



BIBLIOTECA PAMI



Residencias de Larga Estadía

Conceptualización y análisis para la prevención del maltrato y la Promoción del Buentrato

Estudio exploratorio sobre situaciones de violencias, abuso y maltrato hacia las personas mayores afiliadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que se encuentran alojadas en Residencias de Larga Estadía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Autoridades

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva de PAMI

Lic. Martín Rodríguez

Subdirector Ejecutivo de PAMI

Dra. Mónica Roqué

Secretaria de Derechos Humanos,
Gerontología Comunitaria, Género y
Políticas de Cuidado de PAMI

Dr. Alejandro Robino

Gerente de Políticas de Cuidado

Directora de la publicación y la investigación:

Monica Roqué

Autoras de la publicación:

Monica Roqué

Ana Palazzesi

Sandra Hiriart

Directora de la investigación:

Monica Roqué

Investigadoras principales:

Ana Palazzesi

Sandra Hiriart

Equipo de Investigación:

Lucía Carnelli

Cecilia Llauro

Lucía Suárez

Expertas consultadas:

Sandra Huenchuan

Adriana Rovira

Lía Daichman

Esta publicación es producto de un trabajo de investigación que pudo realizarse gracias al financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a quien le agradecemos su colaboración.

Roqué, Monica Laura

Residencias de larga estadía: conceptualización y análisis para la prevención del maltrato y la promoción del buen trato: estudio exploratorio sobre situaciones de violencias, abuso y maltrato hacia las personas mayores afiliadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que se encuentran alojadas en Residencias de Larga Estadía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires / Monica Laura Roqué ; Ana Palazzesi ; Sandra Hiriart ; dirigido por Monica Laura Roqué. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Inst. Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP, 2023.

Libro digital, DOC

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-48963-4-6

1. Gerontología. I. Palazzesi, Ana. II. Hiriart, Sandra. III. Título.
CDD 362.67

Prólogo

Desde que llegamos a la gestión en diciembre de 2019 nos propusimos mejorar la calidad de vida de las personas mayores afiliadas al Instituto que viven en residencias de larga estadía. Por ello, en marzo de 2020 implementamos el programa

Residencias Cuidadas que nos permitió proteger de la pandemia de COVID-19 a 22 mil personas de 60 años y más que se encontraban alojadas allí. El abordaje epidemiológico, médico, psicosocial y la capacitación, logró salvar la vida de muchas personas mayores. Cuando en el mundo desarrollado se dejaron morir a las personas mayores en residencias, en PAMI las colocamos en un lugar central de cuidado y protección. En países como España, Bélgica, Holanda y Francia del total de las personas fallecidas, las personas mayores en residencias significaron entre el 40% y el 50% de las muertes; en PAMI esta cifra representó el 2,7%.

Elaboramos un protocolo sobre buentrato en pandemia, para mitigar las dificultades por las que debían atravesar las personas mayores que no podían salir de las residencias ni recibir la visita de sus seres queridos. En el protocolo se daban recomendaciones para propiciar un clima institucional cálido y alegre, continuar con el mayor nivel de actividad social posible, promover actividades físicas y de entretenimiento, mantener las relaciones con familiares y amigos mediante el contacto telefónico u otros dispositivos para que la vida cotidiana transcurriera lo más parecida a lo que era antes de la pandemia.

También generamos capacitación virtual permanente sobre buentrato en una

plataforma educativa Aprender.PAMI que nos permitió llegar al personal de las residencias, con contenidos sobre gerontología, cuidados, buentrato y, por supuesto, las novedades sobre prevención del COVID-19, que recibíamos del Ministerio de Salud. A la fecha se han capacitado 8000 trabajadores/as de residencias en el curso de buentrato.

Siguiendo esta perspectiva, en marzo de 2023 pusimos en marcha una investigación sobre la tipología de situaciones de maltrato en las residencias, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo, cuyos resultados se muestran en este documento. Una de las mejoras que propició esta investigación fue la nueva resolución (896-2023- INSSJPDE#INSSJP) que reemplaza a la normativa anterior y tiene como eje fundamental la atención centrada en la persona y el cumplimiento de los derechos humanos.

El documento producto de la investigación aborda, además, los factores de riesgo que pueden producir el maltrato, que permiten identificarlos y actuar para evitarlos. Orienta sobre herramientas de prevención y de abordaje que, sin duda, redundan en una mejora en la calidad de vida de las personas mayores y una mejor calidad de atención por parte de los trabajadores y las trabajadoras de las residencias.

Nuestro compromiso es propiciar un clima de buentrato y garantizar el cumplimiento de los derechos humanos a todas las personas afiliadas que viven en residencias de larga estadía.

Luana Volnovich

Directora Ejecutiva de PAMI

Índice

Resumen	7
1. Introducción	8
2. Estudios sobre la problemática del abuso y maltrato a personas mayores	10
2.1. A nivel internacional	10
2.2. A nivel nacional	14
3. ¿Qué se entiende por violencia?	14
4. ¿Qué se entiende por maltrato?	15
4.1. Tipología y efecto	15
5. Modelos explicativos de la violencia	17
6. Modelo ecológico: Aplicación a las situaciones de violencia a personas mayores	18
7. Normativas internacionales	21
8. Normativas nacionales	22
9. Resultados de la investigación	24
9.1. Nivel individual: personas mayores	24
9.1.1. Género: mujeres	24
9.1.2. Género: Varones	25
9.2. Comparaciones desde la perspectiva de género	26
9.3. Nivel institucional: Residencias de Larga Estadía	28
10. Análisis de entrevistas	29
10.1. Personas cuidadoras y profesionales de las Residencias de Larga Estadía	29
10.2. Familiares de residentes	31
11. Impacto en la salud integral de las personas mayores con motivo de la posible violencia padecida en el contexto de su institucionalización	33
11.1. Factores de riesgo de la persona mayor	33
11.2. Factores de riesgo en el entorno institucional	33
11.3. Factores de riesgo del entorno familiar	35
12. Conclusiones	35
Expertas consultadas	38
Bibliografía	39
Citas	42

Resumen

El objetivo central de esta investigación consistió en detectar, describir y analizar la prevalencia de situaciones de maltrato ejercidas hacia las personas mayores alojadas en Residencias de Larga Estadía (RLE) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), prestadoras del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) de Argentina. En base a ello, se seleccionó una metodología cualitativa para indagar acerca de esta problemática social. Particularmente, se considera que la estrategia de investigación es apropiada para ser aplicada en el presente caso porque una de sus mayores fortalezas es que permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los múltiples procesos vividos por los actores sociales.

De las 63 RLE de CABA se seleccionaron siete para realizar entrevistas a personas mayores residentes, profesionales y cuidadoras/es. En total, se efectuaron 41 entrevistas semiestructuradas a personas mayores que no padecían problemas de audición ni del habla y que no presentaban ningún signo de deterioro cognitivo. Asimismo, fueron entrevistadas/os 31 profesionales de diferentes disciplinas (medicina, nutrición, enfermería, terapia ocupacional, entre otras); se realizó un grupo focal integrado por 12 cuidadoras gerontológicas; y se llevaron a cabo entrevistas a familiares de residentes.

Por último, se convocó a tres expertas de nivel internacional, por sus antecedentes académicos con relación a la problemática, su trayectoria y experiencia profesional vinculadas al tema de investigación.

En cuanto a los resultados, se arribó a la conclusión de que la violencia, como ejercicio de abuso de poder con un componente de intencionalidad, apareció con mayor frecuencia en las distintas residencias visitadas y en la interacción diaria de las personas que las integran: de las personas mayores entre sí, de las personas mayores hacia el personal no profesional, de las personas mayores hacia el personal profesional, de las personas que cuidan a los/as mayores. Dentro de las modalidades, prevaleció la violencia verbal, seguidas por la violencia psicológica y física.



1. Introducción

Si bien desde hace muchos años, el INSSJP-PAMI lleva adelante políticas públicas de cuidados, a partir de la gestión que asumió en diciembre del 2019, dichas políticas fueron jerarquizadas mediante la creación de la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidados, que depende de manera directa de la Dirección Ejecutiva del organismo.

INSSJP-PAMI es una Obra Social que brinda atención sociosanitaria a 5 millones de personas afiliadas, de las cuales 4,6 millones son jubiladas y pensionadas del Sistema Integrado Previsional Argentino, lo que representa el 62% de todas las personas de 60 años y más.

Argentina es un país envejecido, ya que dicho segmento de la población representa el 16% -el 57% está compuesto por mujeres y el 43% por varones-, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a los cuidados en dos grandes ejes: los “Cuidados en la Comunidad”, aquellos que se ofrecen en el domicilio o en Centros de Día, y los “Cuidados Institucionales”, que se brindan en RLE (OMS, 2015).

En Argentina, el dato más actualizado proviene del CENSO 2010 donde se relevaron 3.584 RLE (Roqué, M. y Fassio, A, 2015). En la actualidad, el INSSJP-PAMI cuenta con 544 residencias extendidas en todo el país, entre RLE y Residencias de Larga Estadía Especializadas en Cuidados Psicogerontológicos (RLEP). Las personas afiliadas tienen acceso a estas prestaciones financiadas por INSSJP-PAMI. De este conjunto de dispositivos, cuatro son de gestión propia y el resto contratadas. Para el organismo, las residencias son centros sociales con coordinación socio sanitaria que funcionan como “la casa de las personas mayores que la habitan”.

Cabe señalar que la presente investigación se llevó a cabo bajo la normativa que regía desde 2001 y que expresaba un enfoque asistencialista. Se destaca que a partir del año 2023, se aprobó un nuevo marco mediante la Resolución 896-2023-INSSJP-DE#INSSJP, que establece una modalidad centrada en el paradigma de los derechos humanos y presenta principios rectores que son de cumplimiento obligatorio para todos los prestadores: la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor; la dignidad, respeto y buentrato¹; la igualdad y no discriminación; la atención centrada en la persona; la autonomía e independencia; los cuidados como un derecho humano y la participación de las personas mayores en la elaboración del plan de atención.

¹ PAMI promueve el uso de la palabra “buentrato” escrito en una sola palabra, con el fin de instalar un significado opuesto al de la palabra maltrato -que en español se escribe en una sola palabra- y asociando en el uso de este nuevo sustantivo el paradigma de los derechos humanos.

Además, esta nueva normativa plantea la prohibición del uso de sujeciones, consideradas como ejercicios de maltrato contra las personas mayores debido a que coarta su libertad. Otro aspecto importante para remarcar, refiere a los cambios edilicios que propone, dado que se basan en entornos favorables que no generen maltrato, que respeten la intimidad y promuevan la libre circulación facilitando la accesibilidad. De tal modo, se establece la prohibición de habitaciones de más de tres plazas, dando mayor reconocimiento económico a las que ofrecen habitaciones dobles o simples con baño privado.

Asimismo, se prohíbe el uso de más de una planta si el edificio no posee ascensor; obliga a contemplar espacios para el desarrollo de actividades de estimulación y recreación; el acceso a internet en los espacios comunes y en las habitaciones, y contar con computadoras o *tablets* a disposición de las personas residentes.

Por otra parte, el mencionado marco duplica la carga horaria de las/os profesionales de Trabajo Social y se incorpora psicólogo/a y kinesiólogo/a, roles que la normativa anterior (Nº 559) no contemplaba. La Atención Centrada en la Persona (ACP) se constituye como eje central en las residencias, por ello se exige que el personal esté capacitado en buen trato, en abordajes a situaciones de violencia por motivos de género y diversidad sexual, accesibilidad, geriatría y gerontología, entre otros temas relevantes.

En virtud de estos avances en materia de derechos humanos de las personas mayores, INSSJP-PAMI decidió profundizar el conocimiento sobre las situaciones

que violan tales derechos y que generan situaciones de abuso y malos tratos. Para ello, llevó adelante una investigación cuyo objetivo central fue detectar, describir y analizar la prevalencia de situaciones de maltrato ejercidas hacia las personas mayores alojadas en RLE de CABA, prestadoras del organismo.

Para indagar sobre esta temática el estudio seleccionó una metodología cualitativa. Particularmente, esta estrategia de investigación es considerada apropiada para ser aplicada en el presente caso porque una de sus mayores fortalezas es que permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los múltiples procesos vividos por los actores sociales.

El instrumento de investigación por excelencia fue la entrevista semiestructurada, destinada tanto a las personas residentes y a sus familiares, como así también a profesionales y cuidadoras/es asistentes gerontológicos/as que se desempeñan en las residencias, y utilizada con el fin de detectar, describir y analizar la prevalencia de situaciones de maltrato sobre las personas mayores allí alojadas.

El diseño fue selectivo, con muestreo del tipo intencional y la población total dividida en cuatro grupos: 1) Personas mayores alojadas en las residencias seleccionadas; 2) Personas que trabajan en dichas residencias; 3) Familiares de las personas mayores residentes; 3) Informantes clave en la temática.

De las 63 RLE prestadoras de INSSJP-PAMI en CABA se seleccionaron siete. Las técnicas cualitativas focalizaron en el conocimiento

de la interacción interpersonal entre quienes trabajan y quienes residen.

En total, se realizaron 41 entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores que no padecían problemas de audición ni del habla y que no presentaban ningún signo de deterioro cognitivo.

En tanto que 31 entrevistas fueron efectuadas a profesionales de diferentes disciplinas (medicina, nutrición, enfermería y terapia ocupacional) y a cuidadoras/es gerontológicas/os que se desempeñan en las residencias que integraron el estudio.

Asimismo, se seleccionó a personas mayores de edad que fueran familiares directos, con aceptación previa del o la residente para su participación en la investigación; se entrevistaron a cinco familiares, entre hermanas/os e hijos/as.

Además, se llevó adelante un grupo focal integrado por 12 cuidadoras gerontológicas que trabajan en las residencias elegidas a través de *Google Meet* (plataforma de videoconferencia), el encuentro tuvo una hora de duración. Cabe mencionar que todas las personas participantes firmaron un consentimiento informado a fin de garantizar su anonimato y la aceptación de formar parte de la investigación.

Puntualmente, el objetivo del grupo focal fue lograr una mayor comprensión sobre los siguientes temas: a) problemas principales a los que se enfrentan las personas mayores en el contexto de su institucionalización; b) cómo se define el maltrato y sus diferentes tipos; c) consecuencias del maltrato para las personas mayores, sus familias, la institución y la comunidad; d) el maltrato a la persona mayor como una cuestión

de salud y asunto de preocupación para los/as cuidadores/as gerontológicos; e) identificación de carencias, necesidades y consideraciones para una futura respuesta contra el maltrato y a favor de la asistencia y la prevención.

Para el procesamiento de la información cualitativa de las entrevistas semiestructuradas y en profundidad a personas mayores y a personas trabajadoras de las RLE, como así también de lo relevado en los grupos focales, se utilizó el método comparativo constante que permite que la instancia de análisis no quede relegada al terminar de recoger la información, sino que se realiza a lo largo de todo el desarrollo de la investigación, incluso a partir de los primeros contactos con los/as informantes clave.

Por último, se convocó a tres expertas a nivel internacional, por sus trayectorias, experiencias profesionales y antecedentes académicos relacionados a la temática convocante.

—

2. Estudios sobre la problemática del abuso y maltrato a personas mayores

2.1. A nivel internacional

El maltrato hacia las personas mayores resulta el tema de estudio más reciente en relación a otros grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, tales como las mujeres, los niños, niñas y adolescentes. En el año 1975 se comenzó a teorizar sobre el “síndrome de la abuelita golpeada” en

el Reino Unido y, posteriormente, durante los años ochenta se difundió información sobre investigaciones científicas y medidas de gobierno realizadas en Australia, Canadá, China, Estados Unidos, Noruega y Suecia y, en el decenio siguiente, en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Sudáfrica y otros países europeos.

Aunque el maltrato hacia las personas mayores se identificó por primera vez en los países desarrollados (donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes), los hechos anecdóticos y datos procedentes de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un problema universal. El hecho de que en los últimos tiempos se esté tomando mucho más seriamente es un claro reflejo del interés cada vez más generalizado por los derechos humanos y el envejecimiento de la población.

La mayor parte de los estudios sobre discriminación, abuso y maltrato se han obtenido de la información procedente de las personas mayores que acceden a los servicios sociosanitarios o de justicia por sus propios medios. En menor escala, se observan aquellas investigaciones que relacionan los malos tratos en situaciones de institucionalización.

En el año 2021, la OMS informó que 1 de cada 6 personas mayores sufrió algún tipo de abuso, mientras que 2 de cada 3 trabajadores/as de RLE admitieron infligir malos tratos a residentes. El organismo también indicó que la problemática se incrementó durante la pandemia generada por COVID-19.

Este tipo de acciones provocan graves consecuencias en la salud y en la vida de

las personas mayores. Si bien se considera que tanto la dependencia como la institucionalización aumentan el riesgo de sufrir malos tratos, aún existen muy pocos estudios que aborden el tema. De hecho, a la ausencia de datos sobre la cantidad total de RLE formales e informales en los países de la región de América Latina y Caribe, tal como informan las expertas consultadas en el tema, se suma la omisión del control de muchas de las que efectivamente se encuentran incluidas en los sistemas formales.

En este marco, es importante y necesaria la revisión e implementación de políticas institucionales y públicas que generen notables retrocesos en los niveles de violencia y detengan esta problemática. Por tal motivo, también es prioritario conocer los distintos factores que atraviesan tanto las personas mayores, como quienes se ocupan de su cuidado integral en las residencias. De esta manera, se aportará un valioso conocimiento para tomar decisiones en la intervención y establecer cuáles son los efectos esperables en la reversión del problema hacia las buenas prácticas.

Karl Pillemer, David Burnes, Catherine Riffin, y Mark S. Lachs (2016) llevaron a cabo una investigación cuyo propósito fue brindar una descripción general de los problemas globales en el campo del abuso de personas mayores, con un enfoque en la prevención. Para ello, realizaron una revisión del alcance de los problemas clave en el campo desde una perspectiva internacional, mediante una síntesis válida y confiable de los conocimientos actuales sobre la prevalencia y los factores de riesgo. Los hallazgos señalaron un consenso creciente entre los estudios con respecto a la gravedad y las

causas del maltrato a personas mayores, así como la necesidad urgente de reunir esfuerzos para desarrollar programas de prevención más efectivos y basados en evidencia.

Otro de los estudios relevados fue publicado en 2019 por Yongjie Yon, María Ramiro-González, Christopher R. Mikton, Manfred Huber y Dinesh Sethi de la OMS, sobre la prevalencia del abuso de personas mayores en entornos institucionales. Este grupo de investigadores afirmó que cerca de 1 de cada 6 personas mayores sufrió maltrato en un entorno comunitario durante 2018. Se cree que el abuso en las instituciones es igual de frecuente y existen pocas pruebas de la magnitud del problema en los centros de atención a personas mayores.

El objetivo de la mencionada revisión fue realizar un examen sistemático y un metaanálisis del problema en entornos institucionales y proporcionar estimaciones de la prevalencia del abuso de mayores durante 12 meses. El método implementado consistió en búsquedas sistemáticas en 14 bases de datos académicas y otras plataformas en línea. Además, se consultó a 26 expertos en el campo para identificar más investigaciones. Dos revisores independientes examinaron todos los estudios en cuanto a los criterios de inclusión. Se extrajeron los datos y se realizó un metaanálisis. La información brindada por los/as residentes mayores y el personal fue considerada por separado.

Entre los resultados, nueve estudios cumplieron con los criterios de inclusión de un total de 55 estudios identificados para revisión. Las estimaciones generales, basadas en los informes del personal,

identificaron que el 64,2% del personal admitió el abuso de personas mayores. Las estimaciones de prevalencia de los subtipos de abuso informados por los residentes mayores fueron más altas para el abuso psicológico (33,4%), seguido del abuso físico (14,1%), financiero (13,8%), negligencia (11,6%) y abuso sexual (1,9%).

El estudio concluyó que la prevalencia de maltrato a personas mayores en instituciones es alta y que la acción global para mejorar la vigilancia y el monitoreo de la problemática resulta vital para informar la acción política para su prevención.

En tercer orden, se identificó la investigación llevada a cabo por E-Shien Chang y Becca Levy del Departamento de Ciencias Sociales y del Comportamiento, Escuela de Salud Pública de Yale, New Haven, publicada en 2021, sobre el maltrato a personas mayores durante la pandemia. Su objetivo fue estimar la prevalencia y los factores de riesgo y resiliencia del maltrato a personas mayores en dicho contexto.

El método seleccionado para este estudio fue la encuesta y se realizó a través de dos plataformas en línea durante el 23 de abril y el 5 de mayo de 2020, cuando la mayoría de los Estados del mundo habían establecido medidas de aislamiento y/o distanciamiento social. La cohorte final consistió en una muestra sociodemográficamente diversa de 897 personas mayores en Estados Unidos. La prevalencia del maltrato a personas mayores se evaluó mediante una medida validada que fue utilizada previamente en un estudio poblacional similar.

Los factores relacionados con la pandemia se examinaron en los contextos comunitario,

relacional e individual. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística multivariante para examinar los determinantes del maltrato a personas mayores. Dentro de los principales resultados aportados se precisó que 1 de cada 5 personas mayores en la muestra del estudio (n = 191; 21,3%) informó sobre maltrato a personas mayores, un aumento del 83,6% con respecto a las estimaciones de prevalencia que existían antes de la pandemia.

En los modelos finales, el sentido de comunidad surgió como un factor protector persistente para el maltrato a personas mayores. A nivel relacional, el distanciamiento físico se asoció con un riesgo reducido de maltrato. A nivel individual, la tensión financiera se asoció con un mayor riesgo de abuso. Los/as investigadores/as llegaron a la conclusión de que los/as profesionales de la salud y los/as encargados/as de formular políticas deberían estar preparados/as para abordar el aumento del abuso de personas mayores asociado con la evolución de la pandemia.

Dando inicio al análisis de reseñas pertenecientes al conjunto de investigaciones circunscriptas a Latinoamérica, en primer lugar, se incluye la llevada a cabo por la investigadora Miriam Rubio Acuña (2012) de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quien realizó una revisión que tuvo el objetivo de conocer la prevalencia de maltrato institucional (concebido aquí como cualquier forma de abuso que ocurre en servicios dirigidos a personas mayores), algunos factores relacionados y las dificultades y estrategias para su prevención, detección y manejo.

Esta revisión bibliográfica muestra que el maltrato se presenta con mayor frecuencia en RLE y el tipo más frecuente es la negligencia. Los factores asociados son los que tienen relación con la persona residente y con el ambiente. Las principales estrategias consisten en invertir recursos sociosanitarios, sensibilizar a la población respecto al maltrato de las personas mayores, considerar las necesidades de estos, fortalecer la formación de pregrado de los profesionales de salud en este ámbito y realizar educación continua, puesto que el maltrato es un problema social que debe ser abordado de manera integral.

En segundo lugar, fue relevada la investigación llevada a cabo por Dimitri Taurino Guedes, Carmen Lucía Curcio, Beatriz Alvarado Llano, María Victoria Zunzunegui y Ricardo Guerra la que tuvo como objetivo describir la prevalencia de violencia doméstica en varones y mujeres mayores de las localidades de Natal (Brasil) y Manizales (Colombia) y explorar si las diferencias de género se deben a diferencias en condiciones sociales y económicas a lo largo de la vida. Fue un estudio transversal, con muestra aleatoria de 802 hombres y mujeres de entre 65 y 74 años, realizado por el Estudio International Mobility in Aging Study (IMIAS) en 2015.

La violencia perpetrada, durante los últimos seis meses y alguna vez en la vida, fue evaluada por la Escala HITS. La Regresión de Poisson fue utilizada para estimar las razones de prevalencia de violencia de las mujeres respecto a los varones. Dentro de los principales resultados, el estudio planteó que la experiencia de violencia física ocurrida alguna vez en la vida varió entre

2,2% y 18,3% según la ciudad y el sexo. La violencia psicológica fue más elevada en mujeres, perpetrada por el compañero de 25,7% en Natal y 19,4% en Manizales; y por la familia, 18,3% en Manizales y 10% en Natal. Casi la mitad de las personas participantes informó haber sufrido violencia psicológica alguna vez en la vida. La violencia actual o alguna vez en la vida fue más frecuente en las mujeres.

La conclusión a la que arribó dicho estudio es que las tasas de prevalencia de violencia doméstica en las personas mayores revelan que las mujeres son más afectadas, por lo cual deben ser consideradas como prioridad en las políticas de prevención de la agenda de salud para Latinoamérica.

2.2 A nivel nacional

Durante el último trimestre del año 2012, el INDEC realizó la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Personas Mayores (ENCaViAM). El diseño del estudio se realizó con la estrecha colaboración y asistencia de la Dirección Nacional de Políticas para Personas Mayores (DINAPAM) perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, siguiendo el principio de la oportunidad y utilidad de la información estadística para la toma de decisiones.

La ENCaViAM tuvo como objetivo principal generar información sobre la calidad de vida de la población de 60 años y más de Argentina y dentro de los objetivos específicos consideró proporcionar información sobre la percepción de las personas mayores en relación con distintas situaciones de maltrato, datos que resultan

relevantes y necesarios a los fines de la temática de esta investigación.

En cuanto a las conclusiones arribadas respecto a la percepción de maltrato por parte de las personas adultas mayores, surgió que casi un 9% de la población entrevistada dijo conocer a una persona mayor golpeada o agredida por sus familiares.

Respecto al trato que se les dispensa a personas de 60 años y más en comparación con las personas más jóvenes, la población entrevistada cree que el ámbito de peor trato son los bancos u oficinas públicas (39%), mientras que, en otros espacios, como consultorios médicos, familia o su entorno cercano, estas situaciones son señaladas por 1 de cada 5 personas entrevistadas de 60 años y más. En cada uno de estos entornos, las mujeres manifestaron, en mayor proporción, percibir situaciones de maltrato.

Con relación a los grupos de edad, el estudio marcó que la percepción de maltrato disminuye a medida que la edad aumenta. Por ejemplo, el 22% de personas entre 60 y 74 años consideró que la familia o personas cercanas hacen uso de objetos de valor sin su permiso. En tanto que esta percepción se redujo al 15% en las personas mayores de 75 años y más.



3. ¿Qué se entiende por violencia?

La OMS define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

A este respecto, la clasificación de la OMS divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones); la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y personas mayores, así como violencia entre personas sin parentesco); y la violencia colectiva (social, política y económica).

4. ¿Qué se entiende por maltrato?

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2022), el maltrato a las personas mayores es definido como un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas, que se dan dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor.

4.1 Tipología y efecto

Los datos aportados por organismos nacionales e internacionales permiten arribar a una clasificación de los malos tratos. A este respecto, es importante considerar que pueden tener graves

consecuencias físicas, mentales, financieras y sociales según se expresa a continuación, siguiendo las definiciones de la Doctora en Psicología, Isabel Iborra Marmolejo (2005):

Físico: el que se emplea contra el cuerpo produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte la integridad física.

→ **Ejemplos:** empujar, zamarrear, forcejear, golpear, quemar, tironear del cabello, arrastrar, tomar con fuerza de algún lugar del cuerpo con intención de daño, pellizcar, cortar, producir o profundizar herida, morder, rasguñar, entre otros.

→ **Efectos:** distintos tipos de heridas, arañazos, contusiones, marcas mordeduras, moretones, quebraduras, quemaduras, luxaciones, abrasiones, pérdida de cabello, pérdida de piezas dentarias, entre otros.

Psicológico: el que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal, o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación o aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia o

sumisión, coerción verbal, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación. Así también, la hostilidad hacia los objetos o mascotas de pertenencia de las personas mayores. Al respecto, existe un consenso generalizado de que este tipo de maltrato es el de mayor prevalencia y, paralelamente, el de mayor invisibilización.

→ **Ejemplos:** gritar, humillar, avergonzar, atacar la autoestima, infantilizar, amenazar con dañar, amenazar con abandonar, amenazar de muerte, invadir espacios privados, prohibición de contacto con vecinos/as, amigos/as, familiares, obstaculización o impedimento del descanso y/o sueño, apropiación y/o destrucción o daño de objetos de valor afectivo, omisión de deseos y decisiones, entre otros.

→ **Efectos:** pérdida de autoestima, aislamiento, tristeza, soledad, autoabandono, llanto recurrente, depresión, ansiedad, parálisis emocional, encierro, pérdida de intereses, indefensión, temor, insomnio, pesadillas, pérdida del apetito, confusión, desorientación, mirada evitativa, temblores, estado de shock, bloque psicoemocional, desconocimiento del espacio.

Negligencia: es la dejación o abandono en el cuidado de una persona mayor.

→ **Ejemplos:** omitir la alimentación, proporcionar vestimenta inadecuada, desestimar la asistencia médica, administrar medicación en dosis inadecuadas, privar de necesidades básicas como la higiene, desestimar el frío o el calor, abandono.

→ **Efectos:** malnutrición, desnutrición, deshidratación, ausencia de higiene corporal, hipotermia, hipertermia, úlceras de decúbito, agudización de enfermedades.

Sexual: cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual, mediante amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la explotación, esclavitud, acoso y abuso sexual.

→ **Ejemplos:** tocamientos, besos, penetración, vejación, acoso, exhibicionismo, entre otros.

→ **Efectos:** traumas en genitales, pechos, boca, zona anal, enfermedades de transmisión sexual, marcas de mordiscos o presiones.

Económica, patrimonial, financiera y/o material:

es aquella forma de maltrato que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales y la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o propiedades de una persona mayor.

→ **Ejemplos:** apropiación de alimentos, dinero, jubilación, pensión, rentas, joyas, mobiliario, electrodomésticos, automóvil, vivienda, omisión de pagos de servicios inmobiliarios, falsificación de la firma, imposición de firma de documentos.

En el marco del modelo multidimensional, es considerable estimar las actuales convivencias bi, tri y multigeneracionales sin capacidad de aporte económico en las familias de las personas mayores, por la cohabitación, y el cuidado impuesto de niños y niñas sin remuneración por tal tarea.

→ **Efectos:** privaciones económicas, carencia de servicios, insumos, deterioro y/o disminución del nivel de vida.



Revictimización o victimización secundaria:

consiste en desatender o atender inadecuadamente a la persona mayor que padece violencia en su solicitud, reclamo o denuncia de auxilio o asistencia. Otra forma, refiere a la omisión de intervención frente al conocimiento de una situación de discriminación, abuso o maltrato a una persona mayor en una RLE.

5. Modelos explicativos de la violencia

El recorrido por los modelos explicativos respecto de las causas de la violencia posibilita mencionar brevemente algunas concepciones prevalentes respecto del análisis de este fenómeno (Bringiotti, 1999):

1. Modelo psicopatológico: está desarrollado dentro de disciplinas como la psicología y la psiquiatría e intenta buscar enfermedades y trastornos psicológicos en las personas y sus historias como orígenes de los comportamientos violentos.

Se ha sostenido como la primera teoría en explicar la causalidad de la violencia, fundamentalmente por tres motivos: frente a la situación de maltrato resulta difícil encontrar un motivo, se presenta como más simple y rápido atribuirlo a una enfermedad mental. En segundo lugar, considerar “enfermo/a” a quien ejerce o padece violencia planea una “saludable” distancia entre un “ellos/

as y nosotros/as”: “los/as sanos/as” y “los/as enfermos/as”. Finalmente, conceptualizar al fenómeno de este modo libera a la sociedad en general de su responsabilidad en el tema

2. Modelo de interacción: tomado de la teoría de los sistemas, separa y analiza la participación de cada uno de los elementos de cada sistema y su compleja interacción en la producción del fenómeno. Su atención se encuentra centrada en los patrones disfuncionales de la interacción familiar.

3. Modelo sociocultural: remite al concepto de violencia estructural que se expresa en variadas formas en el acontecer diario. De acuerdo con ello, los numerosos factores estresantes que generan los contextos sociales deterioran el funcionamiento familiar. En este modelo, las personas que ejercen violencia son víctimas de fuerzas sociales como el desempleo, el aislamiento social u otros factores socioeconómicos.

4. Modelo ecológico: se presenta como una matriz incluyente que considera la interacción de factores que ocurren en el macro, exo, meso y microsistema. En cualquier situación de maltrato son múltiples los factores que actúan simultáneamente. Las fuerzas que operan para la ocurrencia de dicho tipo de situaciones actúan tanto en el individuo como en la familia, las instituciones, la comunidad y la cultura en las que esta persona se encuentra inmersa. Constituye una propuesta de esquema útil para integrar y considerar simultáneamente los distintos contextos

implicados en el maltrato a las personas mayores.

En virtud de que este modelo resulta fundamental a la hora de comprender las violencias, es importante abordarlo con mayor profundidad.

—

6. Modelo ecológico: Aplicación a las situaciones de violencia a personas mayores

Se considera a las personas como arte y efecto de múltiples interacciones que se producen en el contexto sobre el cual se desarrollan. Este análisis estima la totalidad del comportamiento humano en esa trama, incluidas las distintas manifestaciones de violencia.

El modelo desarrollado inicialmente por Bronfenbrenner (1987) propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana, y su selección para esta investigación se debe a que puede explicar las interacciones que se crean a través de sistemas múltiples, como un interjuego entre los factores individuales, interpersonales, comunitarios y el contexto sociocultural. Desde esta perspectiva, no existe un único factor que por sí mismo sea causante del maltrato, sino que hay varios que se combinan, y ello aumenta la probabilidad de que una persona determinada ejerza violencia hacia otra. Recientemente, autores como Schiamberg y Gans (1999) y Carp (2000) aplicaron este modelo al estudio del maltrato cometido contra personas mayores.

Cuando se habla de contexto, se hace referencia a los distintos niveles que atraviesan y son atravesadas las personas: familiar, institucional, comunitario, social a nivel micro y macro. Respecto del nivel o sistema familiar, se debe tener en cuenta –en el marco del análisis– la predominancia de ciertos factores explicativos como, por ejemplo, la historia personal. Numerosas personas que reproducen posiciones de víctima o victimario/a de malos tratos han crecido y/o se han desarrollado en hogares con dicho estilo de relación. Algunos autores parten de esta aseveración, poniendo el acento en una mirada retrospectiva generalizada en las poblaciones estudiadas y sostienen que en todos los casos en que en la adultez se reproducen posiciones de víctima o de victimario/a es porque se experimentaron infancias maltratadas (Zeker, 2011).

Particularmente, respecto a las personas mayores, este estudio consideró una serie de variables a la hora de adquirir información acerca de sus historias personales:

- a. Durante la infancia de las personas mayores, la violencia familiar o doméstica aún no había sido nominada o conceptualizada. De modo tal que es posible que el maltrato no sea percibido de esta forma, aunque se haya padecido, sino como una modalidad “educativa” o en casos más extremos como una modalidad “correctiva”.
- b. Es naturalmente difícil expresar el dolor, dado que los mecanismos internos suelen operar como defensa y estabilidad. Probablemente, la persona mayor niegue este tipo de sucesos en

su crianza, en el curso de su infancia y/o adolescencia. Esto no significa que los hechos dolorosos no hayan ocurrido, sino que se instrumentaron defensas más fuertes (por ejemplo, naturalización, idealización y/o transformación en lo contrario), unidas a sistemas de valores y creencias imperantes reconocidas y reproducidas en el seno familiar como “fuente de amor y felicidad”.

No obstante, es válido realizar descripciones de las modalidades de malos tratos imperantes histórica y socioculturalmente, que permitan y/o faciliten su identificación a los fines de elaborar un esquema explicativo de causalidad lo más completo posible. Por ejemplo, se han detectado a partir de estudios locales la recurrencia de las siguientes variables en las historias personales de las personas mayores: abandonos tempranos; falta de reconocimiento de la identidad; institucionalizaciones en organizaciones de carácter pupilar asistencial con componentes de violencia psicológica y física; desarraigo de la familia de origen; secretos familiares con respecto a la identidad; desarraigo del lugar geográfico de crianza y apego; avasallamiento cultural; trabajo infantil, mucho más frecuente en sectores rurales; distintas modalidades de adultización, como estar a cargo de hermanos/as menores a edades tempranas; abuso sexual infantil y/o adolescente; ser testigo de la violencia ejercida del padre o pareja hacia la madre en el transcurso del crecimiento y desarrollo; o ser testigo del alcoholismo, generalmente paterno.

- c. Respecto de la variable género, esta investigación se basó en una construcción social de los roles mujer/varón. La inclusión de este enfoque en la reflexión minuciosa de la causalidad del abuso y maltrato a las personas mayores considera, fundamentalmente, las relaciones de poder entre los géneros y su incidencia desde el punto de vista de la discriminación, subordinación y dominación que ha desfavorecido a la mujer en el transcurso de la historia.

Esta diferenciación jerárquica creó estereotipos, mitos, creencias y prejuicios del envejecimiento que reproducen desigualdades de poder. Es probable que, en general, los relatos de las personas mayores planteen sistemas de creencias ligadas a la construcción y desarrollo de los roles femeninos a la imagen de la mujer cuidadora de su hogar y familiar, limitada al ámbito privado, y al rol del varón con imágenes vinculadas al plano laboral, público, económicamente sostenedor de dicha familia y hogar.

- d. Se consideró pertinente incluir una reflexión acerca de la inversión de la situación de poder, ya que, en la línea de sentido analizada, la persona mayor suele ingresar en un proceso social de cierta vulnerabilidad. La pérdida del rol productivo, laboral, la adultez e independencia de los hijos/as, la merma en el capital económico, así como social, el natural envejecimiento biológico sumado a condiciones particulares de las personas y familias que fueron tomadas como objeto de análisis, en general, conducen a las personas mayores a una inversión de poder en las relaciones:

primero familiares, luego sociales y, por último, sobre sí mismos. Tal es el terreno en donde dicha inversión facilita la posición de pasividad frente al maltrato.

- e. Las burlas y los señalamientos despectivos son experimentados usualmente como situaciones profundamente degradantes. Las definiciones de violencia incluyen el abuso verbal como una de las formas que producen efectos de corto y largo plazo. El abuso verbal y emocional puede ser más sutil que el daño físico, pero esto no significa que sea menos destructivo para las víctimas, advierte Iborra Marmolejo (2005).
- f. Los roles que se desarrollan durante el proceso de envejecimiento contribuyen a la construcción de una identidad social que posee fases de permeabilidad a lo largo de toda la vida. ¿Qué ocurre con las personas cuando toda devoción del contexto inmediato, o gran parte de él, le ofrece únicamente estímulos negativos sobre ellas mismas? Es muy probable que se interiorice una imagen peyorativa de sí mismas, que se proyecta en los planos cognitivos, conductuales, psicodinámicos e interaccionales, entre otros. Es decir, es factible que se creen acciones e ideas que en la interacción con el medio produzcan impactos en el detrimento de la autoestima, lo que puede conllevar al declive de la propia imagen, de las fuerzas y apoyos personales y sociales que facilitan la condición de vulnerabilidad.

¿Cuál es el interjuego y las tensiones que se producen a nivel institucional en el marco del modelo ecológico? Las relaciones de

poder dependen tanto de las características estructurales de las organizaciones como de los recursos con que cuentan las personas, condicionadas y condicionantes de la estructura organizacional. Ahora bien, en cada uno de los niveles o sistemas que atraviesan las personas existen condicionantes productores o reproductores de malos tratos a las personas mayores. La actitud prejuiciosa y discriminatoria hacia las personas viejas –denominado viejismo– suele estar naturalizada y, por lo tanto, oculta en términos de conciencia. En muchos casos, especialmente ante diagnósticos de demencias, trastornos cognitivos o enfermedad de Alzheimer las personas mayores suelen recibir malos tratos institucionales y sufrir revictimizaciones.

Es importante tener siempre presente al menos dos circunstancias: 1) ninguna situación o enfermedad –en caso de que la hubiere– justifica la violencia; 2) los malos tratos pueden operar como desencadenantes de situaciones desestabilizadoras, presentando al momento y no previamente, sintomatología acorde a algún cuadro.

A nivel social, el medio en el cual se desarrollan las personas influye de manera implícita. Por lo tanto, la exposición cotidiana, permanente y constante de violencia tanto en los medios de comunicación, como en la comunidad o en las instituciones, por poner algunos ejemplos, puede derivar en su normalización o naturalización y es factible de ser asumida como respuesta de interacción válida.

Finalmente, y desde el punto de vista macrosistémico, este breve recorrido

sintetiza que las personas son, en parte, producto de las relaciones directas en el día a día, de la relación entre y junto a otros/as que impactan sobre ellas, de las instituciones de las que son parte o acuden, y de una estructura social que posee determinados valores y creencias. En este aspecto, resulta fundamental modificar y abolir las actitudes y acciones descalificadoras, discriminatorias y la concepción estigmatizante que prima sobre la vejez y el envejecimiento.

—

7. Normativas internacionales

En relación con los marcos internacionales existentes que promueven y garantizan los derechos humanos, se destaca en primer lugar la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. En su artículo (art.) 1 especifica que: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Por su parte, el art. 3 establece: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. El art. 5º señala: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Y el art. 28 de la Declaración Universal reconoce los límites de los derechos y las obligaciones de las personas hacia la comunidad.

En el mismo sentido, se considera relevante la Recomendación general Nº 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, emitida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación

contra la Mujer (2010), que en su párrafo 37 explica: “Los Estados parte tienen la obligación de redactar leyes que reconozcan y prohíban la violencia, incluidas la violencia doméstica, sexual e institucional, contra las mujeres de edad, particularmente las afectadas por discapacidad. Los Estados parte tienen la obligación de investigar, enjuiciar y castigar todos los actos de violencia contra las mujeres de edad, incluidos los que resulten de prácticas y creencias tradicionales”. Ambos instrumentos pertenecen al ámbito de Naciones Unidas.

Más recientemente, a instancias de la Organización de Estados Americanos (OEA), se aprobó un instrumento específico. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, la Convención). En 2010, los gobiernos de la región, bajo el liderazgo de Argentina, iniciaron la elaboración de este documento que implicó 5 años de trabajo y que el 15 de junio de 2015, Día Mundial de Toma de Conciencia Contra el Abuso y Maltrato a las Personas Mayores, alcanzó su aprobación en el seno de la OEA. Actualmente, hay 11 países que ratificaron la Convención: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú, Suriname y Uruguay.

8. Normativas nacionales

La Constitución Argentina hace referencia explícitamente a la protección de las personas mayores:

- I Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad (Constitución de la Nación Argentina, Art. 75, Inc. 23, 1994).

Argentina ratificó la Convención en 2017, Ley N° 27.630, y en 2022 le otorgó rango constitucional mediante la Ley N° 27.700. El documento de carácter vinculante define, en su art. 2°, a las personas mayores como aquellas de 60 años o más y al maltrato como “acción u omisión, única o repetida, (...) que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza”.

En su preámbulo este instrumento afirma que la persona mayor “tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanan de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano”.

El art. 5 establece la “Igualdad y No discriminación por razones de edad”. Se destaca que no solo plantea la prohibición de la discriminación por edad, sino además prohíbe la discriminación por género, por orientación sexual o por identidades de género.

Por su parte, el art. 6 señala el “Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez”. Allí se detalla que todas las personas mayores tienen el mismo derecho a la vida que cualquier grupo etario sin importar la edad, ni la dependencia, y a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días. Por otra parte, plantea que los Estados deben garantizar el acceso a los servicios de cuidados paliativos sin ningún tipo de discriminación.

El art. 7 consagra el “Derecho a la Independencia y a la Autonomía”. Se entiende por autonomía la capacidad que las personas tienen para decidir sobre sus propias vidas sin importar el grado de dependencia que puedan presentar. Este es un derecho frecuentemente violado en las RLE, tanto por las familias como por el personal que trabaja en ellas. Sucede que, en general, se asocia la dependencia física a la falta de capacidad de poder decidir libremente. Sólo en casos de dependencia psíquica muy avanzada, una autoridad del sistema judicial puede otorgar apoyos para la toma de decisiones.

Puntualmente, el art. 9 de la Convención aborda el “Derecho a la Seguridad y a una Vida sin ningún Tipo de Violencia”, manifestando en su inciso d) que los Estados Parte deben “establecer o fortalecer mecanismos de prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones,

dentro de la familia, unidad doméstica, lugares donde recibe servicios de cuidado a largo plazo y en la sociedad para la efectiva protección de los derechos de la persona mayor”.

El art. 11 invoca el “Consentimiento Informado”, que expresa que la persona mayor tiene el derecho “irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud”. Este consentimiento no se expresa libremente porque en aquellos casos en los que las personas mayores son obligadas por los familiares a ingresar en una RLE.

El art. 12 de la Convención indica el “Derecho a los servicios de cuidado a largo plazo”, el cual expresa que los Estados Parte se comprometen a garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo.

El art. 13 resalta el “Derecho a la libertad personal”. “La persona mayor tiene derecho a la libertad y seguridad personal, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva”. Este derecho en las RLE es frecuentemente vulnerado al no dejar salir a las personas mayores según su libre voluntad.

En su art. 16, postula el “Derecho a la Privacidad” que plantea que la persona mayor “tiene derecho a la privacidad y a la intimidad y a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier ámbito en el que se desenvuelven, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación”. El derecho a la intimidad suele ser desestimado para

quienes necesitan de políticas de cuidados en el domicilio o en una institución. En general, las personas con dependencia son consideradas objetos del cuidado y no sujetos de plenos derechos, es por ello que el personal o familiar cuidador/a suele bañarlas con la puerta abierta, las higieniza o les realiza curaciones o prestaciones de salud sin tener en cuenta su privacidad.

En el art. 19, la Convención establece el “Derecho a la Salud”, la “persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación”. Sin embargo, con la pandemia las personas mayores que vivían en RLE en países desarrollados como España, Bélgica y Holanda, no tuvieron, en su gran mayoría, acceso al sistema de salud y fueron abandonadas en las instituciones sin la atención médica adecuada.

El art. 26 señala el “Derecho a la Accesibilidad y a la Movilidad Personal” y la importancia de que las RLE tengan entornos adaptados a las personas mayores, que no existan barreras físicas (escaleras), que cuenten con rampas, barandas, baños adaptados, entre otros, para que puedan moverse con la mayor independencia posible.



9. Resultados de la investigación

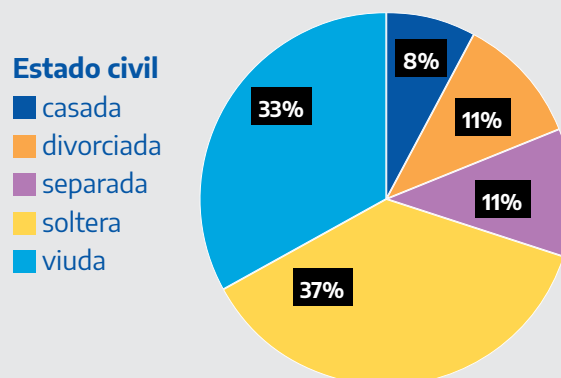
9.1 Nivel individual: personas mayores

Las personas mayores relataron situaciones de su vida cotidiana atravesadas por su institucionalización y aceptaron que, si bien están acostumbradas a las pautas del lugar en el que residen, no acuerden con el total de ellas. Por ejemplo: los horarios de las actividades de la vida diaria, el/la compañero/a de la habitación, el espacio de la institución en donde se encuentra alojado/a, entre otras.

9.1.1. Género: mujeres

El 66% del grupo consultado estuvo integrado por mujeres de entre 67 y 94 años institucionalizadas desde hace tres meses y hasta 16 años como máximo. El 50% de dichas mujeres reside en la institución hace más de cinco años.

Gráfico 1. Estado civil de las mujeres mayores entrevistadas



Como indica el Gráfico 1, el grupo mayoritario estuvo integrado por mujeres solteras (37%), seguido por el de viudas que alcanzó el 33%. Por su parte, las mujeres divorciadas y separadas representaron el 11% y, finalmente, las casadas expresaron el 8%.

pareja o expareja. El mismo porcentaje de mujeres aseguró que no cuenta con un entorno social o de familiares con los cuales mantener algún tipo de contacto.

Respecto a la variable salud, el 85% de las mujeres aseguró cursar uno o más problemas.

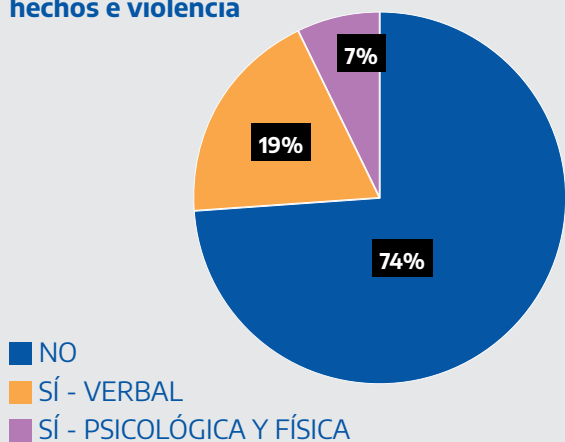
9.1.2. Género: Varones

Los varones que participaron en este estudio constituyeron el 34% del total de las personas entrevistadas. Su franja etaria se extiende entre los 70 y los 94 años de edad.

El 78% de los adultos mayores lleva menos de cinco años de institucionalización. Respecto de este dato, se entiende que los varones permanecen en el cuidado familiar por más tiempo ya que quienes se ocupan de estas tareas suelen ser sus parejas mujeres, quienes usualmente los sobreviven, así como también sus hijas o nueras.

Gráfico 2. Identificación de hechos de violencia

Mujeres que observaron hechos e violencia



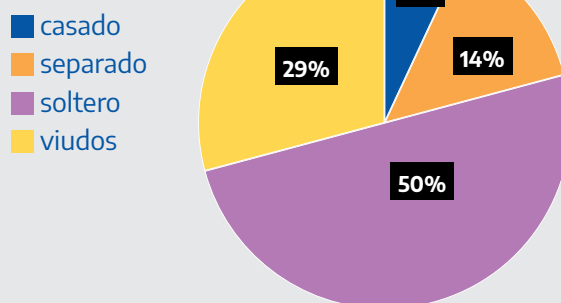
De acuerdo al Gráfico 2, el 26% de las mujeres mayores observó alguna forma de maltrato en el lugar de residencia. De este total, la violencia verbal (19%) fue la prevalente, y se advirtió un porcentaje menor de violencia psicológica y física (7%).

Respecto del padecimiento de alguna modalidad de maltrato en la residencia, dos mujeres mencionaron haber sido objeto de esta forma de interacción.

En cuanto a las historias personales, el 52% mencionó haber estado expuesta a malos tratos en su familia de origen,

Gráfico 3. Estado civil de los varones mayores entrevistados

Estado civil



Como señala el Gráfico 3, el 50% de los varones mayores que participó en este estudio es soltero, el 29% transita la viudez, el 14% está separado y, finalmente, el 7% dijo continuar casado.

El 64% de este grupo expresó haber observado alguna forma de maltrato -violencia verbal de manera prevalente- en el lugar de residencia y el 50% mencionó haber sido objeto de esta forma de interacción y tener una historia familiar con presencia de violencia como modalidad de relación en sus vínculos. Asimismo, la mitad de los varones entrevistados aseguró no tener contactos sociales o familiares.

Respecto de la variable salud, el 86% de los varones se encuentra afectado por uno o más problemas de salud.

9.2. Comparaciones desde la perspectiva de género

Como fue mencionado anteriormente, tanto el persistente mandato cultural como el mayor tiempo de permanencia de las mujeres en el cuidado familiar producen un desgaste psicológico y físico. En general, al momento de precisar el propio cuidado, dichas mujeres no suelen contar con el apoyo de pares o de familiares porque ya han fallecido, por lo tanto, el período de institucionalización resulta mayor en ellas que en los varones. Como se observa en el Gráfico 4, la cantidad de viudas (9) supera a los varones (4) que comparten ese estado civil, por ejemplo.

Gráfico 4. Edad y estado civil de las personas mayores entrevistadas



En esta misma línea, muchas mujeres pertenecientes al grupo de solteras (10) mencionaron ser las hijas menores o hijas únicas con larga convivencia con sus padres y madres. Esta situación podría asimilarse a la imposibilidad de quebrar tal mandato cultural, ante la decisión familiar de resolver el cuidado paterno y/o materno dentro del propio núcleo. Esto marca también la existencia de un contexto de sumisión a lo largo del curso de vida como parte constitutiva de su identidad y autoestima, considerado como un factor de riesgo de maltrato en la vejez.

Por otra parte, el porcentaje de mujeres institucionalizadas separadas y/o divorciadas es menor porque se estima que, durante su proceso de envejecimiento, tuvieron mayores instancias de socialización y participación y, actualmente, poseen importantes redes sociofamiliares de apoyo.

Se presume, además, que la modalidad reactiva y la legitimación social de la violencia masculina pueden ser dos motivos por los cuales los varones observan y padecen en mayor cantidad el maltrato. En el caso de las mujeres, la naturalización propia del rol de tolerancia asignado al género podría ser una de las causales de invisibilización de la violencia.

La mayoría de los relatos de todas las personas mayores consultadas acerca de la presencia de maltrato en su historia familiar son semejantes. En general, son migrantes de provincias del interior o de países limítrofes de Argentina que padecieron violencias estructurales como la pobreza y/o abandonos parentales que los obligó a trabajar desde la infancia y que les impidió acceder a la escolarización básica. Durante su trayectoria de vida sufrieron maltrato físico, psicológico, violencia por parte del Estado, violencia de género ante sus parejas y, en la vejez, algunos sufren nuevamente abandono por parte de sus hijos/as.

Asimismo, en dichos relatos se detectó una fuerte presencia de violencia familiar (39%). Las personas mayores expresaron haber vivido en el marco de familias rígidas con esquemas estereotípicos de roles que, en muchos casos, posicionó a las mujeres en un inevitable modelo de cuidados que les

impidió tener parejas o redes de pares, y que permanecieron junto a sus progenitores de quienes nunca dejaron de depender hasta su fallecimiento.

Algunos varones manifestaron haber padecido violencia durante su curso de vida, uno de ellos, residente en situación de calle al momento de su institucionalización, refirió malos tratos severos y abandono parental desde la primera infancia. Una de las mujeres, manifestó haber sufrido violencia en su infancia y luego por parte de su pareja. Ella tuvo que abandonar su domicilio con sus dos hijos para dejar de sufrir malos tratos y pudo sobrevivir alimentándose en iglesias y durmiendo en paradores públicos.

Esta figura de personas mayores que no tuvieron un hogar de pertenencia se reiteró en tres RLE. Los varones que previamente se encontraban en situación de calle pasaron a formar parte del grupo de residentes y en varias oportunidades resultaron un desafío para la institución al momento de establecer y hacer cumplir pautas de convivencia y acuerdos necesarios para el buen trato en la vida cotidiana entre las personas. Uno de ellos solía consumir alcohol de manera abusiva en sus salidas diarias y, en ocasiones, cuando regresaba a la RLE ejercía malos tratos contra convivientes y personal.

La violencia como abuso de poder, con un componente de intencionalidad en su ejercicio, se manifestó en reiteradas oportunidades en las distintas residencias visitadas y en la interacción diaria de las personas mayores entre sí, de las personas mayores hacia el personal no profesional, de las personas mayores hacia el personal

profesional, y de las personas que cuidan a los/as residentes.

Las manifestaciones de violencia **de personas mayores entre sí** que se observaron en el plano verbal incluyeron: elevar el tono de voz, insultar, humillar, discriminar, expresiones antisemitas. En el plano psicológico: descalificar, omitir el saludo, autoexcluirse para boicotear alguna propuesta de otra persona, ocupar lugares asignados a otras personas, invadir espacios íntimos. En lo físico: empujar, codear. En el plano económico: tomar pertenencias, alimentos.

Las manifestaciones de violencia **de personas mayores hacia el personal de cuidados** -auxiliares, enfermeras/os- incluyeron: desvalorización, humillación, ofensas, advertencias amenazadoras, expresiones y gestos despectivos.

Las manifestaciones de violencia **del personal auxiliar de cuidados contra las personas mayores** incluyeron: maltrato verbal mediante gritos o tonos de voz elevados, infantilización, omisión de una tarea esperada por la persona mayor, ausencia de intervención en situaciones de maltrato verbal o psicológico cometidas por las personas que habitan las RLE.

En cuanto a los temas relacionados a la salud, no se observó una presencia significativa de diferencias según el género, pero se identificó un alto grado de afecciones de salud en la totalidad del grupo que superó el 80% en ambos casos.

El aislamiento sociofamiliar fue otra de las variables que no presentó diferencias significativas entre los géneros y fue

reconocida como la característica prevalente para el 50% de las personas consultadas de cada grupo.

9.3. Nivel institucional: Residencias de Larga Estadía

Las barreras arquitectónicas constituyen un impedimento de traslado de un lado a otro debido al tipo de estructura del edificio y la distribución de los/as residentes en relación a su estado físico. Por ejemplo, en el piso superior se encuentran personas con discapacidad motora y el edificio carece de ascensor.

Asimismo, las RLE no cuentan con una oferta de calidad de propuestas ocupacionales o recreativas destinadas a las personas mayores y, en general, prevalece el tiempo ocioso. Algunos varones expresaron espontáneamente su necesidad de aportar los saberes, conocimientos y prácticas de sus oficios. Se observó también que los varones, mayormente, realizan actividades fuera de la residencia tales como natación, yoga, canto, entre otras a diferencia de las mujeres que solamente salen en compañía de familiares que las retiran y que suele ser para asistir a una consulta médica. Además, se identificó la tendencia de reunirse y realizar actividades grupales por género más que en forma mixta.

Algunas de las personas entrevistadas mencionaron que no reciben los insumos de salud (turnos, materiales, medicamentos) en el tiempo establecido por los/as profesionales para las intervenciones programadas o para la prevención del deterioro de la enfermedad que ya padecen.

Otras personas hicieron mención de que los horarios institucionales se asemejan más a los de organizaciones que a la vida habitual de una persona en su hogar, por ejemplo, levantarse y desayunar muy temprano. Se generan de este modo largos períodos de inactividad que devienen en percepciones de inutilidad, abulia y sentimientos depresivos.

La modalidad de comunicación grupal en una de las residencias se produce a través de un megáfono. Si bien algunos de los/as residentes podrían presentar alguna dificultad auditiva, puede resultar un sonido invasivo e inadecuado para quienes no presentan tal discapacidad.

Respecto de la comunicación individual se detectaron dos situaciones en donde las personas mayores carecían de información respecto de sus parejas, con quienes convivían hasta el momento de su institucionalización. Sin embargo, no comentaron su inquietud al personal cuidador de la institución porque consideraron que no es de su incumbencia y no forma parte del quehacer del establecimiento.

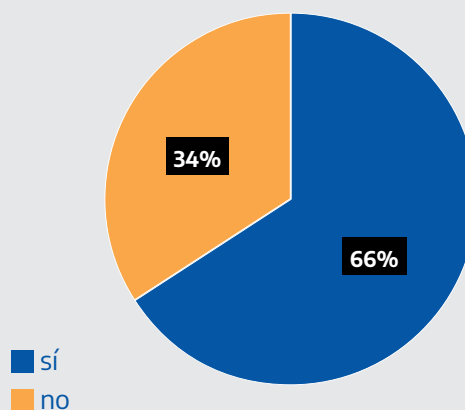
Finalmente, las RLE no poseen un protocolo formal de intervención frente a una situación de maltrato sobre una persona residente y desconocen o se encuentran parcialmente informadas acerca de los recursos públicos a disposición en caso de presentarse este tipo de problemáticas.

10. Análisis de entrevistas

10.1. Personas cuidadoras y profesionales de las Residencias de Larga Estadía

El personal consultado para la presente investigación reconoció la ausencia de: capacitación continua acerca del maltrato; la existencia de una mayor cantidad de residentes en relación al personal que trabaja en la institución; la presencia de historias personales con experiencias de maltrato en el recorrido vital de algunos/as integrantes de los equipos técnicos de la institución; la tendencia a la naturalización de las modalidades de maltrato y la resignación a que ocurran como parte de la adaptación mutua de todas las personas a un sistema heredado que ya cuenta con sus normas de funcionamiento; los pactos de silencio expresados tal vez en gestos, posturas y oraciones sin concluir también aparecen como manifestaciones institucionales que podrían desencadenar situaciones potenciales de discriminación, abuso o maltrato a una persona mayor.

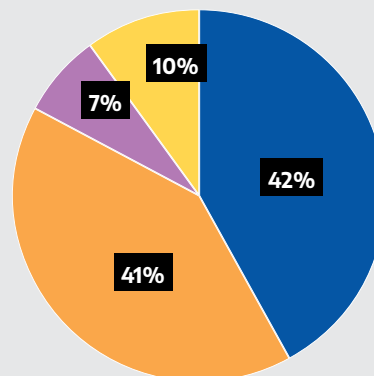
Gráfico 5. Capacitación en violencia



El Gráfico 5 señala que el 66% de los/as asistentes gerontológicos entrevistados/as comentaron que recibieron una capacitación sobre violencia y maltrato durante el último año, brindado por la prestadora institucional PAMI².

Comentaron, además, que reciben ocasionalmente capacitaciones sobre múltiples temas vinculados a la Gerontología, en general, mediante el dictado de cursos ofrecidos por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires³, ya que les permite cumplir con las horas obligatorias de capacitación (actualmente son diez horas anuales, solían ser 20) que les posibilita renovar su matrícula.

Gráfico 6. Tipos de violencia identificadas por las personas cuidadoras



Tipos de violencia observados

- no observaron violencia
- violencia verbal
- violencia verbal y psicológica
- violencia verbal y física

2 PAMI lanzó en 2021 el primer portal de capacitación en gerontología destinado a profesionales y no profesionales que trabajan para y junto a personas mayores, a través del cual se brindan cursos de derechos humanos, buentrato, actualizaciones en geriatría, modelos innovadores de atención, herramientas de gestión para residencias de larga estadía y abordaje de las violencias, entre otros temas. La dirección de la plataforma es <https://aprender.pami.org.ar/>.

3 El Gobierno de la Ciudad, a través de la Gerencia Operativa de Formación Integral dependiente de la Dirección General de Promoción Social y Bienestar de la Secretaría de Bienestar Integral, realiza la inscripción al Registro Único y Obligatorio de Asistentes Gerontológicos (RUOAG) de los asistentes gerontológicos que lo soliciten emitiendo una credencial oficial habilitante. Ofrecen capacitaciones de formación y actualizaciones anuales permanentes. Los requisitos para ser asistente gerontológico son: 1) Tener educación primaria aprobada. 2) Aprobar el curso de Formación Inicial de asistente gerontológico dictado por o con reconocimiento de la Secretaría de Bienestar Integral. 3) Renovar la inscripción anual mediante una actualización de conocimientos no menor a 20 horas anuales. Son jornadas y orientaciones de actualización de contenidos gerontológicos para cumplimentar los requisitos de renovación anual (20 horas de formación) de la credencial en el Registro Único y Obligatorio de Asistentes Gerontológicos, de acuerdo con lo establecido en la Ley 5671/16 de la Ciudad de Buenos Aires. Los contenidos son dinámicos y pueden modificarse anualmente. Algunas de las orientaciones que se trabajan son: accesibilidad, demencias, trámites *online* y nuevas tecnologías, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de Personas Mayores, entre otros. La modalidad de cursada es virtual o presencial. Los encuentros pueden tener una duración que acredite 4, 8 o 10 horas, según la temática, el formato y la duración.

El Gráfico 6 indica que ante la consulta de si fueron testigos de situaciones de violencia en la RLE entre las cuidadoras y profesionales, el 42% de las personas consultadas admitió que no presenció hechos de violencia entre residentes. Sin embargo, el 41% indicó haberlo presenciado en formas de violencia verbal en el espacio del comedor, habitualmente con algún residente que presenta problemas psiquiátricos. En esas situaciones, las cuidadoras suelen intervenir para que cesen este tipo de conductas. No obstante, cuando se identifica violencia física se convoca al profesional en psicología y se realiza una asamblea con los/as residentes para conversar sobre lo sucedido. Asimismo, el 10% aseguró haber sido testigo de hechos de violencia verbal y física y, finalmente, el 7% de violencia verbal y psicológica.

Respecto de las situaciones de violencia que puedan padecer las personas mayores por parte de familiares, el personal relató principalmente modalidades de violencia económica. Una asistente gerontológica comentó que a una residente su sobrina le sustrajo la jubilación y habría tenido la intención de quedarse con una propiedad de dicha señora. Esa situación fue presentada en el Centro de Protección Integral para Mujeres y Diversidades Eva Giberti⁴ de PAMI y se produjo una intervención con el objetivo de restituir el acceso a sus derechos.

En relación al ejercicio de comportamientos de violencia por parte de las personas

cuidadoras gerontológicas, se destaca que, en períodos previos a la actual gestión, la modalidad de intervención frente a la aparición de situaciones de discriminación, abuso o maltrato hacia una persona mayor incluía acciones de orden laboral sancionatorio.

Al respecto, una asistente comentó que, años atrás, había una cuidadora que trataba mal a los residentes, los tomaba fuerte y les dejaba marcas en sus cuerpos y ejercía maltrato verbal en forma de insulto “viejo de mierda” (sic). Esa persona luego se jubiló. Ante la pregunta sobre si la administración intervenía ante estos hechos, la consultada respondió que se le aplicaron distintas sanciones disciplinarias, tales como llamado de atención, advertencia verbal por medio de la cual se le hacía saber que ha incurrido en un acto de violencia hacia un residente y que, en caso de reiterarse, podría desencadenar en una sanción mayor como la suspensión disciplinaria, es decir, eximir a la persona de concurrir al lugar de trabajo, con el consecuente descuento salarial.

10.2. Familiares de residentes

Se realizaron cinco entrevistas telefónicas a familiares de personas residentes que aceptaron responder preguntas para la presente investigación. Es importante destacar que un porcentaje alto de personas mayores que integraron la muestra no cuenta con vínculos de parentesco en la actualidad.

⁴ El Centro de Protección Integral “Eva Giberti” está ubicado en la calle Perú 1457, en el barrio de San Telmo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Allí las/os profesionales del INSSJP-PAMI que integran el mencionado dispositivo brindan de forma gratuita asistencia psicosocial, reciben consultas y denuncias de mujeres y personas LGBTI+ afiliadas y trabajadoras del organismo.

Las modalidades de malos tratos de los familiares hacia las personas mayores institucionalizadas adquieren forma de abandono y se expresan mediante la omisión de visitas o contacto, la carencia de aporte de los recursos necesarios para satisfacer alguna necesidad de salud y el desinterés respecto a su estado general.

En una de las conversaciones telefónicas, un familiar aprovechó para exigir el cumplimiento de las entregas de los insumos necesarios para la persona mayor por parte de la obra social. Otra familiar consultada mencionó que no contaba con el tiempo suficiente para hablar sobre su madre y su lugar de residencia.

La mayoría de las personas entrevistadas relató que no suelen permanecer de visita en la residencia, sino que retiran a su familiar y lo/a llevan a pasear, a almorzar, a su propia vivienda o a consultas médicas, por lo que, en esos escasos períodos de tiempo, no tuvieron oportunidad de observar situaciones de violencia en la residencia. La hija de un residente comentó que antes de la pandemia permanecía en el lugar, merendaba en el comedor junto a su padre y otros residentes, pero que luego de la crisis por Covid-19 no volvió a ingresar, prefiere buscarlo y retirarse fuera del establecimiento.

Respecto de la comunicación que pudiera haber realizado su familiar en lo atinente a hechos de violencia padecidos en el lugar, algunos respondieron negativamente y afirmaron que consideran que reciben un trato adecuado. En un caso, una mujer comentó que su madre le contó de algunos conflictos con compañeras de habitación por el lugar de guardado de las pertenencias

o el volumen de la televisión, pero entiende que es “algo normal”. En otra situación, una entrevistada comentó que su padre relató que las cuidadoras ejercen maltrato verbal hacia las personas mayores y también que hay violencia verbal entre residentes.

Las manifestaciones viejistas se observan, por ejemplo, en las infantilizaciones. Una de las familiares comentó que las veces que ingresó a la residencia observó que el personal trata a su padre “como si fuera tonto” o que las asistentes le responden de mala forma. Asimismo, señaló que su padre suele discutir con los compañeros de la habitación, tres varones que presentan padecimientos de salud mental. Agregó que los motivos de discusión refieren, en general, al espacio de guardado o al tono de voz elevado de alguno de los convivientes en el cuarto. En tales ocasiones, las asistentes intervienen rápidamente al tomar conocimiento de lo sucedido.

En este marco, se comprende que la inclusión en la convivencia de personas sanas con personas que padecen algún tipo de afección en su salud mental ocasiona conflictos que pueden constituir situaciones potenciales de maltrato. Tal como fue mencionado, la tensión del momento puede escalar a otras expresiones de violencia rápidamente. En el nivel de intercambio entre pares, la modalidad de intervención también expresa una modalidad sancionatoria, incluso para el residente que ante la conducta reiterada de maltrato debe ser trasladado a otra institución.

En una oportunidad, el encargado de una residencia se comunicó con una familiar para informarle que su padre y otro residente habían mantenido una pelea; ella

habló con su papá y le dijo que los conflictos no se resolvían por medio de los golpes. Desde la residencia le advirtieron que, si repetía este tipo de acciones, iban a solicitar que sea llevado a otra institución.

Respecto de la formación del personal en temas relacionados a la discriminación, el abuso y el maltrato, la totalidad de familiares expresó desconocer si tienen instancias formativas al respecto. Y en cuanto a la supervisión del personal para la realización de tareas con personas mayores, la mayoría consultada indicó que efectivamente tomó conocimiento de que existe tal supervisión.

—

11. Impacto en la salud integral de las personas mayores con motivo de la posible violencia padecida en el contexto de su institucionalización

Tal como fue descrito anteriormente, el 85% de las mujeres y el 86% de los varones encuestados padecen una o más afecciones en su salud.

La bibliografía especializada en el tema indica que la salud de las personas que padecen malos tratos en su vida cotidiana tiende a debilitarse, se cronifican sus afecciones, devienen en polisintomatologías o incrementan su deterioro y, por lo tanto, merma su calidad de vida.

Asimismo, la exposición en calidad de testigo de maltrato hacia otras personas puede ser promotora de sentimientos de impotencia, indignación, depresiones,

comportamientos reactivos e incluso autoaislamiento como conducta defensiva.

Lo expresado indica el necesario seguimiento longitudinal de la muestra a los efectos del monitoreo de la situación descrita, su estabilidad o modificación con relación al problema de estudio.

11.1. Factores de riesgo de la persona mayor

Los factores de riesgo son características asociadas al incremento de la probabilidad de que ocurra un determinado hecho, ya sea un acto de violencia psicológica, física o de otra naturaleza. Pese a que la presencia de uno o más factores de riesgo no indica necesariamente que se dé siempre una determinada relación causal, sí determina el aumento de la probabilidad de que efectivamente un hecho suceda.

Teniendo en cuenta que las propiedades de los factores de riesgo son muy variadas, el presente estudio detectó al menos siete asociadas a las personas mayores: 1) Historia de violencia en su desarrollo vital; 2) Analfabetismo; 3) Características personales -por ejemplo, comportamientos reactivos-; 4) Posicionamiento pasivo frente a los conflictos, inactividad; 5) Autoexclusión grupal y social; 6) Problemática de salud; y 7) Aislamiento sociofamiliar.

11.2. Factores de riesgo en el entorno institucional

La probabilidad de abuso de poder a través del binomio autonomía-dependencia se puso de manifiesto a través de las opiniones

de las asistentes gerontológicas al referirse a los sentimientos de “superioridad” que, según observan, algunas de sus compañeras tienen respecto del manejo del poder en la relación laboral de cuidados. Dichos sentimientos también podrían ser leídos como mecanismo de omnipotencia frente a la magnitud y características de la tarea.

La ausencia de vocación aparece como factor de riesgo en las opiniones de algunas cuidadoras que expresaron tal omisión como posibilidad de proyección y ejercicio del maltrato sobre las personas mayores institucionalizadas. Se estima que dicha concepción podría relacionarse a una forma de creencia mística relacionada a las profesiones asociadas al cuidado de la salud.

Otras opiniones señalaron que los malos tratos también están relacionados al placer que sienten algunas personas al ejercer violencia; a la ausencia de respeto por la necesidad del otro; a la carencia de recursos económicos; y a la aceptación de este tipo de trabajo a falta de otras oportunidades laborales.

A través de las entrevistas y de la observación, en el presente estudio se detectaron 11 factores principales de riesgo:

1. Experiencias personales de violencia familiar de quienes realizan tareas de cuidado.
2. Desinformación o falta de interés de conocer acerca de los temas interpersonales que pueden surgir en las dinámicas de las rutinas institucionales.

3. Ausencia de capacitación de profesionales y asistentes gerontológicos/as respecto de temas relacionados al maltrato cometido contra personas mayores residentes.
4. Actitudes de omnipotencia y/o pactos de silencio frente a la posibilidad de vulneración de derechos.
5. Omisión de intervención en función de la protección de las personas mayores residentes afectadas por situaciones de violencia verbal, psicológica y física.
6. Subvalorización o minimización de las conductas violentas.
7. Desproporción cuantitativa entre el personal de cuidados y la población a cuidar.
8. Ausencia de controles o supervisiones externas.
9. Carencia de acompañamiento institucional integrado y articulado en la cobertura de las necesidades de las personas mayores residentes.
10. Ausencia de protocolos formales de intervención que brinden seguridad al personal y a las personas mayores residentes.
11. Ausencia de información respecto de los recursos institucionales a disposición para la intervención en la problemática.

11.3. Factores de riesgo del entorno familiar

El acercamiento a las familias de las personas mayores institucionalizadas puso de manifiesto que existe un alto porcentaje de residentes que permanece en situación de aislamiento familiar, ya sea por haber fallecido las personas de su entorno cercano o por distanciamiento afectivo.

En este sentido, este marco particular permite presumir que el abandono emocional y de contacto es el factor de riesgo de mayor prevalencia sobre las personas mayores residentes por parte de su entorno familiar.



12. Conclusiones

El estudio exploratorio sobre situaciones de violencias, abuso y maltrato hacia las personas mayores afiliadas al INSSJP-PAMI que se encuentran alojadas en las RLE de CABA seleccionadas, logró develar múltiples formas de malos tratos que, en general, suelen permanecer ocultas como consecuencia de la escasez de experiencias documentadas de las dinámicas cotidianas en dichas instituciones.

Durante su desarrollo se estudiaron factores de riesgo que suelen intervenir en las acciones y situaciones de violencia en las RLE relevadas, mediante el análisis de testimonios brindados por personas cuidadoras, profesionales, residentes y familiares.

Uno de los principales factores que obstaculizan la detección de la presencia de conductas de maltrato es un conjunto de procesos de naturalización. Se trata de una serie de operaciones permisivas que lleva a las personas a aceptar los comportamientos violentos como algo normal y legítimo en la vida cotidiana.

Sin embargo, en dicho escenario y con las restricciones y temores que supone depender de un lugar y de un sistema para el bienestar presente y futuro, las personas afirmaron haber observado y padecido varias modalidades de malos tratos en las instituciones abordadas. Mujeres y varones reconocieron la existencia de formas de violencia entre residentes, así como del personal hacia las personas mayores y viceversa.

La externalidad de las profesionales que realizaron el estudio y la actitud empática facilitó la emergencia de un diálogo sincero. Ninguno de los grupos de entrevistados negó la presencia de maltratos cometidos hacia las personas mayores.

Asimismo, los/as familiares incluyeron señalamientos en sus referencias sobre acciones violentas sufridas por residentes, algunas cometidas por profesionales y otras por parte de la institución y del sistema. A su vez, los/as profesionales atribuyeron maltrato a asistentes, a residentes entre sí y a familiares.

En todos los grupos consultados se detectaron factores de riesgo que ubicaron a las personas mayores en contextos de riesgo; la mayoría fue identificada en el ámbito institucional, en las propias personas mayores y en el entorno familiar.

En este marco, la detección y el conocimiento puntual de estos factores y de los tipos de maltrato sufridos por las personas mayores se constituyen en sí mismos como un desafío para el necesario diseño de políticas públicas, procesos y servicios que intervengan en la reducción y eliminación de dichas prácticas.

Al respecto, el presente estudio aporta 11 factores de riesgo por los que las personas mayores pueden sufrir maltrato en instituciones: 1) el reconocimiento de violencia familiar en las historias personales de quienes realizan los cuidados, este tipo de vínculo podría actualizarse en una relación actual y, por lo tanto, resulta indispensable y urgente trabajar la temática de buentrato entre residentes y cuidadores/as; 2) la desinformación o falta de interés de conocer acerca de los temas interpersonales que pueden surgir en las dinámicas de las rutinas institucionales; 3) el desconocimiento o falta de reflexión sobre el abuso y el maltrato y la ausencia de capacitación continua y específica de los/as profesionales y asistentes gerontológicos; 4) los posibles pactos de silencio entre trabajadores/as para ocultar la vulneración de derechos de las personas mayores con el fin de evitar perder la fuente laboral; 5) la falta de intervenciones de protección de las personas mayores afectadas por situaciones de violencia verbal, psicológica y/o física; 6) la subvaloración, minimización y/o justificación de este tipo de comportamiento violento; 7) la desproporción o disparidad cuantitativa entre el personal de cuidados y la población a asistir en claro detrimento de ejercer y brindar un cuidados con enfoques de derecho; 8) la ausencia o escasez de control o supervisión externas no solo en el plano sanitario biológico o fisiológico sino

en el de las relaciones interpersonales; 9) la falta de acompañamiento institucional integrado y articulado en la cobertura de las necesidades de las personas mayores; 10) la inexistencia de protocolos formales de intervención que brinden seguridad al personal y a las personas mayores residentes; 11) la carencia de información respecto de los recursos institucionales públicos y a disposición para intervención en la problemática.

Algunas investigaciones previas plantean resultados respecto de las obligaciones laborales, la relación entre estas y el insuficiente salario en asociación a la carga de tareas o cantidad de personas a cuidar/asistir. Posiblemente, esto constituya un factor estresante a la hora de evaluar el trato que se brinda. Sin embargo, no ha aparecido como un factor de riesgo prevalente para este estudio, constituyéndose en todo caso como un indicador para tener en cuenta a la hora del diseño y la planificación de un servicio.

Se destaca que las historias de violencia en el desarrollo vital de las personas mayores, la autoexclusión grupal y social, las problemáticas de salud tanto mental como física, el aislamiento sociofamiliar y la dependencia económica y habitacional podrían operar invisibilizando situaciones de avasallamiento y/o marcando un posicionamiento pasivo o inactividad frente a las situaciones de abuso o maltrato.

En relación a los familiares, los factores de riesgo se convierten a la vez en modalidades de violencia que ubican a las personas mayores en situaciones de mayor vulnerabilidad. Frente a las demostraciones de abandonos afectivos, económicos y

desinterés general en su bienestar, los/as residentes atraviesan sintomatología depresiva o incurren en idealizaciones o justificaciones de este tipo de acciones.

En cuanto a la normativa sobre discriminación, abuso y maltrato hacia personas mayores, se puede afirmar que la creación de normas destinadas a protegerlas de modo específico es un avance reciente. En este sentido, quienes se encuentran institucionalizadas conforman un sector de la sociedad en situación de mayor vulnerabilidad que requiere de una protección especial para gozar de los derechos en condiciones de igualdad.

Indudablemente, continúa siendo una necesidad urgente que las sociedades analicen las formas de convivencia y el trato dado a las personas mayores, con el claro objetivo de erradicar los comportamientos viejistas -desempoderadores y segregacionistas- y todo tipo de violencia, para así garantizar el respeto y la dignidad para quienes transitan la vejez, en beneficio de las presentes y futuras generaciones.



Expertas consultadas

Sandra Huenchuan, Chile.

Doctora en Estudios Latinoamericanos, Mención Antropología, de la Universidad de Artes y Ciencias Sociales de Chile, y es titular de un Postdoctorado en Antropología de la Universidad de Chile. Se ha desempeñado desde 2002 como especialista en el tema de envejecimiento en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas. Tiene a su cargo, entre otras actividades, la coordinación técnica del seguimiento regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento por medio de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe.

Adriana Rovira, Uruguay.

Psicóloga. Magister en Psicología Social de la Universidad de la República. Docente del Servicio Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Docente del ProgRLEa de Psicología Social Comunitaria, Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Fue Directora del Instituto Nacional de las Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social. Coordinadora regional en los temas de vejez para el Cono Sur de la Red Iberoamericana Interinstitucional de Cooperación Técnica (Riicotec).

Lía Daichman, Argentina.

Médica Consultora Senior del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Centro Internacional de Longevidad, Presidenta para la República Argentina. Ex Presidenta y Fundadora de INPEA (Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez).

Bibliografía

- Baker A. A. (1975): Granny-battering. *Modern Geriatrics* 5, 20–24.
- Burston G. R. (1975): Granny battering. *British Medical Journal*, 3:592.
- Bringiotti, M. I. (1999): Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil. Miño y Dávila Editores.
- Bronfenbrenner, U. (1979): La ecología del desarrollo humano. Ediciones Paidós, México, Barcelona, Buenos Aires.
- Carp R. M. (2000): Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research. Nueva York, Springer.
- Chang ES, Levy BR. (2021): High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *Am J Geriatr Psychiatry*.
- Dabove, I. (1998): Violencia y ancianidad. Perspectiva iusfilosófica. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/Violencia%20familiar%20y%20ancianidad.pdf>
- Dabove, I. (2007): Derechos Humanos de las personas Mayores. Acceso a la justicia y protección Internacional, Ediciones Astrea, Buenos Aires, Bogotá, Porto Alegre.
- Dabove, M.I. y Urrutia, M. (2015): Violencia, vejez y género. El acompañamiento telefónico: una estrategia posible de prevención. *Derecho y Ciencias Sociales*.
- Huenchuan, S. (ed.) (2018): Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población de la CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Huenchuan S. (ed.) (2022): Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47835/1/S2200283_es.pdf
- Iborra Marmolejo, I. (2005): Violencia contra las personas mayores. Ariel, Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2012): Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores -1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- INDEC (2010): Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, elaborado por la Dirección de Estadísticas Sectoriales a partir de datos del Programa de Análisis Demográfico. Dossier estadístico (2021), Dirección de Estadísticas Sectoriales Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población.

Katz, S. y otros (1963): “Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function”, JAMA, vol. 185, N° 12. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/666768?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamasurg.2020.7260.

Kvist, J. (2018): Challenges in Long-term Care, Denmark, European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report, Comisión Europea.

Lawton, M. P. y E. M. Brody (1969): “Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living”, The Gerontologist, vol. 9, N° 3. Disponible en: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3_Part_1/179/552574?login=false

Ministerio de Salud de la Nación (2023): Manual para la detección y abordaje del maltrato en personas mayores y promoción del buen trato. Destinado a los servicios de salud. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/Manual%20practica%20maltrato%20Adultos%20Mayores_2.pdf

Oliveri, M. L. (2020): Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. Disponible en: <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2020/12/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Argentina.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002): Informe mundial sobre la violencia y la salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>

OMS (2022): Maltrato de las personas mayores. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

OMS (2015): Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

OMS (2021): Violencia contra la mujer. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Palazzesi, A. (comp.) (2020): Desarmando el patriarcado: nuevas herramientas para el abordaje de la violencia por motivos de género, RV Ediciones, Buenos Aires.

Pillemer K.A., Suito J.J. (1992): Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? Journal of Gerontology, 47: S165–S172.

Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse (2016): Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. Gerontologist. 2016 Apr; 56 Suppl 2: S194–205. Doi: 10.1093/geront/gnw004. PMID: 26994260; PMCID: PMC5291158.

Rovira, A. (2017): “Los modelos de atención y los servicios de apoyo a la dependencia: la experiencia desde la práctica”, en La Dependencia y el Apoyo a los Cuidados, un Asunto de Derechos Humanos. Dirección Sociocultural del Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

Yongjie Yon, Maria Ramiro-Gonzalez, Christopher R Mikton, Manfred Huber, Dinesh Sethi (2019): The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis, European Journal of Public Health, Volume 29, Issue 1. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

Rubio Acuña, Miriam (2012): Maltrato institucional a adultos mayores. Gerokomos, vol.23, no.4, p.169-171. ISSN 1134-928X.

Salas, M., y Buedo, P. (2022): ¿Cómo perciben las personas mayores el maltrato hacia ellas? Revista Iberoamericana De Bioética, (19), 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/rib.i19.y2022.002>

Schiamberg L. B., Gans D. (1999): An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. Journal of Elder Abuse and Neglect, 1999, 11:79– 103.

Taurino Guedes D, Curcio CL, Alvarado Llano B, Zunzunegui MV, Guerra R. (2015): La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina: el Estudio IMIAS, Rev Panam Salud Pública, 37(4/5):293–300.

Velázquez, S. (2012): Violencias y Familias. Implicancias del trabajo profesional: el cuidado de quienes cuidan, Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México.

Citas

Organización Mundial de la Salud (2021), Nota descriptiva. Maltrato a las personas mayores. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

INDEC (2010), Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, elaborado por la Dirección de Estadísticas Sectoriales a partir de datos del Programa de Análisis Demográfico. Dossier estadístico, octubre de 2021. Dirección de Estadísticas Sectoriales Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población.

INDEC (2019), elaborado por la Dirección de Estadísticas Sectoriales a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares Total Urbano. Porcentaje de población de 60 años y más afiliada a algún sistema de salud, por grupos de edad y sexo.

INDEC (2021) Dossier estadístico en conmemoración del Día Internacional de las Personas Mayores. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dosier_personas_edad.pdf

OMS (2002), Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS.

Lagarde, M. (1996): Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Horas y Horas.

Ecofeminista (2022): La desigualdad y la vejez tienen rostro de mujer: <https://ecofeminista.com/la-desigualdad-y-la-vejez-tienen-rostro-de-mujer/?v=5b61a1b298a0>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Algunas cifras sobre el envejecimiento poblacional: <https://www.buenosaires.gob.ar/massimple/algunas-cifras-sobre-el-envejecimiento-poblacional>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Tipos de Violencia: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/genero/tipos-de-violencia>

Del Sector social, Violencia psicológica: https://www.delsectorsocial.org/frase/Violencia_psicol%C3%B3gica





Residencias de Larga Estadía

Conceptualización y análisis para la prevención del maltrato
y la Promoción del Buentrato



ISBN 978-987-48963-4-6



9 789874 896346