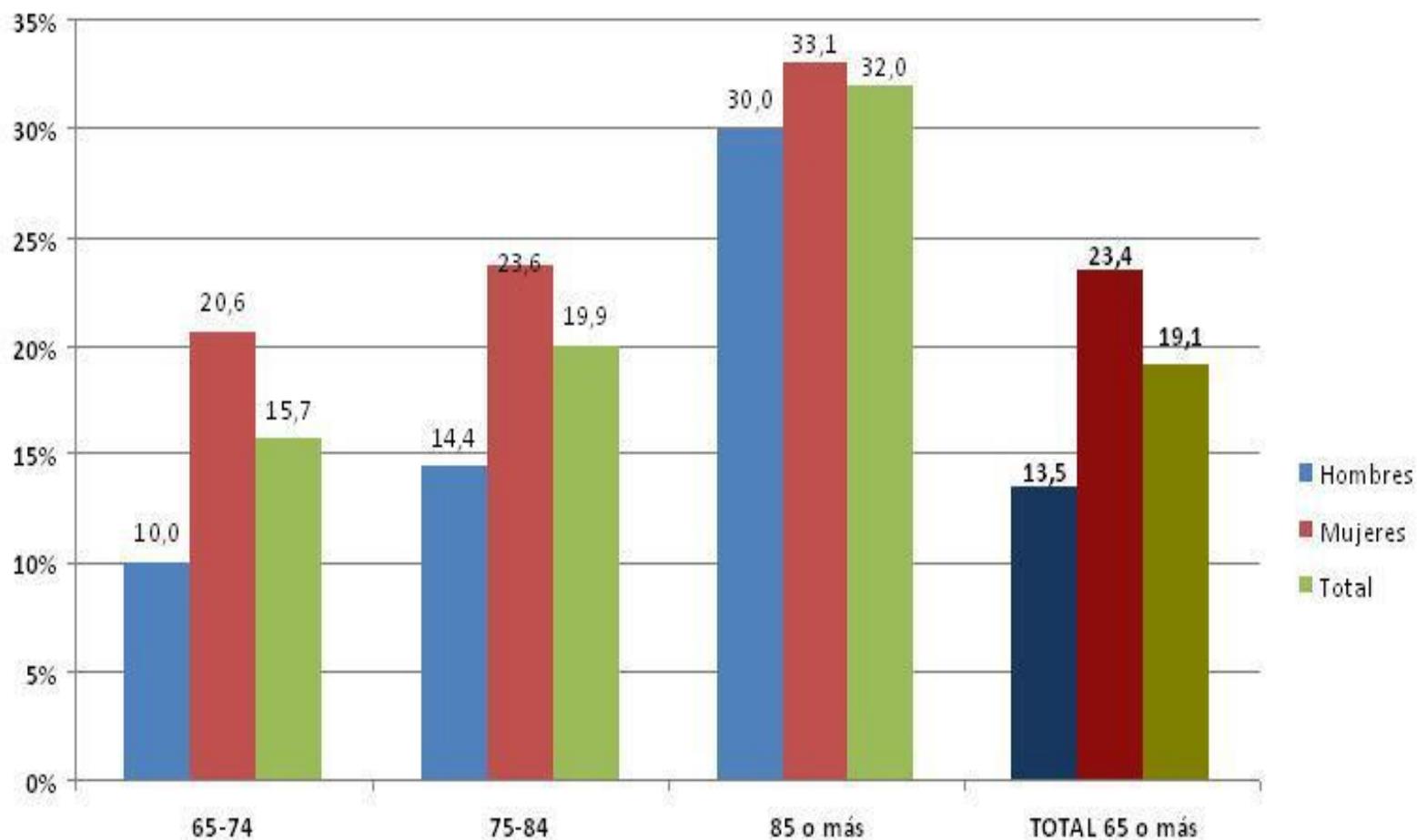


Fuente: Boletín de Estadísticas Laborales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Datos a octubre de 2014.

Notas:

- Importe medio en euros al mes.
- Las pensiones del Régimen de Empleados de Hogar forman parte del Régimen General desde junio de 2013.
- SOVI: Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez

**Figura 1.- Porcentaje de personas de 65 ó más años con mala salud mental, según edad y sexo. España, 2012**



Fuente: INE: Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012.

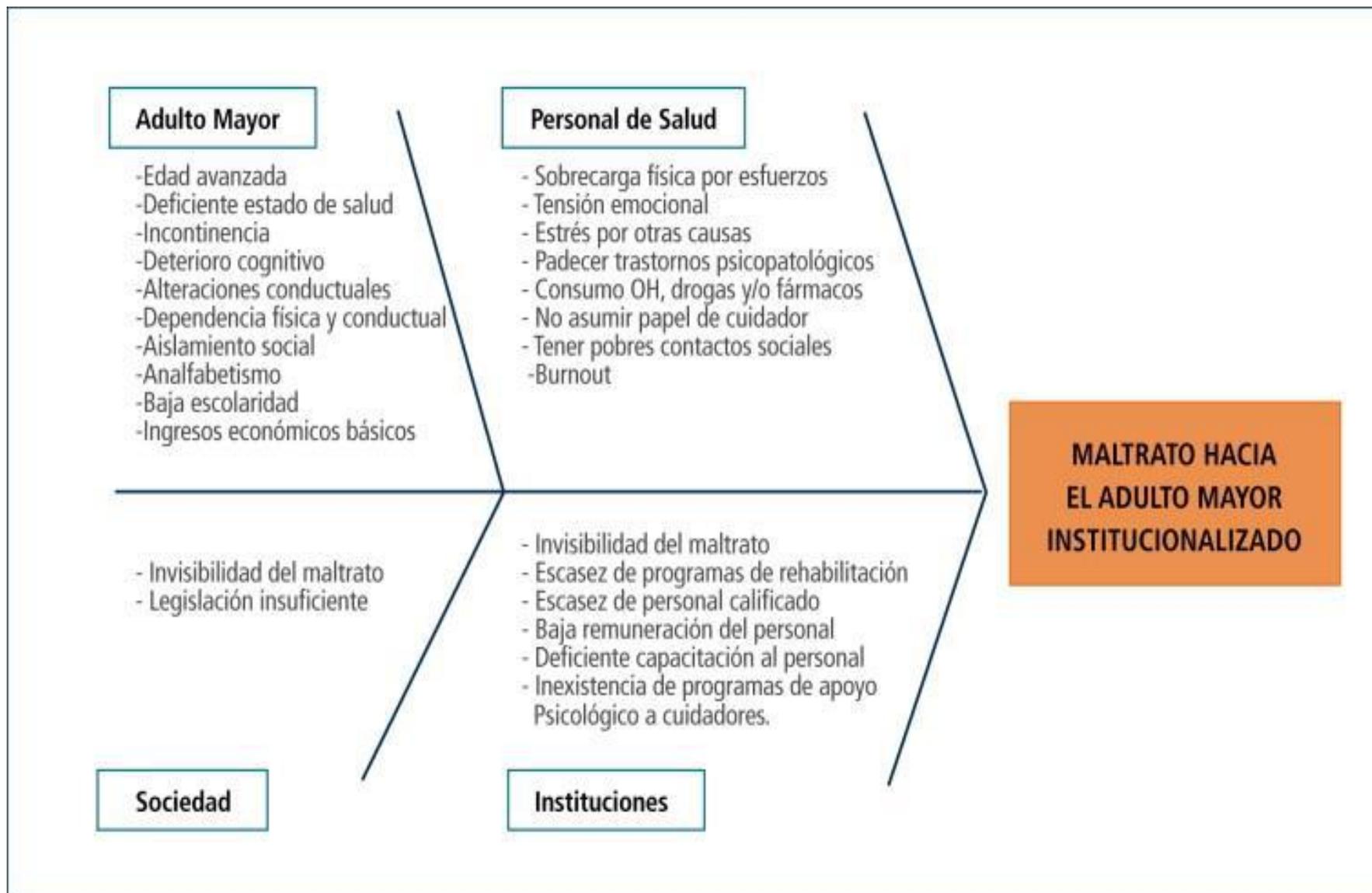


Figura 1.. Diagrama causa-efecto Autora Yuly Adams.

**Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad**

Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 23, Issue 1, 2012, 84–90

[http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70277-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70277-8)

# TIPOS DE MALTRATO

– **Negligencia:** omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, de forma intencionada o no, y que suele tener consecuencias negativas para la persona mayor.

conductas relacionadas con la higiene, la movilidad o los cambios posturales;

incumplimiento de tratamientos o falta de la dedicación adecuada para potenciar la salud y la autonomía personal

la negligencia en el trato o en la atención.

– **Abuso:** una acción intencionada, tenga o no consecuencias negativas en la persona mayor.

la falta de consideración (infantilización en el trato, falta de respeto a la intimidad...)

las ligadas a la salud (derivaciones innecesarias al hospital, negación de tratamientos por razones de edad...)

incumplimiento deliberado y continuo del reglamento interno de una institución (por ejemplo, el incumplimiento habitual del horario laboral).

– **Maltrato:** acción intencionada cuyo fin es provocar daño físico o psíquico.

# **BARRERAS PARA LA DETECCIÓN**

- **BARRERAS POR PARTE DE LA PERSONA MAYOR VÍCTIMA DE MALOS TRATOS**
- **BARRERAS POR PARTE DEL RESPONSABLE DE LOS MALOS TRATOS**
- **BARRERAS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES**
- **BARRERAS SOCIALES O CULTURALES**

# PREVENCIÓN, EVOLUCIÓN MMTT Y POSIBLES ACCIONES

- **PREVENCIÓN PRIMORDIAL:** EVITAR LA APARICIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE PATRONES DE VIDA SOCIAL, ECONÓMICA Y CULTURAL QUE CONTRIBUYEN A AUMENTAR EL RIESGO DE MALOS TRATOS.
- **PREVENCIÓN PRIMARIA:** EVITAR LA APARICIÓN DE CASOS NUEVOS (INCIDENCIA) DE MALOS TRATOS MEDIANTE EL CONTROL DE LAS CAUSAS Y DE LOS FACTORES DE RIESGO.
- **PREVENCIÓN SECUNDARIA:** REDUCIR LA PREVALENCIA DE MALOS TRATOS MEDIANTE LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS CASOS OCULTOS Y LA INTERVENCIÓN PRECOZ QUE EVITE LAS CONSECUENCIAS MÁS GRAVES Y LA REINCIDENCIA.
- **PREVENCIÓN TERCIARIA:** REDUCIR EL PROGRESO O LAS CONSECUENCIAS DE UNA SITUACIÓN DE MALOS TRATOS YA ESTABLECIDA, MINIMIZANDO LAS SECUELAS Y SUFRIMIENTOS CAUSADOS.

# **Prevención, Evolución MMTT y Posibles Acciones**

## **– INFORMACIÓN**

- EDUCACIÓN A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**
- EDUCACIÓN A TRAVÉS DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS EN LA ESCUELA**

## **– FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES**

## **– DESARROLLO DE ESTRUCTURAS COORDINADAS DE APOYO A LOS MAYORES DESDE LA ADMINISTRACIÓN**

- EN EL ÁMBITO JURÍDICO**
- EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL**
- EN EL ÁMBITO SOCIAL**

# **LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA PREVENCIÓN**

- **Voluntariado y cooperación social**
- **Hogares y clubes para personas mayores**
- **Servicios de atención a domicilio**
  - Servicio de Ayuda a Domicilio**
  - Teleasistencia domiciliaria**
- **Centros de Día para personas dependientes**
- **Programas de estancias temporales en Residencias**
- **Servicios alternativos de alojamiento:**
  - Vivienda tutelada**
  - Acogimiento**
  - Vivienda compartida**
  - Unidades de convivencia**
- **Servicios sociales de institucionalización**

# PROGRAMA POR EL BUEN TRATO AL ADULTO MAYOR (SENAMA)

- **OBJETIVO GENERAL:**
- “CONTRIBUIR A LA PROMOCIÓN Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES, A TRAVÉS DE LA PREVENCIÓN, ASESORÍA Y COORDINACIÓN CON LAS REDES LOCALES PARA ABORDAR EL MALTRATO QUE AFECTA A DICHO GRUPO ETARIO”.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
- 1.– PROMOVER LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN TORNO AL ABUSO, LA VIOLENCIA Y EL MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR.
- 2.– EJECUTAR ACCIONES DE PREVENCIÓN Y DIFUSIÓN EN RELACIÓN AL ABUSO, VIOLENCIA Y EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR.
- 3.– BRINDAR ASESORÍA Y COORDINACIÓN ANTE CASOS DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR.
- 4.– OTORGAR ORIENTACIÓN LEGAL Y FACILITAR EL ACCESO A LA JUSTICIA EN CASOS DE MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR.

# MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADO EN LA PERSONA AICP

- LA DIGNIDAD COMO FUNDAMENTO
- LA NO MALEFICENCIA Y LA JUSTICIA
- LA AUTONOMÍA Y LA BENEFICENCIA
- LA RESPONSABILIDAD Y LA PRUDENCIA

# DECÁLOGO DE LA AICP

- 1.– TODAS LAS PERSONAS SOMOS IGUALES EN DIGNIDAD Y DERECHOS
- 2.– CADA PERSONA ES ÚNICA
- 3.– LA **BIOGRAFÍA** ES LA CONCRECIÓN ESENCIAL DE LA SINGULARIDAD Y AYUDA A PROYECTAR LOS PLANES FUTUROS
- 4.– TODAS LAS PERSONAS ADULTAS TIENEN DERECHO A **CONTROLAR Y DIRIGIR SU PROPIA VIDA**
- 5.– QUIENES PRESENTAN UNA GRAVE AFECCIÓN COGNITIVA TAMBIÉN TIENEN DERECHO A EJERCER SU **AUTONOMÍA** DE FORMA ASISTIDA O INDIRECTAMENTE
- 6.– TODAS LAS PERSONAS TIENEN **FORTALEZAS Y CAPACIDADES** Y PUEDEN DESEMPEÑAR UN ROL VALIOSO EN FUNCIÓN DE SU EDAD Y CIRCUNSTANCIAS CONTEXTUALES

# DECÁLOGO DE LA AICP

- 7.– EL AMBIENTE FÍSICO INFLUYE EN EL COMPORTAMIENTO Y EN EL BIENESTAR SUBJETIVO DE TODOS Y, DE MANERA ESPECIAL, DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
- 8.– LA ACTIVIDAD COTIDIANA TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS QUE PRECISAN CUIDADOS DE LARGA EVOLUCIÓN
- 9.– TODOS SOMOS INTERDEPENDIENTES Y NECESITAMOS RELACIONARNOS Y PARTICIPAR EN TODOS LOS ÁMBITOS
- 10.– LAS PERSONAS SON MULTIDIMENSIONALES Y ESTÁN SUJETAS A CAMBIOS

# *AUTONOMÍA Y DIGNIDAD EN RESIDENCIAS DE MAYORES (AMEG)*

- ASEGURAR QUE TODOS LOS MAYORES, Y SOBRE TODO LOS MÁS VULNERABLES RECIBAN UNA ATENCIÓN DE CALIDAD.
- POTENCIAR LA AUTONOMÍA Y LIBERTAD INDIVIDUAL.
- RESPETO Y CALIDAD DE TRATO A LOS MAYORES.
- CALIDAD DE VIDA POR ENCIMA DE CANTIDAD DE VIDA.
- SALVAGUARDAR LA VOLUNTAD Y DECISIÓN INDIVIDUAL.
- HUMANIZACIÓN POR ENCIMA DE TECNOLOGÍA.
- EVITAR EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO INNECESARIO.
- NUNCA AGEISMO E INFANTILIZACIÓN DEL MAYOR.
- RESPETO A LA INTIMIDAD.
- MUERTE DIGNA SIN SUFRIMIENTO.

# LOS VALORES DEL MODELO

- PREVALENCIA DE LA AUTONOMÍA.
- SALVAGUARDA DE LA DIGNIDAD.
- RESPETO A LA INTIMIDAD.
- TRABAJO EN EQUIPO.
- INDIVIDUALIDAD EN LA ATENCIÓN.
- FLEXIBILIDAD EN LA ATENCIÓN.
- CONCEPCIÓN INTEGRAL DEL USUARIO.
- BÚSQUEDA DEL DESARROLLO PERSONAL.
- PERSEGUIR EL CONFORT.

# *CRITERIOS Y ESTÁNDARES EN PROCESOS CLAVE EN LOS CUIDADOS*

- **INGRESO, ACOGIDA Y COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA**
- **VALORACIÓN DE NECESIDADES Y PROBLEMAS**
- **ASISTENCIA Y CUIDADOS**
- **PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN**
- **AGONÍA, ÉXITUS Y DUELO**
- **FINALIZACIÓN DE LA ESTANCIA**
- *DERECHOS Y DEBERES DE LOS RESIDENTES*

# *CRITERIOS Y ESTÁNDARES DE APOYO EN LOS CUIDADOS*

- **GESTIÓN DE LA CALIDAD**
- **GESTIÓN DE PERSONAL**
- **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INFORMACIÓN**
- **GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN**

# RESIDENCIA ASISTIDA SAN CAMILO

## • GRADOS DE DEPENDENCIA EN RESIDENCIA 2014

- DEPENDENCIA LEVE 25 RESIDENTES
- GRADO 1 24 RESIDENTES
- GRADO 2 44 RESIDENTES
- GRADO 3 128 RESIDENTES



# RESIDENCIA ASISTIDA SAN CAMILO

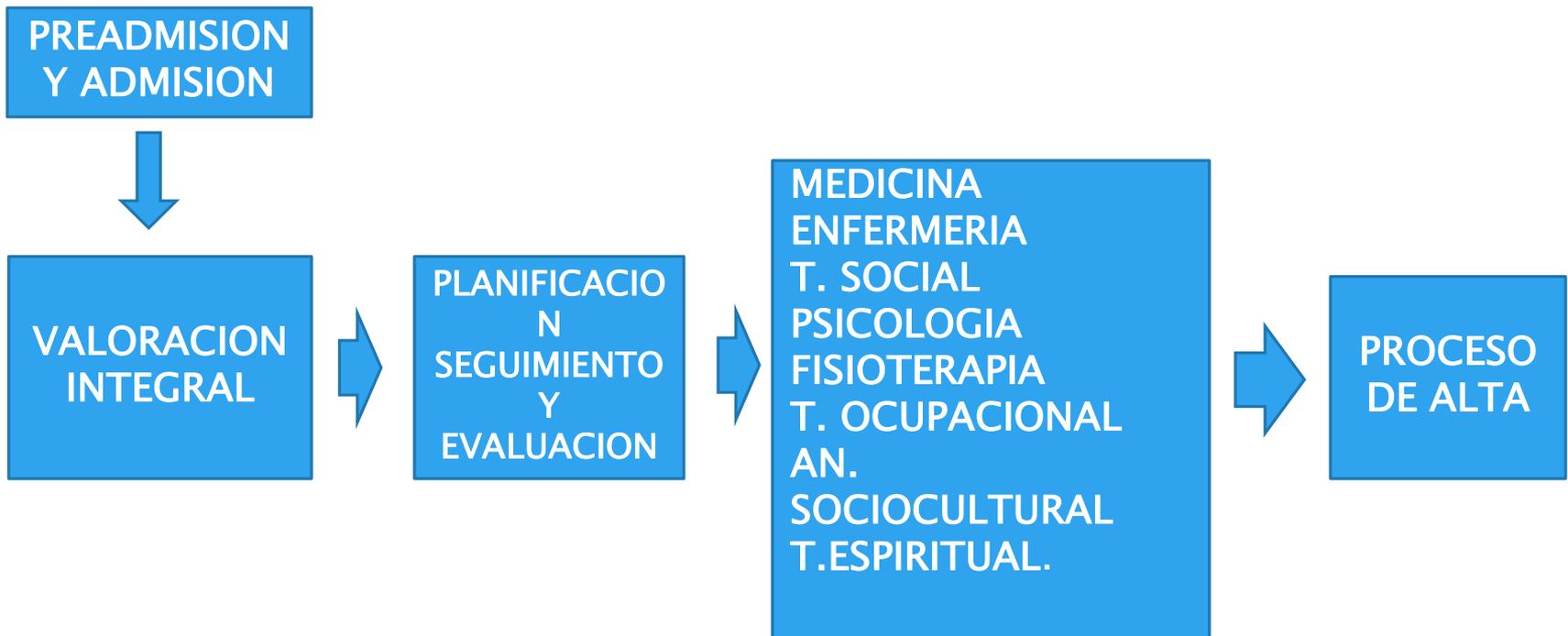
- **EQUIPO ASISTENCIAL, QUIENES LO FORMAN**
  - 1 JEFE DE SERVICIO
  - 1 RESPONSABLE DE ENFERMERÍA
    - 1 MEDICO, EN COORDINACIÓN CON LA UCP ATENCIÓN MÉDICA 24H.
    - 7 ENFERMEROS, ATENCIÓN 24H.
  - 52 AUXILIARES DE ENFERMERÍA
  - 1 TRABAJADOR SOCIAL
  - 2 AGENTES DE PASTORAL
  - 1 PSICÓLOGO
  - 1 FISIOTERAPEUTA
  - 1 TERAPEUTA OCUPACIONAL
  - 1 ANIMADOR SOCIOCULTURAL
- **LA DIVERSIDAD Y COMPLEJIDAD DEL MANEJO DEL PACIENTE GERIÁTRICO REQUIERE UNA SERIE DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y APTITUDES QUE NO ESTÁN AL ALCANCE DE UN SOLO PROFESIONAL.**

# RESIDENCIA ASISTIDA SAN CAMILO

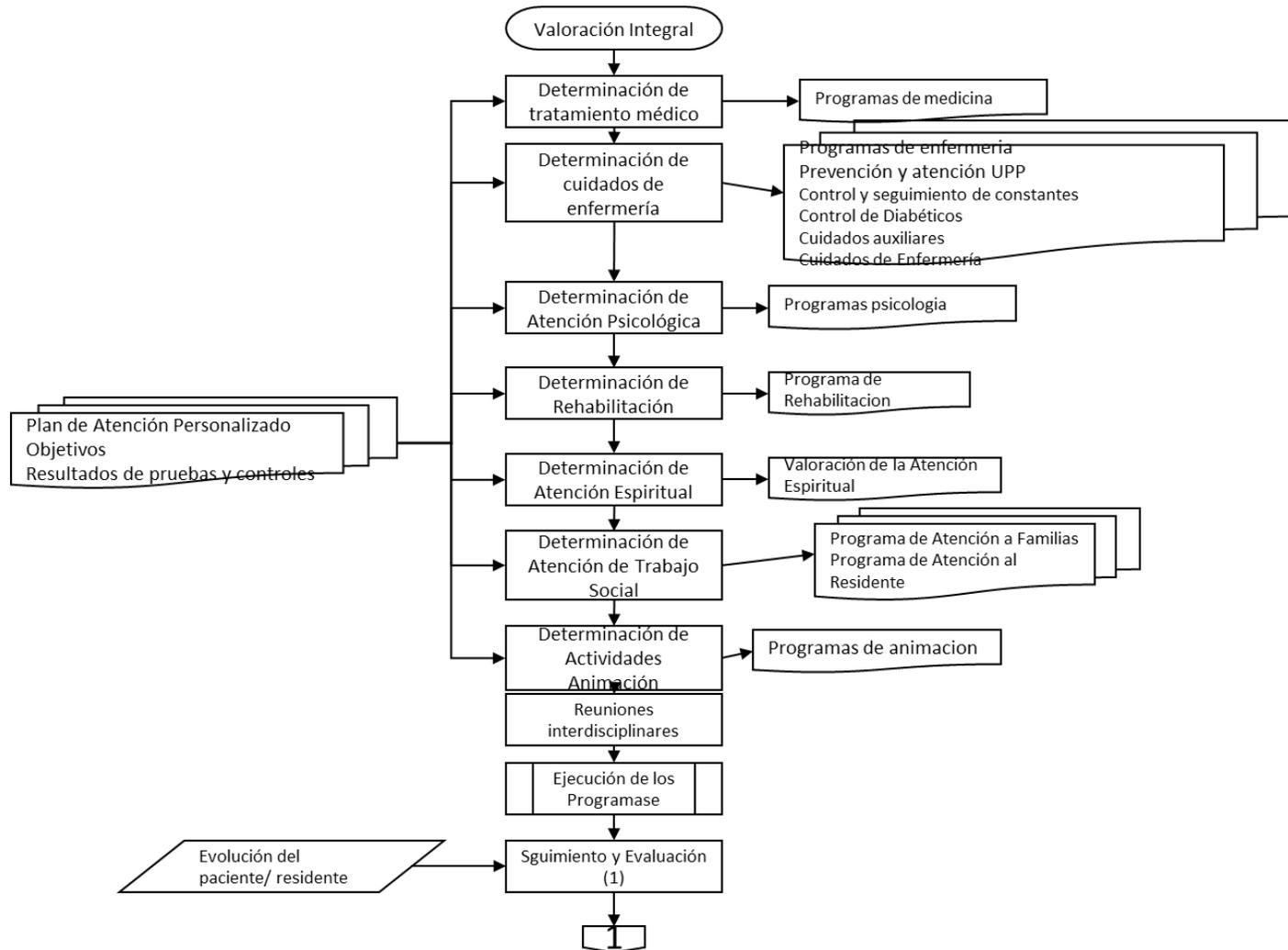
- **TRABAJO INTERDISCIPLINAR COMO MODELO ASISTENCIAL**
  - PERMITE UN **ABORDAJE COMPLETO**, LOS PROFESIONALES TRABAJAN PARA OFRECER UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONSEGUIR UN **OBJETIVO COMÚN** PARA EL RESIDENTE.
  - LOS PROFESIONALES **VALORAN AL RESIDENTE POR SEPARADO** PERO INTERCAMBIAN LA INFORMACIÓN DE MANERA SISTEMÁTICA, **COMPARTEN UNA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y TRABAJAN JUNTOS PARA CONSEGUIR UNOS OBJETIVOS CONJUNTOS**, COLABORANDO ENTRE ELLOS EN LA PLANIFICACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS.

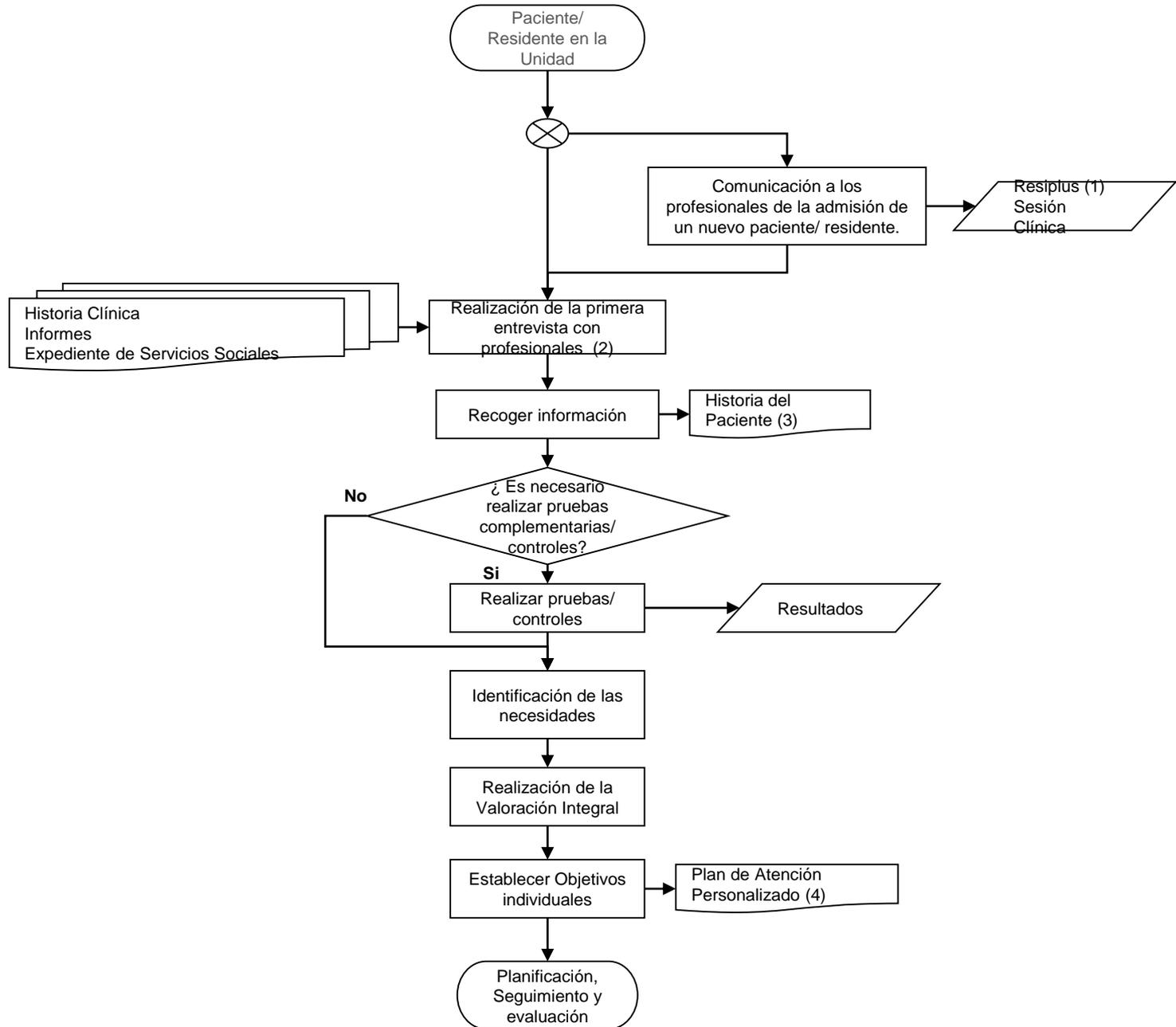


# PROCESO DE ATENCION INTEGRAL



# PLANIFICACIÓN ,SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN





# CRITERIOS DE CALIDEZ

- LOS CRITERIOS DE CALIDAD SON MUY IMPORTANTES PARA AVANZAR EN LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS LLEGANDO A UN NIVEL DE EXCELENCIA.
- TERNURA, AMABILIDAD, COMPRENSIÓN, GENEROSIDAD, SENSIBILIDAD, COMPASIÓN, COMPROMISO, HUMOR, CERCANÍA, HUMILDAD...SON CUALIDADES DE LAS PERSONAS QUE PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO **“CRITERIOS DE CALIDEZ”**, QUE NO DISMINUYEN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SI AUMENTAN LA CALIDAD AFECTIVA DE LA RELACIÓN
- LA **MEDICINA BASADA EN LA AFECTIVIDAD** BUSCA MEJORAR LAS HABILIDADES RELACIONALES DE LOS PROFESIONALES, DAR PIE A DECIDIR DE FORMA AUTÓNOMA CON LA MAYOR Y MEJOR INFORMACIÓN POSIBLE Y ABANDONAR EL PATERNALISMO Y LA MEDICINA CIENTÍFICO TÉCNICA ADOPTANDO UN MODELO DELIBERATIVO EN LA RELACIÓN CLÍNICA BASADO EN LA CONFIANZA