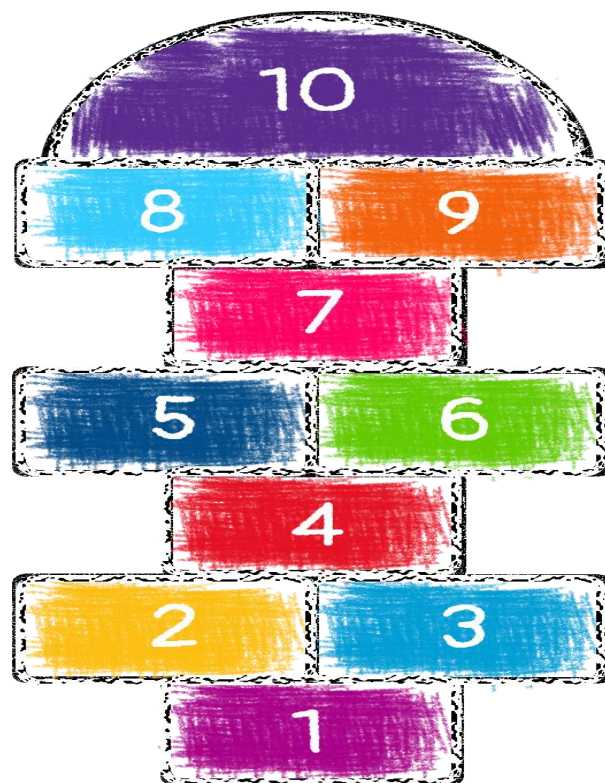


Personas mayores vulnerables que sufren maltrato:

Guía de intervención en el ámbito domiciliario

Junio de 2022



“El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.”

“Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario.”

Envejecimiento activo, Un marco político. Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid 2002

Índice

Presentación.....	2
Introducción	3
Metodología y desarrollo para la elaboración de la guía	7
Guía de actuación: pautas de detección	11
Detección	11
Factores de riesgo.....	11
Tipos de maltrato, grados y signos de alerta	15
Herramientas de detección	22
Ficha de factores de riesgo.....	23
Escala municipal de detección y graduación del maltrato	25
Intervención en malos tratos	32
Malos tratos menos graves.....	34
Apoyo con programas inespecíficos, control de riesgos y cuidados	34
Malos tratos graves.....	37
Equipos Distritales de Atención a la Vulnerabilidad	37
Mesa de Vulnerabilidad de la Dirección General de Mayores.....	40
Programa específico de malos tratos	42
Malos tratos muy graves	46
Actuación de los servicios de emergencia	47
Aspectos judiciales.....	49
Plan de seguridad.....	51
Coordinación sociosanitaria	53
Bibliografía básica	55
Participantes y agradecimientos.....	56
ANEXO: Catálogo de servicios	58

Presentación

La dignidad de una sociedad se puede medir por el lugar que reserva para las personas mayores. Por este motivo, el maltrato a los mayores suscita un rechazo que las administraciones debemos transformar en acciones concretas que sirvan para protegerlos, atenderlos y avanzar hacia la erradicación de cualquier forma de violencia. Para ello, contamos con las recomendaciones realizadas por Naciones Unidas.



Madrid es una ciudad abierta, cercana, inclusiva, que rechaza cualquier forma de discriminación, en especial a los más vulnerables. El sentir ampliamente mayoritario de la ciudadanía madrileña es que las personas mayores forman parte de ella en igualdad de condiciones y derechos, y que su experiencia, conocimientos y valores son esenciales para que Madrid siga siendo lo que es. El Ayuntamiento ha recogido este sentir en un gran número de iniciativas orientadas al buen trato y al envejecimiento activo, término adoptado por la Organización Mundial de la Salud y orientado hacia la igualdad de oportunidades de las personas mayores.

Pero no basta con el rechazo y la condena contra el maltrato y la violencia. Las administraciones debemos ir más lejos, promoviendo una imagen positiva de las personas mayores para combatir los estereotipos y dotando a la ciudadanía de herramientas útiles para prevenir y detectar la discriminación. Este es el objetivo del protocolo municipal de intervención coordinada ante el maltrato que recogemos en las siguientes páginas.

Quiero agradecer a todas las personas -de diferentes disciplinas, pero igual compromiso -que han hecho posible con su esfuerzo coordinado la guía revisada que sigue a estas palabras. Representan el mejor espíritu de la ciudad de Madrid, el que se opone a la discriminación y la violencia y favorece el buen trato, precisamente el espíritu que subyace en la celebración del **Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez el 15 de junio**.

Sea para todas y todos, mi agradecimiento.

JOSÉ ANIORTE RUEDA

Delegado de Familias, Igualdad y Bienestar Social

Introducción

Según datos de las Naciones Unidas, entre 2019 y 2030, se prevé que el número de personas de 60 años o más aumentará en un 38%, de mil millones a 1,4 mil millones, superando en número a la juventud a nivel mundial, y este crecimiento será especialmente mayor y más rápido en las regiones en vías de desarrollo, y requiere que se preste mayor atención a los desafíos específicos que afectan a las personas mayores, incluso en el campo de los derechos humanos.

Las proyecciones de población informan que, en 2050 España, estará, con toda seguridad, entre los países más longevos del mundo; ostentando, por otra parte, nuestra región la tasa de esperanza de vida más alta en nuestro país, a pesar del descenso producido por la pandemia por la COVID.

Sólo en la ciudad de Madrid, el 20% de la población (663.394 personas) tiene actualmente más de 65 años, 234.625 personas superan los 80 años de edad y 1.538 son ya centenarias.

Es por esto que el ayuntamiento de Madrid permanece muy alerta a las necesidades de la población mayor, contemplando en sus políticas aspectos relacionados con el envejecimiento activo y, como no, con las situaciones de fragilidad o vulnerabilidad social, teniendo presente que el término vulnerabilidad, aplicable a múltiples ámbitos como sinónimo de riesgo, cuando se refiere a lo social, es el resultado de los impactos provocados por el desarrollo, pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos. Es en este contexto en el que se sitúa la atención a personas mayores que sufren maltrato de cualquier tipo.

Si ser mayor supone un riesgo de vulnerabilidad, especialmente cuando se suman dificultades funcionales o cognitivas, ser mayor y estar viviendo una situación de malos tratos, hace aumentar la vulnerabilidad de la persona de manera exponencial. El impacto de los malos tratos es claramente dañino sobre la salud, siendo enorme el psicológico, de modo que las personas maltratadas tienen más probabilidad de estar deprimidas y percibirse a sí mismas con mala salud física y emocional.

Estos datos explican que las personas mayores sean foco de atención tanto en el acuerdo de gobierno como en los pactos de la Villa y, muy especialmente en el plan Madrid ciudad amigable, ya que la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores se basa en la premisa de que una ciudad amigable es aquella que: reconoce su diversidad, protege a los más vulnerables, promueve su inclusión y contribución en todos los ámbitos de la vida comunitaria, respeta sus decisiones y elecciones de estilo de vida, anticipa y responde con flexibilidad a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento.

Por ello el Plan anterior contemplaba, entre múltiples acciones relacionadas con el buen trato, la "Actuación ante situaciones de riesgo que afectan a las personas mayores vulnerables, especialmente por soledad, aislamiento social o maltrato", algo que ha adquirido mayor peso en el aprobado por la corporación actual, de manera que

en su eje dos se recogen medidas encaminadas a avanzar en la “identificación, detección y atención frente al maltrato que sufren las personas mayores e implementar medidas específicas frente a la violencia de género que sufren las mujeres mayores”.

Una de las actuaciones prevista es precisamente la reconstitución del grupo de trabajo procedente de las dos áreas con mayor implicación en el tema y la revisión de la guía para incorporar en ella algunas de las áreas de mejora detectadas y la nueva escala municipal de detección y graduación del maltrato, recientemente validada.

También hemos de recordar que el maltrato, o mejor dicho la lucha contra él, se encuentra alineado con la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) teniendo como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato contempla diferentes líneas de actuación ligadas el envejecimiento activo y contiene una línea de actuación relativa a evitar el maltrato y los abusos a las personas mayores, sin olvidar mencionar con anterioridad el aseguramiento de la no discriminación, la igualdad de oportunidades y la atención a las situaciones de mayor vulnerabilidad.

¿De qué hablamos?

Según la Declaración de Almería, fruto de la primera reunión de consenso se considera maltrato:

“Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio donde suceda” (Declaración de Almería, 1995).

En sintonía total con la reunión de expertos de Toronto,

“El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico / emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión” (Gobierno de Ontario, Toronto, 2002)

Ambas plenamente vigentes

Bajo este paraguas se ocultan diferentes tipos de maltrato, estrechamente interrelacionados y a menudo simultáneos, como es el caso del maltrato físico, sexual, psicológico, financiero, negligencia, abandono o violación de derechos básicos, sin olvidar que la violencia de género no cesa por cumplir años.

¿A cuántas personas afecta?

La literatura sobre el tema sitúa la prevalencia entre un 1% y un 10%, algo que nos indica con claridad que se desconoce la magnitud real. En nuestra experiencia,

algunos de los estudios efectuados muestran también cifras muy dispares, dependiendo del contexto (desde 0.35 hasta 3.5).

En la actualidad, la recepción de casos de maltrato en la mesa de vulnerabilidad de larga trayectoria puede ofrecernos una idea somera del problema detectado, a sabiendas de que la gran mayoría permanecen ocultos y que los recibidos son en general casos graves. Con estas premisas podemos establecer entre un 11 y un 19% los casos correspondientes a maltrato entre los recibidos en la mesa de vulnerabilidad, con cierta tendencia al alza.

Cabe esperar que, si se suman más agentes detectores los casos aflorarán con mayor facilidad y quizás en una situación de menor severidad, siendo la intervención posiblemente más eficaz.

¿Qué piensan las personas mayores?

No resulta fácil explorar este aspecto tan delicado entre la población, no obstante, diferentes grupos focales sobre trato adecuado, maltrato o violencia de género nos dan muchas pistas acerca de su concepto o vivencia, posiblemente desde el exterior y, por supuesto, con una riqueza de matices impresionante.

“Si no me valoras y crees que no puedo seguir participando y aprendiendo de los asuntos de la vida cotidiana, es maltrato”

Uno de los mayores temores es el maltrato psicológico, que consideran el tipo de maltrato más extendido, junto con la soledad y apuntan:

- La persona que lo inflige no siempre tiene conciencia de ello.
- Es difícil de detectar, pues no deja marcas visibles y la persona puede estar físicamente bien atendida.
- Provoca mucho dolor y es el más temido por los grupos, por ser el más habitual.
- Se puede ejercer en todos los ámbitos: el familiar cuidador, la persona cuidadora externa, el personal de residencias.
- A veces es producto de la falta de formación para cuidar a personas con deterioro cognitivo y/o físico, o de la sobrecarga de trabajo.

“Al pasar por varias etapas para cuidar a mi mujer veo que ha habido maltrato. Por inexperiencia intentas diferentes técnicas por mantener a la otra persona. ¡Es tan sutil!”

El otro tipo más mencionado es el abandono, que no se percibe tan generalizado como el maltrato psicológico, pero sí está extendido:

- Puede ser de naturaleza diversa: persona no bien aseada, no dar la medicación correctamente, dejarla comer sola en la habitación.
- Se vincula sobre todo con un componente físico, pero puede tener un componente emocional.
- En ocasiones, la línea del maltrato es muy fina: visitas poco frecuentes, no llevarle a actividades de entretenimiento o sociales...

“El abandono ya no sólo es prestarle las necesidades básicas, sino el amor, afecto y comprensión. Las carencias afectivas”. “A veces lo tienen cuidado físicamente, sentado en

un sillón, pero no le hablan. Aunque no te entienda, si no te ríes con él, le das la mano... eso es abandono”

En general, aunque no se conocen datos, se tiene la impresión de que está extendido, que falta sensibilidad y en ocasiones no hay ni siquiera conciencia de maltrato. También que no se destinan medios o políticas a abordarlo. Se tiene la sensación de que no está en la agenda, no interesa y lo inscriben en un marco social más amplio de maltrato que tiene que ver con la educación.

“Es un tema de educación. Está inmerso en toda la sociedad y existe a todos los niveles”

¿Qué vamos a encontrar en esta guía?

Sirvan estas líneas precedentes para enmarcar el maltrato a las personas mayores y las actuaciones coordinadas que se presentan a continuación.

Tras la necesaria justificación de la revisión, serán los aspectos metodológicos los que se resaltarán para posteriormente entrar en la detección y los factores de riesgo, sin olvidar que el riesgo de sufrir maltrato aumenta con la edad, a mayor dependencia hay mayor riesgo, la demencia es un agravante y si se trata de una mujer, puede ser de violencia de género.

Se han revisado los tipos y su severidad, incorporando la violencia de género y se ha incluido la nueva escala municipal, además de una ficha de factores de riesgo que puede ser utilizada en servicios menos especializados, para una valoración más inmediata, mientras que la escala de detección y graduación se plantea para entornos en los que se va a trabajar específicamente con la situación de maltrato.

La intervención ha sido objeto de gran atención, revisándose todos los flujogramas, e incorporando nuevas estructuras en ellos, como los equipos de atención a personas vulnerables o los recursos especializados en violencia de género.

Se ha actualizado la bibliografía y revisado el apartado de recursos y servicios involucrados tanto en la detección como en la intervención general o especializada en malos tratos.

Con todo ello, esperamos que esta versión mejorada de la guía sea de utilidad a todos los profesionales involucrados en la atención a las personas mayores vulnerables, unifique criterios, facilite el flujo de la información y agilice los procesos.

Pero este no es el final, aún resta mucho trabajo conjunto que se seguirá desarrollando más adelante, tras la evaluación de los equipos de personas vulnerables de los distritos, la posible puesta en marcha del nuevo modelo de servicios sociales y la necesaria coordinación en las acciones de sensibilización y formación.

“las personas de edad podrán vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales” .

Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (1991)

Metodología y desarrollo para la elaboración de la guía

Tras la elaboración de la guía, que comenzó su andadura en el año 2018, se hacía necesario realizar una revisión de la misma, por varios motivos, entre otros:

- Asumir el encargo que se recoge en el Plan de Acción 2021-2023, Madrid Ciudad Amigable con las Personas Mayores de evaluar y rediseñar el programa municipal de maltrato y aislamiento.
- Incorporar, como herramienta de valoración y diagnóstico, la *escala municipal de detección y graduación del maltrato a personas mayores en el ámbito domiciliario*, ya validada.
- Añadir elementos relacionados con la Violencia de Género, en tanto que en la anterior guía se detectan carencias con respecto a este tema.
- Incluir los equipos de atención a la vulnerabilidad como estructuras distritales multidisciplinares, que analizan y valoran casos de personas mayores en riesgo, detectadas por cualquiera de los agentes que operan en el distrito, para revertir la situación y coordinar con cuántos recursos comunitarios puedan ponerse a disposición de este propósito, en un intento de normalización, siempre respetando la autonomía de la persona mayor.
- Actualizar partes de la intervención dado que se han producido cambios con respecto a legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Grupos de trabajo

Para la revisión de la guía, se han creado dos grupos de trabajo específicos distinguiendo entre DETECCIÓN/SENSIBILIZACIÓN e INTERVENCIÓN.

Los grupos están formados por personal técnico del Ayuntamiento de Madrid proveniente de diferentes Áreas y Departamentos.

En una primera fase previa se ha realizado la consulta a los integrantes de los grupos en cuanto a qué se está haciendo, qué se puede hacer más y qué se necesita para realizarlo teniendo en cuenta cuatro objetivos. Se presenta un resumen de lo recogido:

DETECTAR Y VALORAR CASOS DE MALTRATO ENTRE LOS MAYORES		
¿Qué se está haciendo?	¿Qué más se puede hacer?	¿Qué es necesario para hacerlo?
<ul style="list-style-type: none"> o Entrevistas y visitas a domicilio como herramientas de valoración y aplicación de las escalas existentes para graduar el maltrato. o Coordinación entre diferentes recursos para disponer de la mayor información posible con respecto al caso. o Valoración interdisciplinar en equipos con diferentes perfiles profesionales para una visión global del caso. 	<ul style="list-style-type: none"> o Homogeneizar el lenguaje relativo al maltrato para un adecuado abordaje con la seguridad de que los intervinientes trabajan en la misma dirección. o Establecer protocolos de actuación claros. o Trabajar desde el ámbito comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> o Establecimiento de un protocolo de coordinación sanitaria. o Especialización de los profesionales.

ACTUAR SOBRE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO		
¿Qué se está haciendo?	¿Qué más se puede hacer?	¿Qué es necesario para hacerlo?
<ul style="list-style-type: none"> o Atención desde servicios específicos (familia, violencia de género, recursos de atención a personas mayores, atención social primaria, etc) registrando incidencias. o Acceso a recursos que ayuden a detectar estos casos. o Coordinación con otros servicios. o Apoyo a cuidadores. o Derivación al servicio específico de valoración (mesa de vulnerabilidad) para posible intervención desde el Programa de Malos Tratos. o Inclusión a personas mayores en grupos de apoyo y sensibilización sobre el maltrato. 	<ul style="list-style-type: none"> o Formación específica en la materia a los profesionales que trabajan con personas mayores. o Sistematización de información para mejorar la detección de indicadores y la unificación de criterios. o Establecimiento de protocolos. o Refuerzo de la coordinación entre niveles asistenciales. o Seguimiento más intensivo de los casos. 	<ul style="list-style-type: none"> o Espacios de trabajo conjunto. o Formación y supervisión continua de los profesionales.

ATENDER A LA PERSONA MAYOR MALTRATADA		
¿Qué se está haciendo?	¿Qué más se puede hacer?	¿Qué es necesario para hacerlo?
<ul style="list-style-type: none"> o Atención a la persona mayor víctima de malos tratos desde servicios específicos. o Incorporación de recursos de apoyo en domicilio. o Seguimiento de la intervención para una valoración continua y evaluación de un aumento del riesgo. o Coordinación con otros recursos intervinientes o Derivación a la Mesa de Vulnerabilidad para posible intervención desde el Programa de Malos Tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> o Establecimiento de protocolos claros y comunes. o Creación de plazas de alojamiento especializado en caso de necesidad de salida del domicilio. o Reforzar apoyo psicosocial especializado. o Ajuste de la valoración para la inclusión del caso en el Programa específico de Malos Tratos. o Revisión de protocolos existentes. o Elaboración de manual de buenas prácticas en intervención en malos tratos a personas mayores. o Formación específica dirigida a profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> o Espacios de coordinación con otros servicios y recursos. o Formación especializada. o Asesoramiento legal o jurídico. o Inclusión de perfiles profesionales específicos (psicólogos) en los equipos de trabajo. o Creación de espacios para sesiones técnicas de análisis y debate.

FORMAR A LOS PROFESIONALES EN ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DEL MALTRATO		
¿Qué se está haciendo?	¿Qué más se puede hacer?	¿Qué es necesario para hacerlo?
<ul style="list-style-type: none"> o Formación desde algunos recursos a sus propios profesionales y a otros externos. o Grupos informativos para personas cuidadoras de personas mayores. o Sensibilización a profesionales que trabajan con personas mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> o Promover formaciones más específicas a los diferentes profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> o Más recursos y acciones formativas. o Sesiones formativas a nivel comunitario. o Sesiones técnicas específicas para el abordaje, debate y análisis de casos. o Formación sobre protocolos de actuación.

Puesto que se parte de la anterior guía, se ha trabajado sobre los diferentes apartados de la misma, reformulando algunos de ellos. En este sentido, se han incorporado aspectos importantes tras el trabajo de los grupos teniendo en cuenta las carencias que se han detectado en la anterior guía. Así, algo importante es que además de valorarse factores de riesgo tanto en la persona mayor víctima y el responsable de

los malos tratos, se incorporan factores de riesgo relativos al contexto común y a factores familiares que nos hablan sobre todo de una historia previa.

De manera paralela, se ha valorado por unanimidad incorporar el tema de la violencia de género en el ámbito de la pareja y expareja en la guía como otro tipo de maltrato además de los ya existentes. La relevancia de este tema y la puesta en marcha de recursos destinados a su intervención hace esto necesario de cara a abordar los casos de malos tratos a personas mayores en los que está presente un componente de género.



Guía de actuación: pautas de detección

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a cualquier profesional a tomar las decisiones más apropiadas sobre el maltrato a personas mayores en el ámbito doméstico basándose en herramientas y técnicas propias de la actividad profesional.

DetECCIÓN

Son múltiples los agentes que pueden hacer detección de malos tratos a personas mayores, tanto formales como los servicios sociales, servicios de apoyo a las personas mayores, servicios de emergencia, programas comunitarios, etc., como informales: familias, vecinos, voluntariado entre otros.

Hay que tener en cuenta que ante cualquier sospecha es imprescindible comunicar esta situación.

Cuando se realiza intervención con personas mayores hay que estar alerta a cualquier signo que haga sospechar una situación de maltrato y si este fuera grave o se conoce un riesgo vital para la persona, es necesario avisar a la policía. Los profesionales tenemos la obligación, no solo moral, sino también legal de comunicarlo.

Factores de riesgo

La literatura nos indica que la sospecha de maltrato se basa en observaciones sobre la posible “víctima” y la persona “responsable”, así como algunos datos de la interacción entre ambos y del entorno.

Aunque lo ideal sería trabajar sobre los factores de riesgo a fin de prevenir el maltrato, en ocasiones esto no es posible; hay que tenerlos en cuenta igualmente para hacer una valoración lo más ajustada posible.

Existen múltiples escalas o cuestionarios de sospecha, aunque todos ellos han de ser tomados como lo que son, instrumentos de alerta que inducen a una valoración completa. Nunca la aplicación de un instrumento de sospecha nos puede llevar a confirmar un caso de maltrato. Para su confirmación, es necesario realizar una evaluación más pormenorizada que incluya no solo a la persona mayor, sino también a la posible persona responsable del maltrato y al contexto de la situación. Sólo así se puede llegar a confirmar, en su caso, la existencia de maltrato.

Las tablas recogen algunos de los señalados en la literatura.

En el caso de la víctima, hay que tener presente siempre el grado de dependencia o necesidad de ayuda. Mujer, con limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria, especialmente si existe deterioro cognitivo, constituye el perfil más común, desde un punto de vista excesivamente reduccionista, puesto que la diversidad es enorme.

A continuación, se recogen los factores de riesgo que se pueden encontrar tanto en la víctima como en la persona responsable de los malos tratos, así como aspectos a tener en cuenta relativos a factores familiares y al contexto.

FACTORES DE RIESGO	
Víctima	Responsable de malos tratos
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo. - Edad. - Presencia de comportamientos provocadores y/o agresivos. - Presencia de deterioro cognitivo. - Mala salud. - Depresión. - Problemas de comunicación. - Dependencia física, mental, económica o social. - Grado de dependencia (salud deficiente, dependencia física y conductual, deterioro cognitivo y conductas de comportamiento alteradas). - Enfermedades crónicas discapacitantes. - Otras características: culpabilización de la situación, lealtad excesiva hace el responsable de los malos tratos, resignación o vergüenza. - Factores asociados a la edad: sentimientos de inferioridad, auto marginación, aislamiento voluntario y de sentimiento de falta de utilidad e importancia, sentimiento de declive, de carga social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo. - Inexperiencia. - Presencia de trastornos psicológicos. - Abuso de sustancias y/o drogas. - Percepción del cuidado como una carga. Estrés. - Alto nivel de exigencias de atención al mayor y excesivas demandas de ayuda. - No asunción de la responsabilidad como cuidador. - Otras características: culpar al mayor de su situación, no comprender sus necesidades, etc. - Dependencia económica. - Presencia de sentimientos negativos, como ira u hostilidad. Baja autoestima, poca adaptación a los cambios, rechazo de responsabilidades, impulsión. Pérdida de control. - Estrés por situación social independiente de los cuidados (ausencia de trabajo, enfermedad, problemas económicos, ausencia de proyecto vital...). - Estado de Salud/Enfermedades. - Justificación/minimización de la situación. - Falta de formación y apoyo a la persona cuidadora. - Los cuidados recaen únicamente en la persona cuidadora. - Deterioro cognitivo y/ o enfermedad terminal en el maltratador.

FACTORES FAMILIARES

- Tipo de vinculación familiar.
- Ciclo evolutivo familiar.
- Insatisfacción con las relaciones dentro del seno familiar.
- Historia familiar: disfuncionalidad familiar, violencia en el ambiente familiar, anomalía en las relaciones paternofiliales, en la convivencia, divorcios.
- Desgaste de los vínculos intergeneracionales.
- Reducción/ausencia de red de apoyo familiar.

CONTEXTO

- Cantidad de ayuda (formal e informal) recibida (los cuidadores que menos ayuda reciben presentan mayor riesgo de maltrato).
- Falta de contactos formales y/o informales (aislamiento social).
- Vivienda compartida con otras personas, en contra de la voluntad.
- Edadismo.

La actuación sobre estos factores, en la medida de lo posible, con los medios disponibles, ha de ser una prioridad en la actuación sobre los malos tratos.

La sospecha suele venir por una serie de signos y síntomas en la víctima, la persona supuestamente responsable y la interacción entre ambas.

La activación sobre estos factores con medidas compensadoras ha de ser una prioridad, pues estaremos evitando que se produzcan situaciones de maltrato.

De manera general, en una valoración inicial en entrevistas o visitas domiciliarias, se puede considerar que la presunta víctima parece tener miedo de alguna persona, cuando le preguntan no quiere responder o mira a alguien antes de responder, su comportamiento cambia cuando entra o sale de la habitación, manifiesta sentimientos de soledad, dice que no tiene amigos, familia, dinero, medio de transporte, etc., se aprecia baja autoestima: "no sirvo para nada", "aquí estoy molestando", se refiere a alguna persona como una persona "con genio" o frecuentemente "enfadada" o muestra excesivo respeto a alguna persona de su entorno.

En el caso de la presunta persona responsable, es frecuente que padezca un importante nivel de estrés o de sobrecarga, intenta evitar que el/la profesional y la persona mayor hablen en privado, insiste en contestar a las preguntas que se le hacen a la víctima, pone obstáculos para la asistencia socio sanitaria, olvida las citas médicas de la persona mayor, las expectativas hacia la persona mayor no son realistas o no tiene conciencia sobre el proceso "normal" de envejecimiento o carece de formación o capacidad suficiente para cuidarla.

La interacción entre ambas personas puede ser conflictiva, con frecuentes discusiones, insultos, etc. La persona responsable se muestra hostil, enfadada o impaciente durante la visita y la persona mayor está agitada o demasiado tranquila en su presencia. También puede haber conflictos o crisis familiares recientes, incluso puede haber indiferencia mutua, o simplemente cuentan historias incongruentes, contradictorias o extrañas sobre cómo ha ocurrido un determinado hecho.

En el caso de sospecha de violencia de género, además de identificar muchos de los factores señalados anteriormente, es necesario contrastar con los indicadores específicos de violencia recogidos en esta guía. Además, hay que tener en cuenta los indicadores comportamentales tanto en el agresor como en la víctima, como por ejemplo las situaciones en las que ella muestre dificultad para tomar decisiones autónomas, mostrarse a la defensiva o en estado de alerta o no tomar la palabra en presencia del agresor. En el caso de este, puede ocurrir que no permita que la mujer acuda sola a una entrevista, impida que se comunique o la interrumpa de manera constante e incluso buscando alianzas con el personal profesional para intentar desacreditar la capacidad de la mujer en relación con diversos asuntos.

Es importante conocer el grado de dependencia de la persona mayor y, en la medida de lo posible, si existe deterioro cognitivo o demencia, ya que:

- ❖ **A mayor dependencia, mayor riesgo.**
- ❖ **La demencia es un agravante.**
- ❖ **El riesgo de sufrir maltrato aumenta con la edad.**
- ❖ **Si es mujer, puede tratarse de violencia de género.**

“El maltrato de las personas mayores es un problema universal”, reconoce la Declaración, en el que además “el victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en la unidad donde se proveen los cuidados, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato”

Declaración de Toronto 2002

Tipos de maltrato, grados y signos de alerta

El grupo de trabajo que se ha ocupado del apartado de la detección ha acordado que las definiciones de los tipos de maltrato y los indicadores son las correctas, si bien es cierto que se han realizado aportaciones sobre las mismas que permiten realizar otras más completas, lo que se refleja más adelante.

Se ha trabajado en la identificación de factores de riesgo en cada servicio, indicando si existen especificidades. En este sentido, no se cuenta con criterios “independientes”, sino que se pueden detectar en todos los servicios que trabajan en la materia. La tabla descrita en el apartado anterior recoge estos factores de riesgo tratados en el grupo.

Hay que tener presente que generalmente los tipos de maltrato se mezclan e interactúan, de manera que el maltrato psicológico suele estar presente en casi todos los demás tipos o que la negligencia, en ocasiones, constituye un auténtico maltrato físico. Del mismo modo, una retención ilegal, además de constituir un delito, puede suponer un gran riesgo de lesión física. Igualmente, un maltrato sexual (también delito) es una agresión, aunque se clasifique como tal por la intencionalidad.

Establecer una diferenciación por tipologías del maltrato a personas mayores y su severidad ayuda a sistematizar su análisis. Por tanto, el ejercicio de definición realizado en el grupo es un intento de clasificación en categorías en algo que sabemos complejo y multidimensional. A continuación, se exponen los distintos tipos de maltrato, con las limitaciones expuestas con anterioridad:

- ❖ *Negligencia.*
- ❖ *Maltrato físico.*
- ❖ *Maltrato psicológico.*
- ❖ *Violación de derechos básicos.*
- ❖ *Maltrato sexual.*
- ❖ *Maltrato financiero.*
- ❖ *Abandono.*
- ❖ *Violencia de género.*

“la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad”

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).

Negligencia:

Comportamiento nocivo por parte de la persona obligada a cuidar a la persona mayor. Rechazo u omisión de proporcionar lo necesario para cubrir sus necesidades básicas (higiene, medicamentos, comida, recursos...). Puede ser activa, como la falta de cuidados necesarios por parte del cuidador de forma consciente, y pasiva, que se centra en el olvido y abandono (incapacidad de la persona responsable de los cuidados). No solo omisión de proporcionar a la persona mayor lo necesario para cubrir sus necesidades básicas sino también evitar daños que pudiera tener por otros motivos. Se pone en riesgo la seguridad y la salud.

Menos grave: El cuidador no apoya en actividades básicas de la vida diaria.

Grave: Descuido en el cuidado de la persona mayor, o no dar la atención adecuada por falta de capacidad del cuidador.

Muy grave: Situación que compromete gravemente su salud. Desnutrición y deshidratación severa por falta de alimentación o negación de la misma.

INDICADORES**MENOS GRAVE**

Se detectan indicadores de sobrecarga o incapacidad para el cuidado en el cuidador principal. Presenta un aspecto descuidado o desaliñado, ropa sucia. Vivienda descuidada con falta de higiene.

GRAVE

No se cambia el absorbente con la frecuencia necesaria. Ausencia de higiene y ropa sucia. Pérdida de peso y malnutrición. Alimentación inadecuada. No tiene actualizada la medicación o existe falta de control en la misma. Seguimiento incorrecto de sus patologías. Hospitalizaciones frecuentes

MUY GRAVE

El cuidador principal, aunque acepta la intervención, dificulta el desarrollo de servicios de atención para la persona mayor. Empeoramiento de enfermedades crónicas por ausencia de cuidados, incumplimiento de tratamiento médico. No realización de cambios posturales necesarios, ni cambios de absorbentes. Desnutrición y deshidratación severa. Extrema delgadez. Úlceras por presión u otra lesión grave y mal atendida. El mayor desprende mal olor (normalmente a orina y heces) y la ropa está sucia, es inadecuada o carece de la misma. Ausencia de higiene corporal y en la ropa de la persona mayor. No existe seguimiento médico. Descompensación por déficit de control en la prescripción de medicamentos. Ausencia de lugar adecuado para dormir o descansar. Suciedad en la vivienda, falta de suministros. Condiciones de vivienda insalubres.

<p>Maltrato físico: <i>Todo tipo de violencia física, aunque no cause lesión: desde los golpes fuertes, al simple arañazo y el pellizco, golpear, abofetear, quemar, confinar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc. llevada a cabo por otras personas, de forma intencional, que causa daño o lesión. La negligencia, en ocasiones, también puede considerarse dentro de esta categoría.</i></p>		
<p>Menos grave: Agresión sin lesión física (empujón, zarandeo...) OJO: alerta inminente de que se produzca una lesión.</p>	<p>Grave: Agresiones reiteradas que no ponen en peligro la vida, pero causan dolor físico y emocional.</p>	<p>Muy grave: Agresión física intencionada con gran violencia que provoca lesiones graves, agresiones en el contexto de violencia de género y doméstica.</p>
INDICADORES		
MENOS GRAVE	GRAVE	MUY GRAVE
<p>Verbalización por parte del usuario de que no recibe un trato adecuado. Cambio de actitud de la persona mayor en presencia de cuidadores. Negativa por parte del cuidador a que el anciano reciba visitas.</p>	<p>Enrojecimiento, lesiones menores y hematomas que causan un daño menor. Incoherencia entre mecanismo de movilización y la lesión producida.</p>	<p>Lesiones graves. Sujeciones y restricciones físicas o/y químicas sin prescripción. Marcas de ataduras (no sujeciones). Hematomas de diferente grado y estadio de evolución. Luxaciones (dolor al ser tocado). Fracturas mal consolidadas. Quemaduras sin causa que lo justifique. Alopecia parcheada. Desnutrición y deshidratación. Alimentación forzada y con violencia. La lesión que se observa no se puede explicar por el mecanismo de movilización. Uso inapropiado de medicamentos con intención de causar daño. Demora en la solicitud de atención sanitaria o petición de tratamiento con grave perjuicio para la salud.</p>

Maltrato psicológico: <i>Abuso emocional (amenazas, intimidación, humillación, infantilización, actitudes edadistas, insultos...) donde una persona ejerce un poder sobre otra incidiendo sobre la estabilidad emocional.</i>		
Menos grave: Actitud edadista por parte del cuidador. Escasa escucha sobre deseos o preferencias del mayor, se le ignora, se le culpabiliza. Gritos ocasionales y órdenes bruscas. Actitud machista por parte del cuidador.	Grave: Menosprecio, intimidación, manipulación, insultos, acusaciones. Censura, acoso.	Muy grave: Amenazas graves de daño físico o muerte, abandono o institucionalización. Vejaciones, intimidación, humillaciones, chantaje, insultos a personas sin demencia o con demencia leve o moderada.
INDICADORES		
MENOS GRAVE	GRAVE	MUY GRAVE
Tristeza. Pérdida de autoestima. Infantilización delante de profesionales u otras personas. No proporcionar información y utilización de silencios ofensivos. Interés por agradar al cuidador.	Soledad y abandono. Depresión sin riesgo de autolesiones. Estrés, ansiedad. Aceleración del proceso de demencia. Alopecia por estrés Alteraciones del sueño. Pérdida de apetito. Llanto. Indecisión para hablar. Justificación de la actitud del cuidador como algo normal. Automarginación / aislamiento voluntario	Pánico, miedo en presencia del sujeto causante. Mutismo. Depresión e intentos de suicidio. Estado de bloqueo emocional. Alto grado de confusión y estrés. Trastornos del sueño, pérdida de apetito y peso. Indefensión, bloqueo. Imposibilidad de reacción. Aislamiento social.

Violación de los Derechos: <i>Privar a la persona mayor de los derechos que legalmente le corresponden (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa, participación social, confidencialidad, derecho a ser cuidado, libertad de elección...).</i>		
Menos grave: Equiparable a maltrato psicológico menos grave.	Grave: Impedimentos para que la persona mayor desarrolle sus capacidades y tome sus propias decisiones.	Muy grave: Retención ilegal, abuso de poder, aislamiento forzoso.
INDICADORES		
MENOS GRAVE	GRAVE	MUY GRAVE
Equiparable a maltrato psicológico menos grave. Tristeza. Pérdida de autoestima. Infantilización delante de profesionales u otras personas. No proporcionar información y utilización de silencios ofensivos. Interés por agradar al cuidador.	Escasas visitas que generalmente recibe en compañía del cuidador, al igual que escasas salidas fuera del domicilio. No proporcionar estímulos a la persona mayor dependiente. Aislar a una persona de sus redes sociales.	El responsable no abre la puerta, rechaza recursos, no acude a los servicios sanitarios ni recibe visitas en casa. Institucionalización sin consentimiento.

Maltrato sexual: <i>Cualquier contacto sexual sin consentimiento (atentados contra el pudor e intimidad de la persona, tocamientos, violaciones, sodomía, desnudo forzado, fotografía sexual explícita...). Uso de la fuerza o amenazas para fines sexuales. Utilización de drogas o alcohol. Sumisión física o química.</i>
Muy grave: AGRESIÓN- VIOLACIÓN Relaciones sexuales sin consentimiento (con penetración o sin ella). Tocamientos sin consentimiento con clara intencionalidad sexual.
INDICADORES
MUY GRAVE
Lesiones en el área genital, de diversa intensidad (desgarros, hemorragias). Enfermedades de transmisión sexual u otra infección. Ropa interior rasgada, ensangrentada o con presencia de semen. Temor y vergüenza por parte de la víctima ante el desnudo (oculta sus genitales, ansiedad, llanto). Siempre que la víctima tenga deterioro cognitivo se considerará especialmente grave, aunque las lesiones lo sean menos.

<p>Maltrato financiero: <i>Uso inapropiado de los recursos de la persona mayor: privarle de su patrimonio, negarle dinero en metálico para sus gastos personales o coaccionarle para que disponga de su patrimonio a favor del maltratador o impedir su utilización en favor de unos cuidados necesarios.</i></p>		
<p>Menos grave: El responsable utiliza dinero para gastos personales. Abuso económico aparentemente consentido, mediado por cierto chantaje emocional.</p>	<p>Grave: El responsable gestiona de forma irresponsable el dinero de tal forma que carecen de algunos alimentos básicos, no pagan algún suministro y necesitan pedir dinero para llegar a fin de mes.</p>	<p>Muy grave: Robo por parte del cuidador (familiar o persona de confianza) de bienes económicos con violencia o sin violencia/intimidación de bienes económicos de la persona mayor, que le impiden cubrir sus necesidades básicas de atención, incluidos los recursos que necesita, dejándola en situación de extrema necesidad.</p>
INDICADORES		
MENOS GRAVE	GRAVE	MUY GRAVE
<p>Queja de la persona mayor sobre la solicitud de pequeñas cantidades de dinero por parte del cuidador.</p>	<p>Impago de los servicios de atención, a pesar de contar con ingresos. Cubre las necesidades básicas, pero existe un deterioro progresivo de su nivel de vida.</p>	<p>Impago de los servicios de atención. Cuenta del banco en números rojos o con retirada de cantidades sin justificar. Corte de suministros. Carencia de alimentos. Orden de desahucio. Falsificación de la firma. Rechazo de recursos necesarios.</p>

<p>Abandono: <i>Claudicación total por parte de la persona encargada de prestar cuidados necesarios para asegurar su atención física. Abandono en lugares públicos sin posibilidad de comunicarse o demandar ayuda. Institucionalización forzosa en residencia o centro por medios coercitivos.</i></p>
<p>Muy grave: Abandono de una persona mayor con necesidad de cuidados e incapacidad para procurárselos por sí misma, en un servicio, generalmente social o sanitario.</p>
INDICADORES
MUY GRAVE
<p>Localización de una persona mayor en cualquier lugar que no corresponda a su entorno e información de la situación por parte de servicios sanitarios y/o sociales, vecinos.</p>

Violencia de Género:

La ONU define la Violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Es la violencia ejercida sobre la mujer por el hecho de ser mujer o que se comete mayoritariamente contra las mujeres.

La violencia de género supone una violación de Derechos Humanos: integridad física y psicológica, salud, seguridad personal, no discriminación, libertad de movimiento, libertad de elección del lugar de residencia, no tortura o trato degradante.

GRADACION DEL RIESGO

GRAVE	MUY GRAVE
<p>Antecedentes de violencia de género en la vida de pareja, ya sea constatados por denuncias previas, órdenes de alejamiento u otras medidas judiciales, aunque estén ya prescritas, o por el relato de la propia mujer o allegados.</p> <p>Detección de indicadores de violencia de género, aunque esta situación no sea identificada como tal por la mujer.</p>	<p>Situación de riesgo inminente o a corto plazo, para la integridad física o psicológica de la mujer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación de dependencia física, deterioro cognitivo o ambos en la mujer. • El maltratador es el cuidador principal • Deterioro cognitivo y/ o enfermedad terminal en el maltratador • Pérdida de comunicación y contacto de los profesionales con la mujer.

INDICADORES de violencia de género

Lesiones o secuelas de estas en diferentes estados de evolución.
 Hiper frecuentación de servicios de urgencia u hospitalizaciones.
 Quejas somáticas recurrentes: cefaleas, dolor crónico, molestias gástricas...etc.
 Accidentes recurrentes.
 Trastornos de sueño, de alimentación, agotamiento físico.
 Consumo de psicofármacos.
 Ansiedad, síntomas de estrés, Irritabilidad, baja autoestima, fobias.
 Inhibición, retraimiento, evita contacto ocular.
 Aislamiento social y familiar, falta de control sobre la economía familiar.
 No cobertura de necesidades fisiológicas o de contacto social por falta de apoyo o impedimento del cuidador (muy frecuente en mujeres mayores y con dependencia).
 Rechazo a los recursos de apoyo domiciliario, especialmente cuando este rechazo parte del maltratador.
 Pérdida de comunicación y contacto de los profesionales con la mujer.

“los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”

Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Estambul 2011)

Herramientas de detección

Durante el año 2020 se realizó la revisión de la escala de la anterior guía para poder incorporarla como instrumento validado en la detección del maltrato. Se pretendió: fortalecer y mejorar su precisión como herramienta eficaz para detectar casos y graduar su gravedad, orientar la intervención en función de esta gradación, unificar y armonizar la información recogida por los diferentes servicios involucrados y garantizar la generación de información de cara a la formación de los distintos actores para la prevención.

La revisión dio lugar a dos instrumentos:

- Ficha de factores de riesgo, de utilidad para una primera aproximación ante la sospecha de posible maltrato.
- Escala de detección y graduación, que se debe utilizar en el momento de la detección y orienta hacia el tipo de intervención.

Se presentan ambas en esta guía ya que se considera que mientras la ficha de factores de riesgo puede ser utilizada en servicios menos especializados y para una valoración más inmediata, la escala de detección y graduación se plantea para entornos en los que se va a trabajar específicamente con la situación de maltrato.

La existencia de indicadores puede orientarnos hacia la sospecha de existencia de maltrato, sin olvidar otras dos fuentes básicas:

La persona valorada alerta de estar sufriendo malos tratos.

Existencia de indicios claros de maltrato muy grave (lesiones físicas, pánico, desnutrición, deshidratación, merma económica).



Ficha de factores de riesgo

La Ficha de factores de riesgo visibiliza los factores que apoyan la sospecha de malos tratos a las personas mayores en su entorno domiciliario. La sospecha se basa en observaciones tanto de la (presunta) víctima como de la (presunta) persona responsable de los malos tratos.

Información	Anotación
Sexo (H/M)	
Edad	
Estado Civil	
Nacionalidad	
Nivel educativo	

Factores de riesgo	Sí	No	
Grado de dependencia			
Antecedentes de violencia de género / Orden de protección			

Factores de riesgo	S	N	NE ¹
Comportamientos provocadores y agresivos			
Deterioro cognitivo			
Depresión			
Demencia			
Problemas de salud mental			
Mala salud			
Problemas de comunicación			
Aislamiento o soledad grave no deseada			
Debilidad en la red social			
Dependencia física, mental, económica			
Culpabilización			
Justificación continuada de la persona mayor hacia las actuaciones ejercidas por la persona responsable de su cuidado			
Escasa higiene o ropa inadecuada			
Desconocimiento de su situación económica personal y preocupación por ello			
Deudas a pesar de que se presupone que tiene capacidad económica suficiente para afrontar sus gastos			
Donaciones y transmisiones de bienes sin motivo aparente			

¹ Sí, No, No hay evidencia.

Información sobre el/la presunto/a responsable de los malos tratos:

Información	Anotación
Sexo (H/M)	
Edad	
Estado Civil	
Nivel educativo	
Antecedentes en violencia de género/ orden de protección	

Factores de riesgo	S	N	NE
No acredita capacitación ni experiencia específica en los cuidados			
Presencia de trastornos psicológicos			
Problemas de salud mental			
Deterioro de la salud			
Abuso de sustancias tóxicas/ otras adicciones			
Presencia de sentimientos negativos			
Síndrome de desgaste familiar/emocional			
Percepción de cuidado como carga			
Antecedentes o historia de violencia en el entorno familiar			
Alto nivel de exigencias de atención del/ de la mayor y excesivas demandas de ayuda			
Culpa al/ a la mayor de su situación			
No comprende sus necesidades/ Déficit en las estrategias del manejo			
Hostilidad de la persona mayor hacia él/ella			
Dependencia muy alta de los recursos económicos de la persona mayor			
Antecedentes de conflictividad por cuestiones financieras			
Exagerado interés por hacerse cargo de la persona mayor			
Sobresfuerzo económico por parte de la persona responsable			

Si existen **dos o más aspectos** marcados en los factores de riesgo como **SÍ**, estamos ante **sospecha de malos tratos** que habría que evaluar a través de la

ESCALA MUNICIPAL DE DETECCIÓN Y GRADUACIÓN DEL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO

Escala municipal de detección y graduación del maltrato

Una vez que se han valorado los factores de riesgo, se pasa a la detección de la existencia de malos tratos a la persona mayor en su ámbito domiciliario. La escala recoge diferentes tipos de indicadores:

- psicológicos/conductuales
- de salud o abandono físico y negligencia
- ambientales
- económicos
- físicos de lesiones

La confirmación de la existencia de maltrato no se hace solo a través de la aplicación de un instrumento de sospecha, sino que además hay que realizar una evaluación que incluya tanto a la persona mayor como a la persona responsable del maltrato y al contexto de la situación.

La escala presenta tres columnas que responden al momento en que esta se aplica. La existencia de las columnas ayuda a percibir objetivamente en qué medida la detección inicial ha sufrido variaciones a lo largo del proceso.

- La **primera columna** se responde la primera vez que se aplica la Escala, en la **DETECCIÓN**).
- La **segunda columna** lo responde el **Equipo de Maltrato/Mesa de Vulnerabilidad (EM/MV en adelante)** a modo de **VERIFICACIÓN**, para determinar si el caso en cuestión es susceptible de incorporar al Programa de Maltrato.
- La **tercera columna** se responde al final, como forma de **CIERRE**, tras la valoración global y el plan de intervención (**EM/MV**).



S	N	NE
Se dan estas circunstancias	No se dan estas circunstancias	No evidenciable. No se pudo valorar.

	TS			EM/MV			EM/MV		
	Detección			Verificación			Cierre		
1. Indicadores psicológicos y/o conductuales	S	N	NE	S	N	NE	S	N	NE
1. Verbaliza no recibe un trato adecuado (persona mayor)									
2. Tristeza (persona mayor)									
3. Pérdida de autoestima (persona mayor)									
4. Infantilización delante de profesionales u otras personas (persona mayor y relación con responsable)									
5. Verbaliza sentimientos de soledad y abandono (persona mayor)									
6. Depresión sin riesgo de autolesiones (persona mayor)									
7. Estrés, ansiedad (persona mayor)									
8. Aceleración del proceso de demencia (persona mayor)									
9. Indecisión para hablar (persona mayor)									
10. Alopecia por estrés (persona mayor)									
11. Alteraciones del sueño (persona mayor)									
12. Pérdida de apetito (persona mayor)									
13. Llanto (persona mayor)									
14. El/la responsable de malos tratos, aunque deja que se visite a la persona mayor, entorpece la actuación de profesionales y/o familiares									
15. La persona mayor sufre insultos, menosprecios e intimidaciones por parte del / de la persona responsable									
16. Pánico, miedo de la persona mayor en presencia del/ de la supuesto/a responsable de los malos tratos									

17. Mutismo (persona mayor)									
18. Depresión e intentos de suicidio (persona mayor)									
19. Estado de bloqueo emocional (persona mayor)									
20. Aislamiento social (persona mayor)									
21. Alto grado de confusión y estrés (persona mayor)									
22. Trastornos del sueño, y pérdida de apetito y sueño (persona mayor)									
23. No existe seguimiento médico (persona mayor)									
24. Descompensación por déficit de control en la prescripción de medicamentos (persona mayor)									
25. El/ la supuesto/a responsable de los malos tratos rechaza/bloquea la entrada de los servicios de atención, impidiendo su actuación									
26. Retención ilegal; abuso de poder; aislamiento forzoso (persona mayor)									
	TS			EM/MV			EM/MV		
	Detección			Verificación			Cierre		
2. Indicadores de salud o abandono físico y negligencia	S	N	NE	S	N	NE	S	N	NE
1. Pérdida de peso y malnutrición (persona mayor)									
2. No tiene actualizada la medicación (persona mayor)									
3. Seguimiento incorrecto de sus patologías de la persona mayor									
4. Cambio de actitud de la persona mayor en presencia de cuidadores.									
5. Negativa, por parte del /de la responsable, a que la persona mayor reciba visitas									
6. Obstinación terapéutica y uso desproporcionado de tratamientos y cuidados (servicio de urgencias; abuso de psicofármacos...)									
7. Desnutrición y deshidratación severa (persona mayor)									
8. Extrema delgadez (persona mayor)									

9. Úlceras por presión u otra lesión grave y mal atendida, por no efectuar cambios posturales o de pañal (persona mayor)									
10. Información de la situación de la persona mayor por parte de servicios sanitarios y/o sociales, vecinos/as									
11. La persona mayor desprende mal olor (normalmente a orina y heces) y la ropa está sucia, es inadecuada o carece de la misma									
	TS			EM/MV			EM/MV		
	Detección			Verificación			Cierre		
3. Indicadores ambientales	S	N	NE	S	N	NE	S	N	NE
1. Se detectan indicadores de sobrecarga o incapacidad para el cuidado en la persona responsable									
2. Restricciones en el uso del espacio de la vivienda del/de la mayor y limitaciones en relación con el resto de las personas con las que convive									
3. Abandono de la persona mayor en los servicios socio-sanitarios									
4. Incapacidad del hogar para pagar los servicios de energía suficientes para la satisfacción de las necesidades domésticas (pobreza energética)									
5. Ausencia de un lugar adecuado para dormir o descansar (persona mayor)									
6. Rechazo de recursos municipales u otros necesarios (persona mayor y/o responsable)									
	TS			EM/MV			EM/MV		
	Detección			Verificación			Cierre		
4. Indicadores económicos	S	N	NE	S	N	NE	S	N	NE
1. Queja de la persona mayor sobre la solicitud de pequeñas cantidades de dinero por parte de la persona responsable									
2. Retraso en los pagos de los servicios de atención, a pesar de contar con ingresos									
3. Cubre las necesidades básicas, pero existe deterioro progresivo de su nivel de vida									
4. Impago de los servicios de atención									

5. Cuenta del banco en números rojos o con retirada de cantidades sin justificar									
6. Corte de suministros									
7. Carencia de alimentos									
8. Orden de desahucio									
9. Falsificación de la firma de la persona mayor									
10. A pesar de que la persona mayor es económicamente independiente, la persona responsable limita su capacidad de toma de decisiones sobre su patrimonio									
	TS			EM/MV			EM/MV		
	Detección			Verificación			Cierre		
5. Indicadores físicos de lesiones	S	N	NE	S	N	NE	S	N	NE
1. Verbalización por parte de la persona mayor de que no recibe un trato adecuado									
2. Negativa, por parte de la persona responsable a que la persona mayor reciba visitas									
3. Enrojecimiento, lesiones menores y pequeños hematomas (persona mayor)									
4. Incoherencia entre mecanismo de movilización y la lesión producida (persona mayor)									
5. Lesiones graves o muy graves en la persona mayor									
6. Sujeciones y restricciones, físicas y/o químicas, sin prescripción en la persona mayor.									
7. Marcas de ataduras (no sujeciones) en la persona mayor									
8. Hematomas, de diferente grado y estadio de evolución, en la persona mayor									
9. Luxaciones (dolor al ser tocado) en la persona mayor.									
10. Fracturas mal consolidadas (persona mayor)									
11. Quemaduras sin causa que lo justifique (persona mayor)									
12. Alopecia parcheada de la persona mayor									

13. Desnutrición y deshidratación de la persona mayor									
14. Alimentación forzada y con violencia a la persona mayor. La lesión que se observa no se puede explicar por el mecanismo de movilización									
15. Relaciones sexuales sin consentimiento de la persona mayor (con penetración o sin ella)									
16. Tocamientos sin consentimiento de la persona mayor con clara intencionalidad sexual									

VALORACIÓN EN LA DETECCIÓN (FECHA: __/__/__)

Valoración global (señalar)	Possible maltrato menos grave	Possible maltrato grave	Possible maltrato muy grave/ Actuación inmediata

VALORACIÓN EN LA VERIFICACIÓN (FECHA: __/__/__)

Valoración global (señalar)	No existe sospecha de malos tratos	Possible maltrato menos grave	Possible maltrato grave	Possible maltrato muy grave/ Actuación inmediata

VALORACIÓN EN EL CIERRE (FECHA: __/__/__)

Valoración global (señalar)	No existe sospecha de malos tratos	Possible maltrato menos grave	Possible maltrato grave	Possible maltrato muy grave/ Actuación inmediata

- La Escala se aplica **por primera vez** para **validar la sospecha** de la existencia de malos tratos a la persona mayor en su ámbito domiciliario.
- La Escala se aplica **por primera vez** tras la **valoración de los factores de riesgo**.
- Es **observacional** y **mediante entrevista**: los datos se recogen en presencia de la presunta víctima, en su domicilio habitual y convenientemente con la presencia de la persona presuntamente responsable del maltrato².
- Es **descriptiva**: se intenta disminuir la subjetividad de la persona que lleva a cabo la observación. En la ella se especifican los rasgos y variables que, de presentarse, deben ser cumplimentados.

Recomendaciones para la adecuada aplicación de la Escala para la **DETECCIÓN**:

Como es una Escala de graduación orientada hacia el nivel de severidad, si uno de los aspectos es marcado como **“S”** en los apartados **“grave”** o **“muy grave”**, presumimos esta gravedad como **sospecha**.

En los casos donde se ha podido valorar conjuntamente a la **presunta víctima** y al/a **presunto/a responsable**, la norma será **encontrar indicadores de ambos en la Escala**.

- Cuando nos encontremos **solo con apartados reseñados como “grave”** o **“muy grave”**, es preciso **repassar la observación en la graduación de “menos grave”**.
- Es importante señalar que algunos de los factores **tienen valor** si se producen de **forma continuada o repetida**.
- En caso de observarse antecedentes de violencia de género, revisar cuidadosamente el apartado 5 de la Escala **“Indicadores físicos de lesiones”**.

Verificación Equipo de Maltrato/Mesa de Vulnerabilidad:

Tras la valoración **global** y la aplicación del **plan de intervención** se repasa la **DETECCIÓN**, y esto se refleja en la segunda columna de **VERIFICACIÓN**.

IMPORTANTE:

La Escala tiene dos momentos temporales: antes y después.

- ✓ La **Escala** es aplicada en la **DETECCIÓN** por el/ la **TS**³.
- ✓ La **Escala** se aplica a modo de **VERIFICACIÓN**, tras la valoración global y la aplicación del plan de intervención, por el **EM/MV**⁴.

Propuesta: La Escala en la **VERIFICACIÓN** es aplicada por el EM/MV en dos momentos. En una valoración inicial para el ingreso del caso al EM/ MV.

Posteriormente, en el momento, del cierre del caso.

² Además de ello, también se recomienda la adquisición de información sobre incidencias facilitadas por otros actores (personal sanitario del Centro de Salud, el Servicio de Ayuda a Domicilio, la Teleasistencia Domiciliaria, el CED, etc.).

³ Trabajador/a Social.

⁴ Equipo de Maltrato / Mesa de Vulnerabilidad.

Intervención en malos tratos

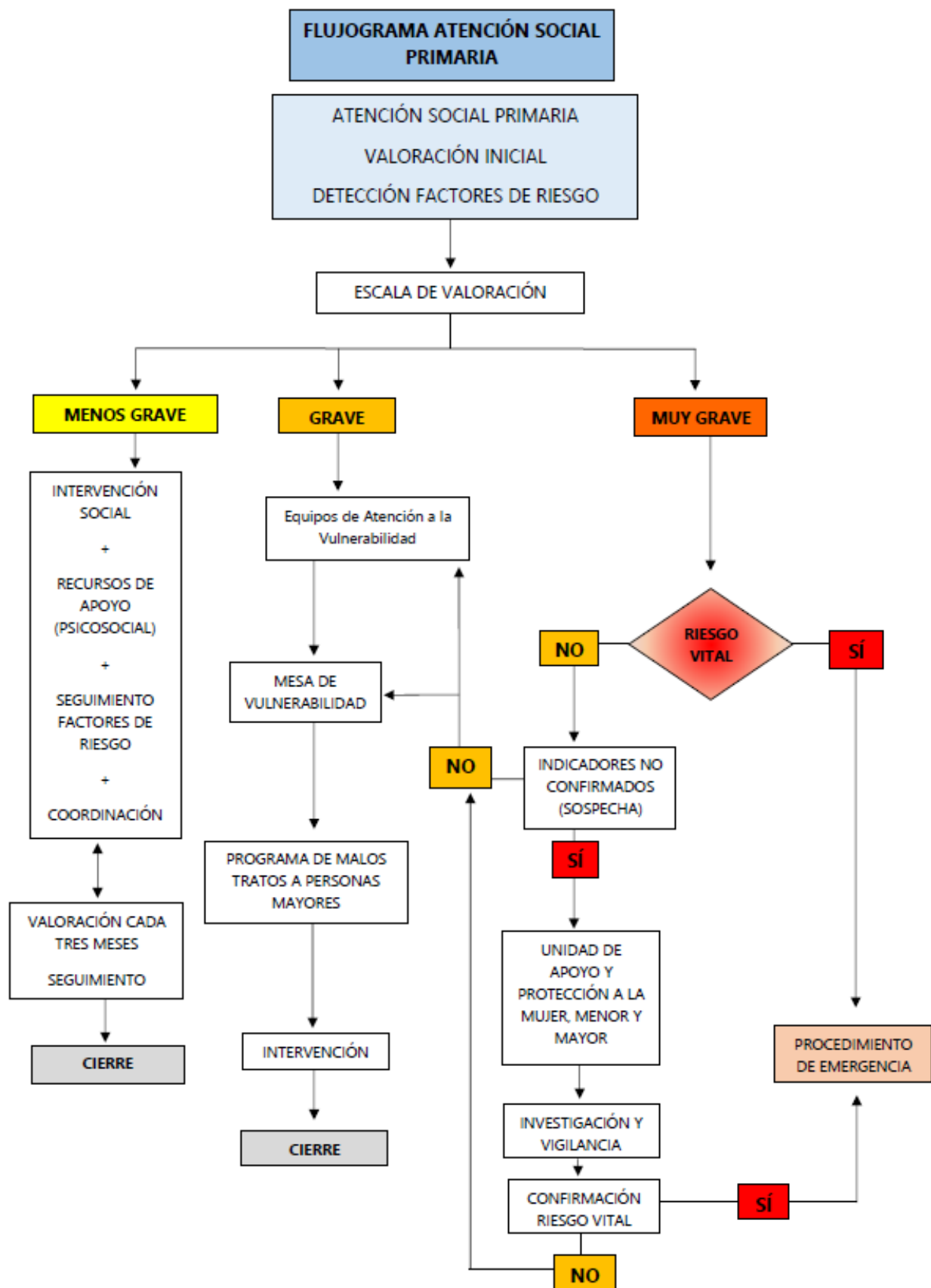
En la intervención en malos tratos hay que diferenciar desde dónde se va a realizar el abordaje de la situación. Teniendo en cuenta esto, la forma sería la siguiente:

- Malos tratos menos graves: el abordaje se realizará desde Atención Social Primaria.
- Malos tratos graves y muy graves: se valorarán de manera conjunta entre todos los profesionales. En Equipos de Atención a la Vulnerabilidad de los distritos se decidirá el abordaje de la situación y el plan de intervención y en caso de que se valore incorporación en el Programa específico de Malos tratos, se hará derivación a la Mesa de Vulnerabilidad.

Se presentan en el siguiente cuadro los diferentes tipos de abordaje según la gradación del maltrato:

TIPO DE RIESGO	VALORACIÓN	INTERVENCIÓN
Menos graves	<ul style="list-style-type: none"> • Atención Social Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención Social Primaria • Apoyos para la intervención social
Graves	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Atención a la Vulnerabilidad • Mesa de Vulnerabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos acordados por el Equipo de Atención a la Vulnerabilidad • Programa de Maltrato
Muy graves	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Atención a la Vulnerabilidad • Mesa de Vulnerabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos acordados por el Equipo de Atención a la Vulnerabilidad • Programa de Maltrato • Servicios de Emergencia

Teniendo esto en cuenta, se explica a continuación la forma en la que se presenta esto en la guía:



Malos tratos menos graves

Las actuaciones en el caso de que los malos tratos sean menos graves corresponden a Atención Social Primaria desde donde se articulan los servicios necesarios para evitar un empeoramiento de la situación.

La gestión del caso recae en el trabajador social de zona, que, al tener una visión global del caso, será el responsable de la gestión de recursos y de la coordinación con el resto de los servicios. En el caso de que exista un trabajador social responsable del Programa de Mayores, la coordinación entre ambos profesionales será constante.

La valoración inicial ha de tener en cuenta las necesidades de apoyo y cuidados que requiere la persona mayor y la capacidad de autogobierno de las personas estudiadas. Esta valoración implica el desarrollo de un Diseño de Intervención Social (en adelante DIS) en el que se han de reflejar los objetivos a conseguir, los recursos que se van a tramitar, el pronóstico y la frecuencia de seguimiento del caso.

Se ha de tener en cuenta que la inicial valoración del caso como caso menos grave no implica que no pueda producirse un empeoramiento, por lo que hay que estar alerta ante posibles cambios y en caso necesario, aplicar la escala de nuevo cuando se valore. Es imprescindible realizar un seguimiento del caso de cara a valorar estos cambios que puedan producir agravamiento.

Los recursos propios del sistema de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid servirán de apoyo y de “vigilancia” para estas situaciones. Así, podrán gestionarse los diferentes recursos que se valoren necesarios y apropiados para cada caso teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de la persona mayor: Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia Domiciliaria, Comida a Domicilio, etc.

Apoyo con programas inespecíficos, control de riesgos y cuidados

Son muchos los recursos que se pueden poner al servicio de estos casos de maltrato menos grave, orientados fundamentalmente al control de riesgos.

Una parte fundamental es el apoyo a las personas cuidadoras, tanto en el cuidado directo como en la posible sobrecarga. Así, pueden ser de gran utilidad los servicios prestados en domicilio o en el entorno próximo. La cartera de servicios está formada por el Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante SAD), Teleasistencia Domiciliaria (en adelante TAD), Centro de Día (en adelante CD), “Respiro Familiar”, “Cuidar a Quienes Cuidan”, etc.), pudiendo contar también con algunos aspectos concretos de esos mismos servicios, como puede ser el seguimiento, o de personas en riesgo por parte de TAD, el asesoramiento legal, o la figura del psicólogo/a u otros profesionales disponibles en SAD.

En cualquier caso, si se considera necesario, puede valorarse la exención del pago y el procedimiento de urgencia para la concesión de servicios nuevos. Los siguientes supuestos pueden ser válidos:

El servicio de TAD es un buen aliado en el seguimiento. Los casos de malos tratos se considerarán como altas urgentes en el servicio.

Existe la posibilidad de utilizar SAD excepcional para casos urgentes que requieran más atención.

En casos de alto riesgo de maltrato, si lo estiman oportuno las/os profesionales que lleven el peso de la intervención, se podrá contemplar la exención de pago de los servicios, cuando las personas usuarias o las responsables de sus cuidados aleguen razones económicas para rechazarlos.

En situación de sospecha fundada de malos tratos, será importante agilizar los trámites relacionados con la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Protección a la Dependencia, si se considera que el caso puede ser acogido por esa ley. Por ello, se solicitará la aplicación de la tramitación de urgencia de los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia y de elaboración del Programa Individual de Atención.

Los programas específicos para personas cuidadoras sobrecargadas, como el de “Respiro Familiar” (servicio de fin de semana en régimen diurno no residencial), pueden ayudar a aliviar la sobrecarga. El programa grupal de abordaje psicoterapéutico y educativo “Cuidar a Quienes Cuidan” permite la coordinación específica en estos casos, gracias a las/los profesionales de la psicología que dirigen el grupo. Se puede contar también con su continuidad mediante grupos de autoayuda.

No hay que olvidar que, en ocasiones, se hace necesario recurrir al equipo de Internamientos involuntarios de la Unidad de Mayores de SAMUR SOCIAL, que puede ser de gran utilidad.

Además, para los casos confirmados de violencia de género, existe una red municipal de atención integral a víctimas de violencia en el ámbito de la pareja o expareja: Servicio de Atención a la Violencia de Género 24 horas (SAVG 24H), Centros de Emergencia, Viviendas semi autónomas, Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género y Centros de Atención Psicoeducativa (CAPSEM).

En general, las mujeres con capacidad de decidir, sin grandes limitaciones psicofísicas, aunque sean mayores, serán derivadas a la red de violencia, mientras que, quienes sufren dichas limitaciones, se beneficiarán más de los programas específicos para personas mayores y deben ser remitidos a los equipos distritales o a la mesa de vulnerabilidad.

De manera específica, algunos de los distritos de la ciudad de Madrid cuentan con proyectos propios orientados a realizar acciones de detección, apoyo e intervención social en temas relacionados con la atención de las personas mayores tales como soledad no deseada, negligencia, malos tratos, que también pueden resultar de gran ayuda.

APOYOS PARA LA INTERVENCIÓN SOCIAL (Control de Riesgos y Cuidados)		
Recursos / Programas	Apoyos específicos	Procedimiento de Gestión (aspectos a considerar)
Servicio de Ayuda a Domicilio	Valoración psicológica. Visitas domiciliarias de valoración conjunta e intervención. Seguimiento semestral a personas usuarias de alto riesgo, con visitas e informes.	Gestión de SAD excepcional para casos urgentes, de acuerdo a la ordenanza. Compatibilidad de SAD-ASP con valoración de Dependencia Propuesta de exención de pago cuando haya rechazo del servicio por alegaciones económicas.
Teleasistencia	Aliado para el seguimiento. Seguimiento específico a personas en riesgo.	Procedimiento de tramitación de urgencia. Propuesta de exención de pago.
Reconocimiento situación de dependencia	Obtener reconocimiento de dependencia.	Agilizar la tramitación: aplicar procedimiento de urgencia.
Equipo de maltrato a personas mayores	Apoyo y asesoramiento, aunque no haya intervención específica. Intervención en casos seleccionados.	Solicitud según el procedimiento habitual.
Centro de día	Aliviar sobrecarga de la persona cuidadora. Empoderamiento de la persona mayor. Disminución de factores de riesgo: nutrición, movilidad, estimulación, etc.	Gestión del Centro de día excepcional para casos urgentes de acuerdo con la ordenanza.
Respiro familiar (fin de semana)	Aliviar sobrecarga de la persona cuidadora. Disminución de factores de riesgo: nutrición, movilidad, estimulación, etc.	
Cuidar a Quienes Cuidan	Aliviar sobrecarga de la persona cuidadora. Facilita la coordinación específica a las/os profesionales de la psicología para llevar los grupos. Continuidad en grupos de autoayuda.	
Programa de mayores en riesgo	Gestión de internamientos involuntarios.	
Red de Violencia	Asesoramiento y apoyo a profesionales ante sospecha, aunque no haya intervención específica. Asesoramiento jurídico y social a la víctima y familiares. Intervención especializada en violencia de género.	Gestión de recursos y prestaciones municipales de mujeres mayores y valoración de dependencia por el procedimiento de urgencia en casos de VG.
Centros de Apoyo a las Familias	Valoración psicológica. Asesoramiento jurídico a familias. Mediación familiar.	

Malos tratos graves

Tras la aplicación de la escala, los casos valorados como graves y muy graves, serán vistos en los Equipos Distritales de Atención a la Vulnerabilidad. Estos equipos, que se describen a continuación, se configuran como un espacio de reflexión conjunta que permite a los profesionales implicados en el caso un abordaje común y desde una perspectiva integral que consiga ser lo más completa y adecuada a las características de la situación.

Equipos Distritales de Atención a la Vulnerabilidad

El trabajo comunitario y específico, de acuerdo con sus propias particularidades, en los distritos de Madrid, es clave para la intervención y detección de vulnerabilidades en las personas mayores.

Una de las medidas adoptadas en los Acuerdos de la Villa (Medida: MS.GT3.009/109) fue la creación de los Equipos de atención a la vulnerabilidad.

Se inició la puesta en marcha del proyecto piloto de los Equipos Distritales de Atención a la Vulnerabilidad (EDAV) en septiembre de 2021 en tres Distritos: Villaverde, Arganzuela y Salamanca, que en la actualidad funcionan como se describe a continuación:

Estructura y composición de la mesa.

Profesionales permanentes

- Persona responsable de la coordinación de la mesa. Es una Jefatura de Sección de programas o la persona responsable del programa de mayores dependiendo la plantilla de cada distrito.
- Secretaría: Bajo las indicaciones del coordinador o coordinadora, es la persona de apoyo administrativo, encargada de preparar las convocatorias, enviarlas con tiempo suficiente, recoger las actas de las reuniones, establecer los contactos necesarios, cursar las invitaciones. Se trata de una persona de apoyo a toda la mesa.
- Una persona representante de la Mesa de Vulnerabilidad.

Profesionales invitados

- Los municipales: Trabajador social de zona responsable del caso, representantes de policía, SAMUR Social, SAMUR PC, Madrid salud (adicciones, saneamiento ambiental, salud pública), violencia de género, unidad de atención al anciano frágil (dependiente de SAMUR social).
- Entidades, ONG, que trabajan en el distrito haciendo trabajo comunitario o voluntariado directo.
- Entidades prestadoras de servicios / responsables municipales de su gestión.

- Atención primaria de salud.
- Salud mental.
- Fiscalía/juzgados.
- Servicios sociales de la comunidad de Madrid (gestión de residencias).

Las reuniones son mensuales con 5 expedientes con la posibilidad de incluir uno más de urgencia.

Su función es analizar los casos de personas mayores supuestamente vulnerables, en riesgo, detectadas por cualquiera de los agentes que operan en el distrito, buscar la mejor opción posible para revertir la situación y coordinar con cuántos recursos puedan ponerse a disposición de este propósito, en un intento de normalización, siempre respetando la autonomía de la persona mayor.

Tiene especial interés la puesta en común de casos especialmente complejos, para lo cual se hace necesario tener unos criterios uniformes y previos, tanto en relación del tipo de vulnerabilidad a abordar como de su severidad.

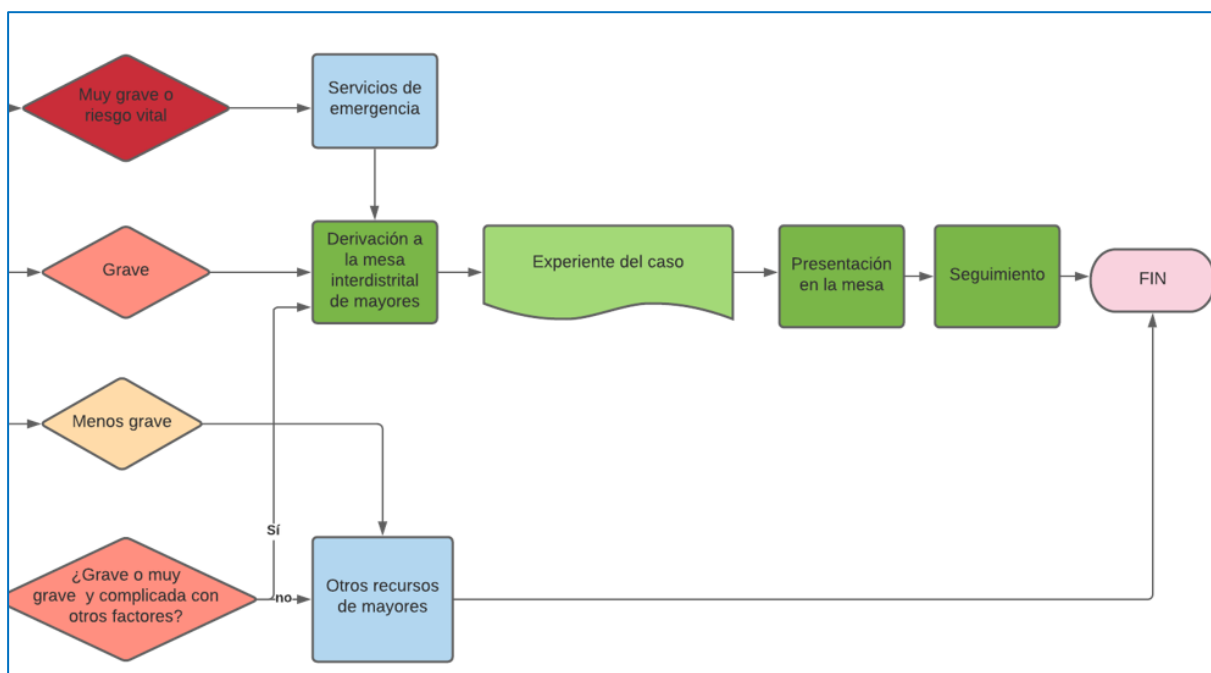
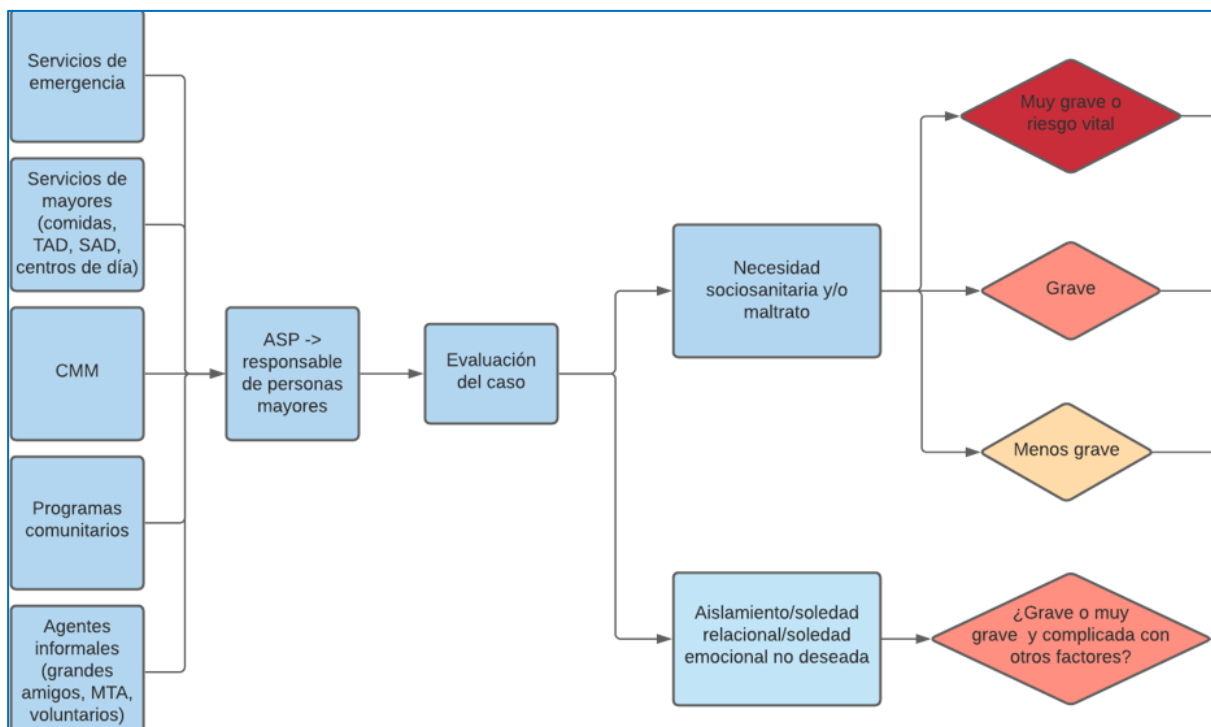
Los casos graves y muy graves se abordarán en las mesas distritales, para encontrar la mejor intervención posible.

- En las mesas distritales, si se clasifica un caso como muy grave, se trabajará conjuntamente con los servicios de emergencia y policía.
- Los casos graves, con sospecha de maltrato, se analizarán por los equipos de atención a la vulnerabilidad y se derivarán a la mesa de vulnerabilidad municipal, puerta de entrada al programa específico de malos tratos.
- Los casos graves por necesidad social no cubierta, o sociosanitaria, se verán en la mesa distrital para diseñar el plan de intervención que se llevará a cabo desde el centro de servicios sociales.

Los casos tratados serán revisados en los equipos con la periodicidad que se estime en los acuerdos de la mesa, en los que también se recogerán las acciones a realizar por cada uno de los miembros implicado en el caso.

Los equipos también deben actuar como lugar de recopilación de experiencias distritales en relación con la vulnerabilidad, incluso en aspectos preventivos o de sensibilización.

Si en algún momento se quiere contar con la participación ciudadana, serán los foros locales y las mesas de personas mayores a ellos vinculadas, los que deberán ser tenidos en cuenta.

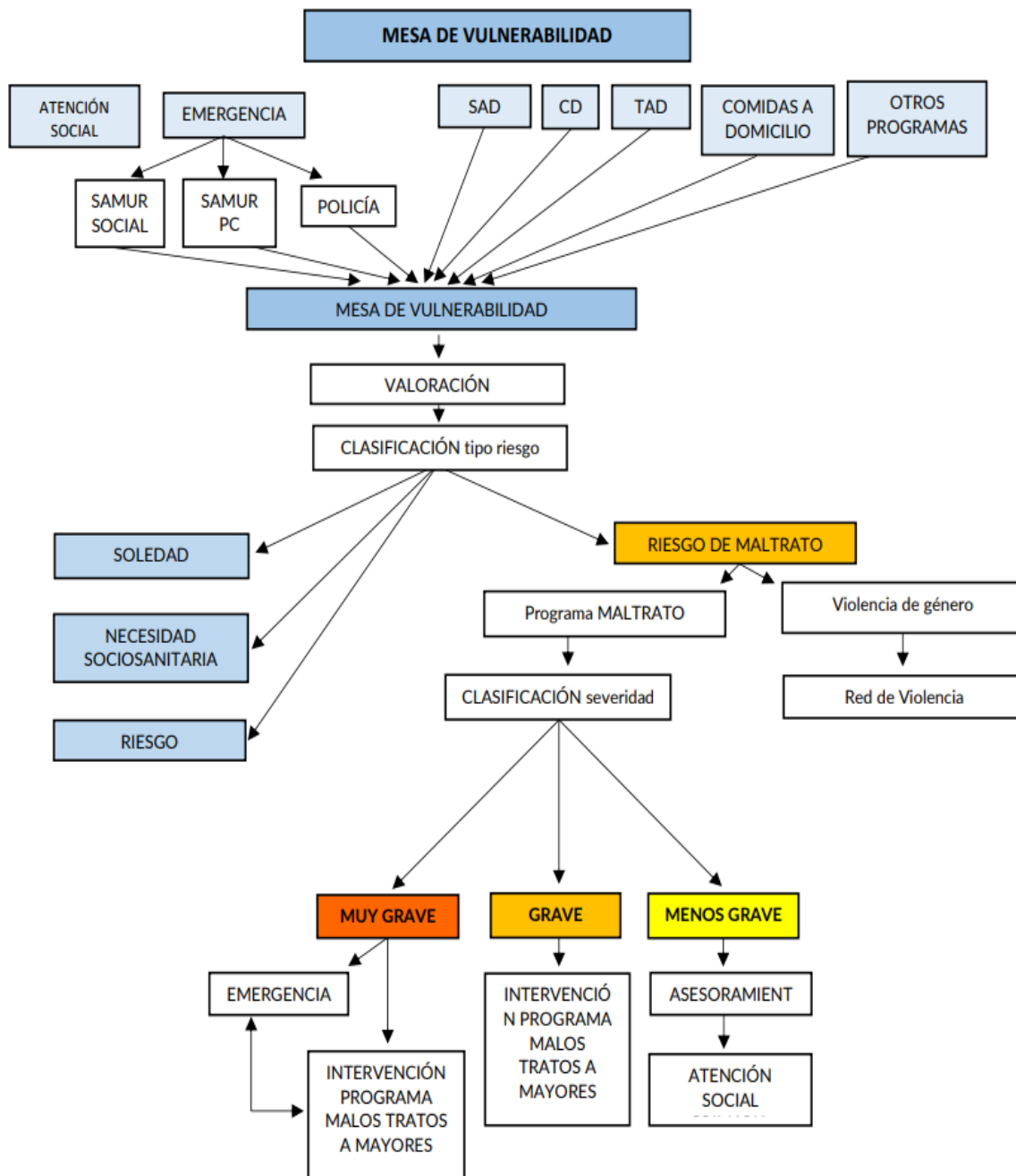


Tras este proceso de valoración en los Equipos Distritales de Atención a la Vulnerabilidad, cuando se ha valorado que se ha de realizar una intervención específica en malos tratos, se procederá a derivar el caso a la Mesa de Vulnerabilidad como paso previo al citado programa configurándose como puerta de entrada obligatoria.

Una vez realizado el análisis del proyecto piloto se valorará trasladar la iniciativa al resto de distritos con las modificaciones que se estimen oportunas.

Mesa de Vulnerabilidad de la Dirección General de Mayores

Se concibe como el lugar para valorar casos que se detectan por diferentes recursos, profesionales o servicios de atención a la ciudadanía. Está formada por un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas (sanitarias y sociales) que analizan los casos. En el siguiente flujograma se refleja el funcionamiento de esta mesa.



Con las notificaciones recibidas en la Mesa de Vulnerabilidad se realiza un análisis y devolución de la valoración realizada a los servicios sociales distritales. De especial interés es la devolución de la valoración en las intervenciones realizadas por los servicios sanitarios, ya que éstas no llegan directamente al distrito, sí las de la policía.

Se hace un seguimiento exhaustivo del caso a través de la aplicación CIVIS.



Además de clasificar, la mesa sirve para registrar los casos, funcionando como un auténtico observatorio.

Esta mesa convoca también sesiones de casos complejos en intervención en los programas de aislamiento social y maltrato, para tomar decisiones conjuntas y colegiadas por el equipo multidisciplinar.

En estas sesiones, además de formar parte los integrantes habituales de la Mesa, intervienen otros agentes implicados en los casos.

Programa específico de malos tratos

El programa cuenta con profesionales del trabajo social, la psicología y la salud, y actúa sistemáticamente en tres fases. Para esto, se asigna un gestor a cada caso.

Primera fase de valoración: se obtiene información detallada y precisa sobre la situación que ha llevado a sospechar de la existencia de malos tratos. Para ello, se estudia tanto a la víctima como a la persona supuestamente responsable de ejercer el maltrato. La valoración que se hace es exhaustiva. Es importante determinar el tipo, la frecuencia, intensidad y gravedad de los malos tratos, así como tener muy en cuenta en qué contexto se producen estos y qué otros factores están influyendo.

La valoración se hace con la escala de maltrato, escalas físicas y cognitivas, Baremo Social de Necesidad, indicadores de violencia, entrevistas con el responsable y la víctima, entorno, contacto con los recursos, etc.

Si no hay evidencia de maltrato o este es de una tipología no abordable desde el programa, se procede a la derivación informada al recurso más adecuado, incluidos los de violencia de género. En los casos en los que se valore violencia de género, se procederá a la coordinación y derivación al dispositivo especializado de la red (SAVG24horas).

En los casos en los que se valore violencia de género, se derivará al dispositivo especializado de la red rellenando la hoja de activación del Servicio de Atención a la Violencia de Género (ver en anexo).

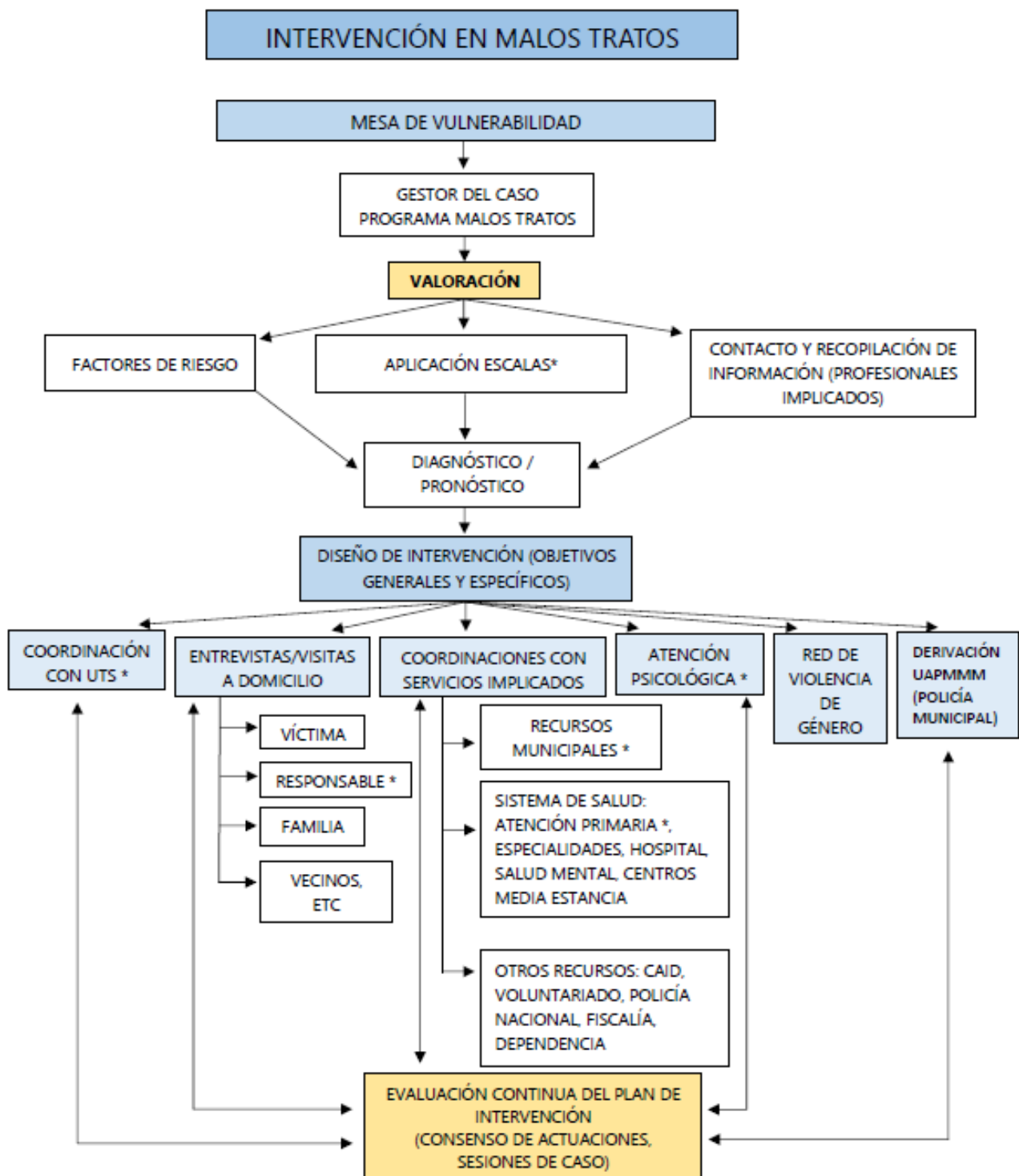
Uno de los puntos clave en la decisión es conocer si víctima y responsable tienen capacidad de autogobierno. El cruce entre estas dos variables puede descartar la existencia de maltrato *sensu stricto* y orientar la intervención a seguir.

Ante una persona responsable de agresiones a otra persona con discapacidad en ciertos ámbitos o habilidades, o cuando esa discapacidad en ciertos ámbitos o habilidades está presente en ambas partes, tras una valoración exhaustiva, el abordaje debe contar con los servicios sociales y de salud para controlar y proteger tanto a la persona agresora como a quien sufre las agresiones e incluso puede imponerse la protección social y jurídica como medida.

Si tras la valoración queda patente que hay maltrato susceptible de ser atendido por el programa, en coordinación con la unidad de trabajo social de zona del correspondiente distrito, se establece un plan de actuación individualizado que se va adaptando a los resultados que se vayan obteniendo y que se mide a través de una evaluación continua del mismo. Siempre se valora la necesidad de establecer un *plan de seguridad* y se actúa en consecuencia.

Los servicios de apoyo (SAD, TAD, CD...) pueden jugar un importante papel en esta fase de sospecha, tal y como ya ha sido descrito en los casos de maltrato menos grave, sin descartar su presencia en todas las fases.

Es también el momento de establecer un pronóstico, a sabiendas de que este puede ser perfilado mucho mejor conforme se vaya conociendo la situación en mayor profundidad a lo largo de la intervención.



*Suponen las coordinaciones básicas en la intervención. El resto sólo si procede.

Segunda fase de intervención: se aborda con la víctima del maltrato, quienes son responsables del mismo y otros agentes relevantes. Se ejecutan en este momento las medidas de protección, contando siempre que sea posible con los apoyos del entorno (familiares, amistades y redes formales). Se pone en marcha un plan de cuidados, así como las actuaciones protocolizadas de intervención.

En los casos de negligencia, cabe suponer que el papel de enfermería puede ser especialmente relevante, mientras que, en el maltrato psicológico, es el profesional de psicología quién debe centralizar la intervención. La figura del trabajador/a social es muy transversal en la gestión de recursos y asesoramiento en diversas materias, incluidas las legales. Concretamente, sus objetivos serían: informar, orientar y asesorar sobre recursos y prestaciones de carácter social que pudieran ser de interés para la familia en función de las necesidades detectadas en la valoración del caso; y trabajar con la familia la aceptación de los recursos en función de las necesidades detectadas. Estos servicios pueden variar según evoluciona el caso, siendo aconsejable otros. En cualquier caso, la decisión se toma siempre de modo consensuado.

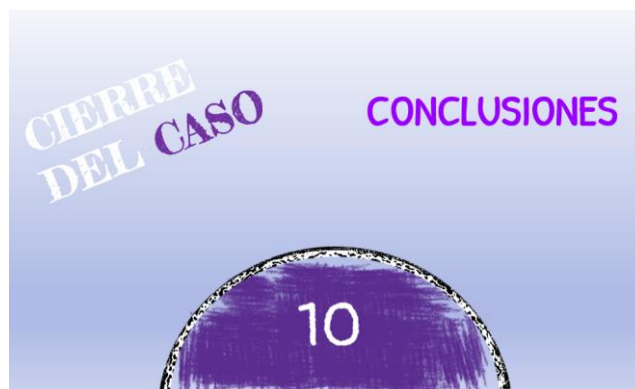
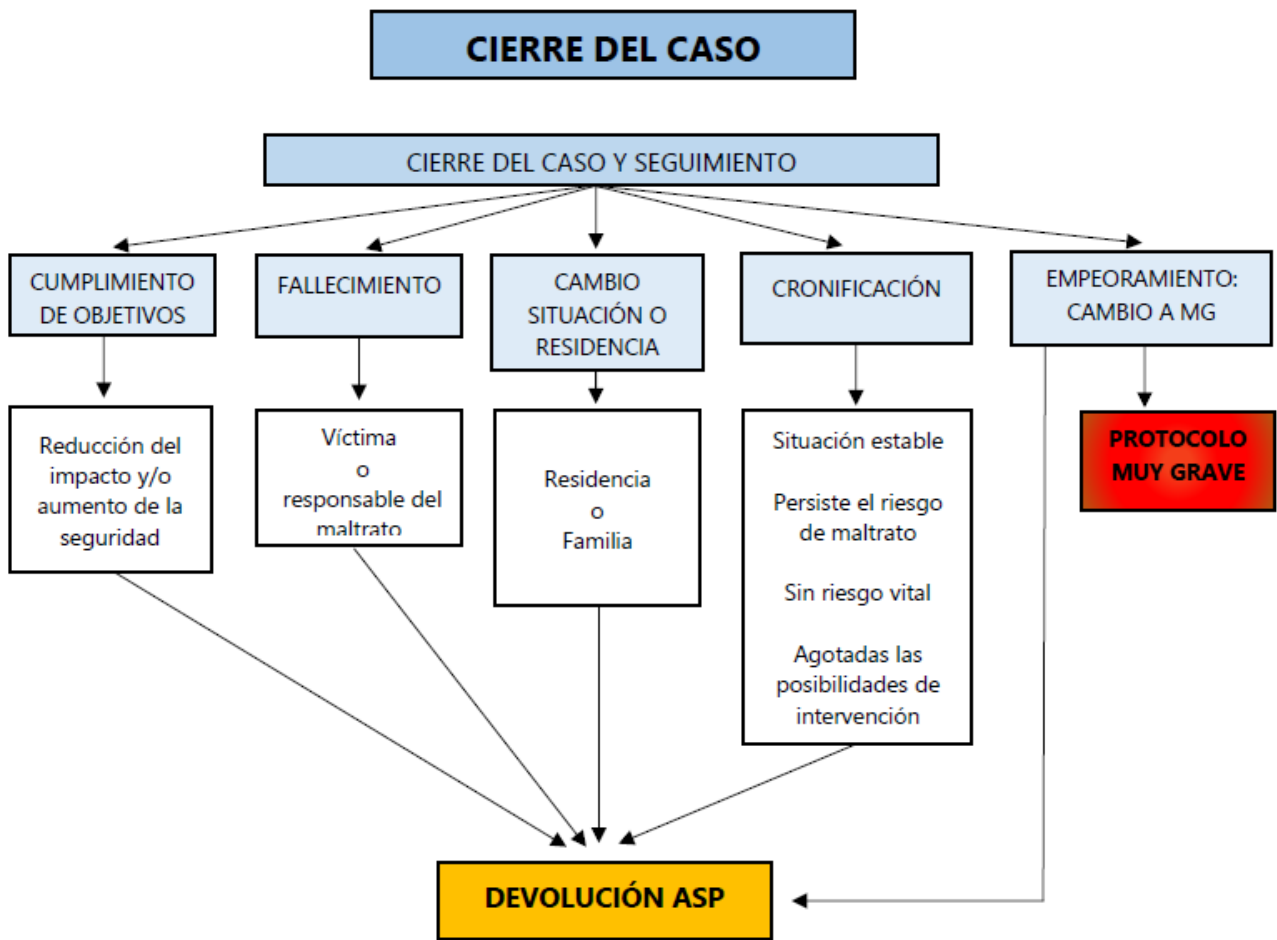
La persona gestora del caso, generalmente profesional de enfermería, es la responsable del seguimiento de todo el proceso, de garantizar los registros de las actuaciones, pautar las evaluaciones periódicas o requerirlas por necesidades del caso y también del cierre. A la intervención aporta sus conocimientos en materia sanitaria y de cuidados.

Dado que todos los tipos de malos tratos se acompañan de un componente psicológico importante, la figura del profesional de psicología es fundamental en el proceso.

Se realizarán sesiones monográficas para los casos más complicados con todos los recursos que intervienen en el mismo.

Tercera fase de cierre y seguimiento: cuando se considera que, tras la intervención, se han logrado los objetivos, o bien se han agotado las posibilidades de seguir consiguiéndolos con la intervención del equipo, se procede al cierre del caso. Una vez cerrado, se establece un período de seguimiento de baja intensidad con el fin de poder valorar si las circunstancias permanecen estables o se producen cambios significativos.

Cabe señalar que independientemente del motivo por el que se cierra el caso en el programa de malos tratos, se hace devolución de la intervención a Atención Social Primaria.



Malos tratos muy graves

En este apartado se abordan las **actuaciones de emergencia/malos tratos muy graves o inminentes**.

Actualmente, no existe un procedimiento ágil que permita la protección de forma cautelara a las personas mayores especialmente vulnerables o en situación de discapacidad en ciertos ámbitos o habilidades. Sin embargo, el Código Penal recoge en uno de sus artículos como “delito de lesiones” lo siguiente: “*Cualquier persona de los sujetos pasivos que, por su edad, estado físico o psíquico, o por sus condiciones personales en relación con el grupo conviviente, la sitúan en una posición de inferioridad o debilidad frente al agresor*”, y se sanciona más gravemente si la víctima fuera especialmente vulnerable.

De manera general, ante una situación de malos tratos muy graves o inminentes, con hechos objetivos y riesgos vitales muy altos, y en la que pueden darse distintos tipos de maltrato descritos con anterioridad, se considerará indispensable intervenir sin dilación alguna y proceder a la activación de los procedimientos de emergencia pertinentes, además de solicitar el auxilio a la víctima. Todas las personas tenemos una obligación ética de denunciar tal situación, pero las/os profesionales de los distintos ámbitos, estamos obligados a elaborar formalmente una denuncia de los hechos o de un presunto maltrato, ante las autoridades competentes, normalmente mediante denuncia formal realizada en las Comisarías de Policía, ya sea por el propio funcionario/a, profesional que detecta el caso o por los propios agentes policiales en su intervención, alertados por la persona que activa la emergencia.

Además de la actuación de emergencia propiamente dicha, hay que contemplar la posibilidad de que no haya evidencia suficiente, por lo que realmente existen tres escenarios en este tipo de maltrato.

Posibilidades de intervención

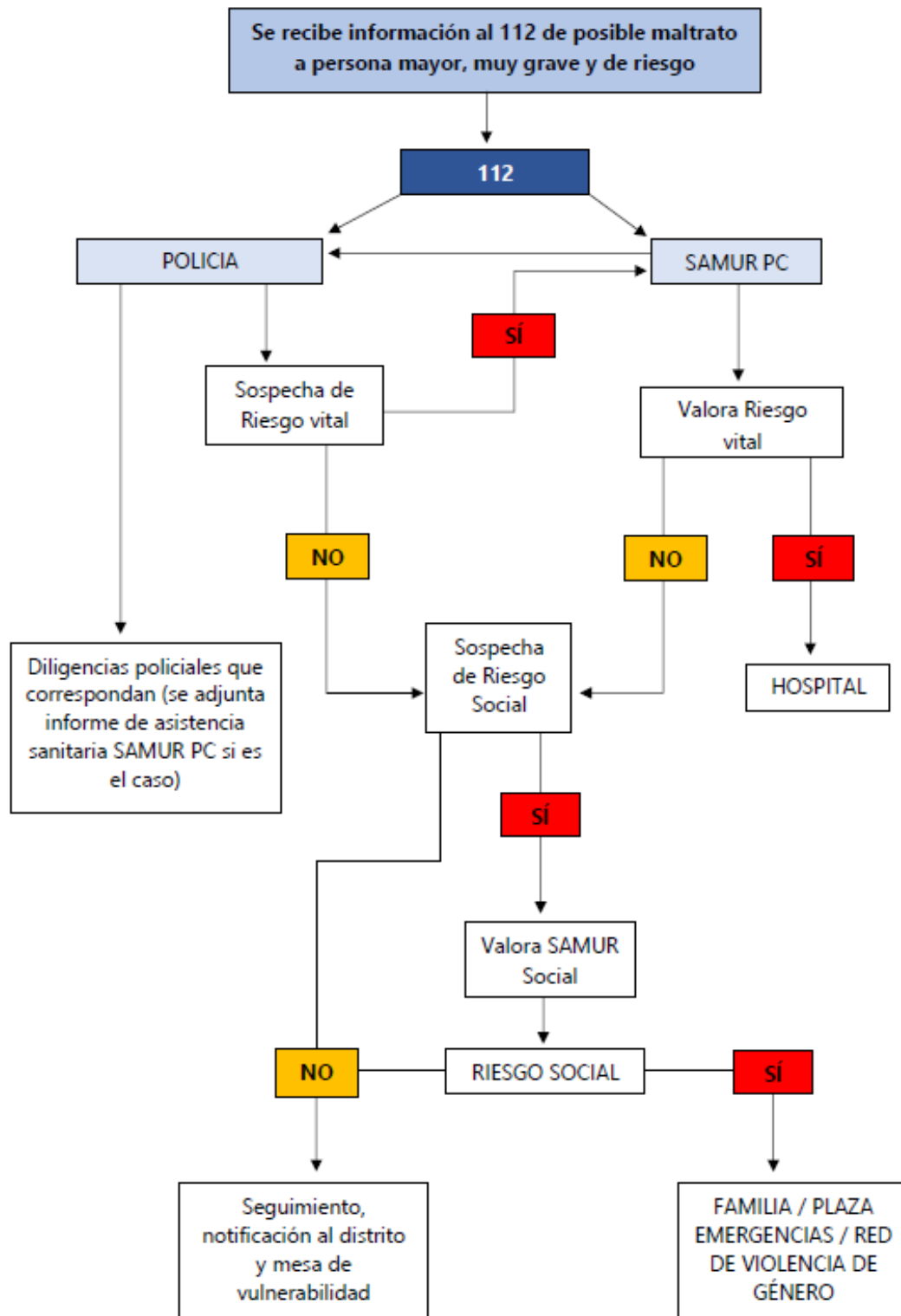
Marco de la Emergencia: *Intervención conjunta de los servicios de emergencia (112).*

Marco de la Sospecha: *Se detectan indicadores de maltrato, pero no hay confirmación cierta, siendo precisa la vigilancia del caso, generalmente policía municipal y servicios sociales.*

Marco del Seguimiento: *Se establece un plan de seguridad temporal, hasta que se confirme o descarte definitivamente la sospecha, con agentes similares.*

Actuación de los servicios de emergencia

Se trata de una acción coordinada y conjunta de diferentes servicios, alertados por el 112, generalmente.



Agentes intervinientes.

Es importante tener en cuenta a los distintos agentes y sus funciones. Estos serían, dependiendo de los objetivos:

- Objetivo **intervención sanitaria** (SAMUR PC / SUMMA) con:
 - Evaluación de riesgo vital y psicológico.
 - Lesiones observadas.
 - Alta o traslado.
 - Parte de asistencia.
- Objetivo **intervención policial** con:
 - Diligencias policiales.
 - Comunicación a la autoridad judicial.
 - Actuación de otros recursos (SAMUR PC, SAMUR Social).
- Objetivo **intervención SAMUR Social**:
 - Gestión del riesgo social.
 - Abandono-desamparo.
 - Coordinación con otros recursos (SAMUR PC, SUMMA, PM).

Desde el 112, ante una situación de maltrato muy grave, habida cuenta de que se trata de una infracción penal, se activa a la policía (Policía Municipal/Cuerpo Nacional de Policía) que, una vez en el lugar de los hechos, realiza las diligencias policiales que procedan.

Si hay riesgo para la vida de la víctima, se activa SUMMA o SAMUR PC que valoran la necesidad de trasladar a la víctima a un centro hospitalario. En cualquier caso, se debe valorar también su autonomía, dependencia funcional o deterioro cognitivo, factores que ayudarán a la toma de decisiones, en especial, a la posibilidad de continuar en domicilio.

Si no se estima que hay riesgo vital desde el 112 y no se han activado los recursos sanitarios, “la patrulla policial” puede requerir la asistencia sanitaria en atención al parte de asistencia y descripción de las lesiones.

En caso de riesgo social muy grave, cuando la persona no puede continuar en su domicilio, causado o no por la actuación policial, como es el caso de la detención de la persona sospechosa de ejercer el maltrato, se activa a SAMUR Social para hacer las gestiones oportunas, buscar familiares que puedan hacerse cargo, buscar una plaza de emergencia en residencia o gestionar recursos domiciliarios por vía urgente junto a las/os trabajadoras de ASP o alojamiento propios de la red de violencia de género cuando sea un caso que responda a esta tipología.

Si se observaran indicadores de riesgo social, pero este no es muy grave, se realiza notificación a los servicios sociales y a la mesa de vulnerabilidad para intervención. Desde servicios sociales, se puede proceder a la derivación posterior a la Mesa de Vulnerabilidad.

En aquellos casos en los que no hay evidencia de riesgo vital ni tampoco indefensión de la víctima, pero sigue sospechándose la existencia de maltrato presumiblemente muy grave, procede actuar de manera vigilante, estableciendo un entorno seguro, descrito más adelante, plan de seguridad, continuando con la actuación policial en un régimen de sospecha y seguimiento en domicilio.

Aspectos judiciales

Es un aspecto básico a tener en cuenta, dado que son muchos los órganos judiciales que pueden estar implicados en un caso de personas mayores en situaciones muy graves producidas por un maltrato, o por exclusión o riesgo social.

Respecto de aquellas situaciones de maltrato muy grave, donde como norma general el principal autor es la persona que realiza los cuidados, dependiendo de su relación familiar, podemos clasificarlo como maltrato dentro del ámbito familiar o maltrato dentro de la pareja (violencia de género).

Cualquier persona que sea testigo o tenga conocimiento de un maltrato tiene la obligación de comunicar los hechos a la autoridad judicial competente. Esta comunicación se puede realizar de varias formas:

- De manera indirecta, activando los servicios policiales para que intervengan en el momento de los hechos.
- De forma directa mediante denuncia formal. Esta denuncia puede ser realizada:
 - En la comisaría de policía.
 - En el juzgado de guardia o fiscalía de guardia.

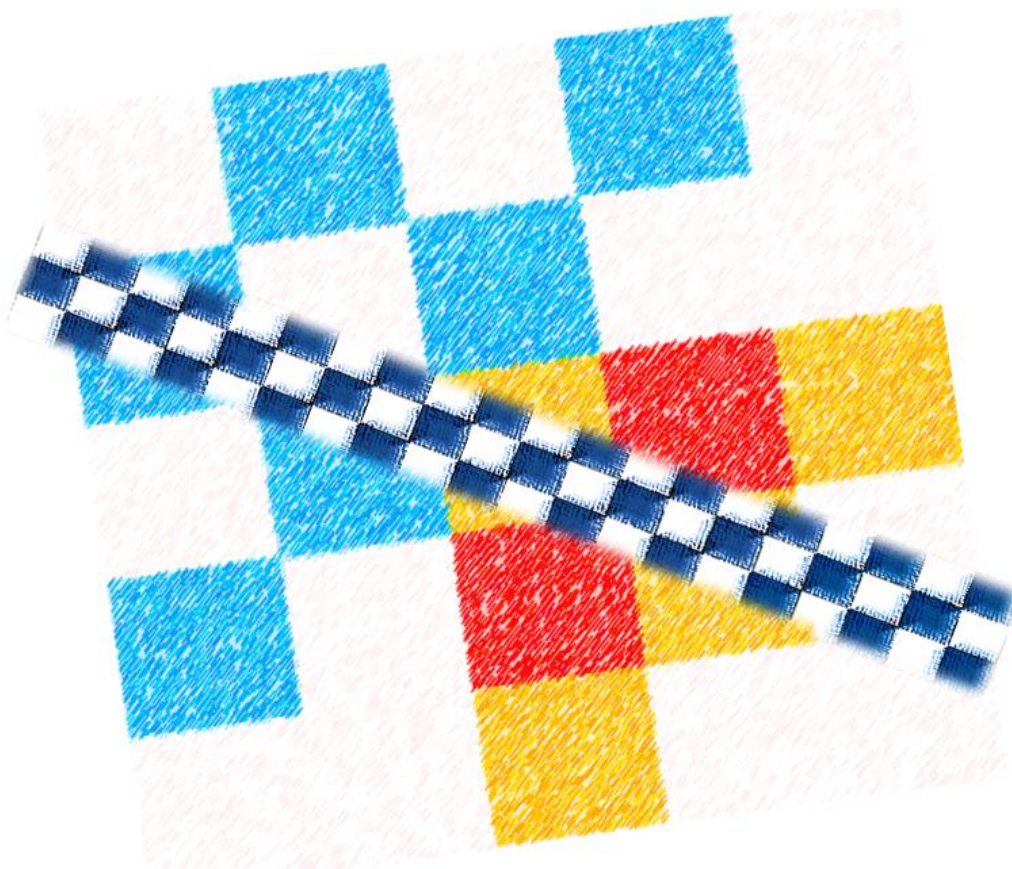
La fiscalía de incapacidades ha de ser informada ante un caso de presunta discapacidad, en ciertos ámbitos o habilidades, en el que haya que valorar la necesidad de medidas judiciales de apoyo, especialmente por demencia o enfermedad mental grave, e incluso por dependencia funcional severa y necesidad de cuidados que no pueden ser procurados de manera autónoma.

En caso de que la víctima consienta en hacer una denuncia de los hechos, esta podrá ser realizada de manera presencial, en los mismos puntos descritos. Si los problemas funcionales de la víctima se lo impiden, cualquier persona puede hacer una declaración manuscrita y firmarla, para que pueda ser cursada por la policía. Si esto tampoco es posible, la declaración que la víctima haga a la policía será recogida por esta y adjuntada a su diligencia.

En resumen, se puede considerar que la intervención de los distintos juzgados y fiscalías es la siguiente:

- Juzgados de Instrucción de Plaza de Castilla y Fiscalía Provincial de Madrid: maltrato dentro del ámbito familiar. Actuarán sobre el/la autor/a de los hechos, pudiendo adoptar medidas cautelares de protección de la víctima como, por ejemplo, dictar orden de alejamiento, prohibición de comunicación, etc.

- Juzgados de Instrucción de Violencia sobre la Mujer y Fiscalía Especializada de Violencia contra la Mujer: maltrato dentro del ámbito de la pareja. Actuarán sobre el/la autor/a de los hechos, pudiendo adoptar medidas cautelares de protección de la víctima, como, por ejemplo, dictar orden de alejamiento, prohibición de comunicación, etc.
- Fiscalía de Incapacidades: actuarán sobre la víctima, valorando la necesidad de medidas judiciales de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona afectada.



Plan de seguridad

En casos **muy graves** ha de procurarse la separación de víctima y responsable, pivotando el plan en los servicios de emergencia (policía municipal, SAMUR Social y SAMUR PC, especialmente).

Si el maltrato es considerado como delito se procede a activar medidas cautelares, ordenando el alejamiento de la persona agresora e incluso procediendo a su detención. Puede ocurrir que, ante un aparente caso de maltrato, se oculte un problema secundario de demencia o de enfermedad mental no controlada de la persona presuntamente maltratadora, en cuyo caso se debe solicitar el internamiento no voluntario en residencia.

El internamiento psiquiátrico urgente debe ser ordenado por un médico o por un juez, en virtud del Art. 763 de la LEC.

En cuanto a la persona sobre la que se ejerce la violencia, se procede de igual modo en ambos casos.

- Si la víctima tiene capacidad de autogobierno y puede cuidarse a sí misma, en caso de necesitarlo, o con los apoyos domiciliarios disponibles, familiares o formales, permanecerá en su domicilio. Los servicios que se estimen necesarios (SAD, TAD, Comida a Domicilio...) se tramitarán por vía de urgencia.
- Si la víctima no es capaz de procurarse los cuidados necesarios, ni siquiera con los apoyos disponibles, debe abandonar la vivienda, trasladándose a otro domicilio familiar o a una plaza residencial de emergencia, voluntaria o involuntariamente, previa Autorización judicial.

En casos **graves**, e incluso en casos **menos graves** seleccionados, la primera intervención consiste en diseñar una estrategia de vigilancia en domicilio, a la par que se inicia la intervención sobre víctima y responsable.

Los servicios que se prestan en el domicilio suponen una gran ayuda, por lo que es el momento de dar de alta en SAD o TAD, o incrementar el servicio, valorando incluso la exención de pago con el fin de conseguir su aceptación. El Servicio de Teleasistencia, además de servir como telealarma, constituye un recurso útil para llevar a cabo un estrecho seguimiento del caso, mediante el incremento de la frecuencia habitual de llamadas.

Tanto las/os profesionales de ASP como el Equipo de Maltrato, cuando el caso está en valoración o intervención, ejercen una labor de control domiciliario. Las llamadas frecuentes de seguimiento por parte del equipo especializado son fundamentales para detectar posibles cambios en la situación.

Además, puede resultar importante ayudar a la persona a elaborar un plan de acción para ponerlo en marcha si tiene que abandonar su vivienda, que tenga anotados en algún lugar seguro de la casa y al que pueda acceder fácilmente; números de teléfonos (policía, familiares, personas de confianza), medicinas, dinero, documentos de identidad y tarjetas bancarias...por si tuviera que abandonar la casa precipitadamente.

También sería recomendable que informase de su situación a algún familiar cercano, vecinos o amigos de confianza.

La policía municipal juega también un papel importante en estos casos, actuando en solitario o acompañando a otros profesionales. Ejercen una función de protección y también disuasoria, al dejar sentado ante la persona presuntamente maltratadora que hay una preocupación y seguimiento por parte de los servicios municipales.

Es preciso facilitar vías de contacto a la víctima, para su uso en caso de necesidad, amenaza o peligro. De gran utilidad es la teleasistencia por su facilidad de uso e inmediatez, pero también hay que instar al uso del 112 en casos de gravedad, además de contar con los teléfonos de ASP o el programa, aunque estos últimos no atiendan 24 horas.



Coordinación sociosanitaria

En la actualidad, no existe ningún protocolo firmado entre el Ayuntamiento de Madrid y el Servicio Madrileño de Salud.

De manera informal, existe coordinación entre los servicios sociales de los distritos y los centros de salud. Esta coordinación se realiza tanto de forma telefónica como a través de visitas conjuntas, por parte del trabajador/a social de zona y el/la trabajador/a social del centro de salud.

Los casos susceptibles de ser comunicados y trabajados de manera conjunta son los problemas sociales y sanitarios por riesgo de maltrato, trato inadecuado o sospecha de maltrato.

Dado que se trata de casos no urgentes ni inmediatos, dicha coordinación ha de contar con la aprobación de la persona atendida, siendo su aceptación otro de los puntos a trabajar en la intervención, aunque en casos de presunta discapacidad en ciertos ámbitos o habilidades, como en personas con demencia o deterioro cognitivo, habría que valorar prescindir de este requisito si por parte de los profesionales se ve necesario.

En la medida de lo posible, es importante que se siga un protocolo. La comunicación con el centro de salud, aunque no exista un marco formal, se recomienda que se realice de la siguiente manera:

- Las peticiones al centro de salud sean siempre por escrito y remitidas a un correo electrónico del centro.
- El documento debe ser sencillo y concreto con una petición de solicitud de valoración y coordinación del caso o de visita conjunta entre ambos servicios.
- El documento debe contener los datos de filiación de la persona, el detalle de la situación y la petición justificada que se hace al servicio destinatario.
- El documento debe enviarse de forma protegida para garantizar la confidencialidad del mismo.
- Este documento no implica que se sustituya la coordinación telefónica entre los profesionales implicados en el caso, sino que la complementa.

SEGUIMIENTO

- En los casos de maltrato menos graves, se debe incluir seguimiento periódico o intensivo por parte del trabajador/a social de zona, que estará incluido en su Diseño de Intervención Social (DIS), con un plazo de revisión del caso cada 3 meses como mínimo (aunque puede establecer otro según el caso), con una atención integral de los sistemas normalizados y apoyando a las personas que cuidan para evitar la sobrecarga y la claudicación.
- Es importante generar alertas en las agendas para evitar olvidos.
- En el caso de los distritos que tengan equipos de atención a la vulnerabilidad, el seguimiento vendrá determinado en los acuerdos de la mesa, donde se fijan los periodos de revisión de los casos.



Bibliografía básica

- Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Moya Bernal, Antonio y Barbero Gutiérrez, Javier. IMSERSO 2005.
- Para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Declaración de Toronto. OMS 2002. www.inpea.net.
- Malos tratos a mayores: observa y actúa. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales de Madrid. DGM. Jornada 2008.
- Los malos tratos hacia las personas mayores. Sociedad y Utopía N° 41, junio 2013.
- Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en CAPV. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco 2015.
- Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a personas mayores. Junta de Castilla y León. 2008.
- Aspectos jurídicos y éticos de maltrato a personas mayores. Revista Área Social. 30/9/10.
- Sobre el ingreso no voluntario urgente por razón de trastorno psíquico en Centros Residenciales para Personas Mayores. Fiscalía General del Estado. Circular 2/2017.
- Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021. Consejo Estatal de las personas mayores.
- Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- Diagnóstico de la violencia de género que sufren las mujeres mayores de 60 años en la ciudad de Madrid. Dirección General de Prevención y Atención frente a la Violencia de Género. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social. Ayuntamiento de Madrid. 2020.
- Los malos tratos en la tercera edad en España. La invisibilidad como factor de vulnerabilidad. Marco Francia, M.ª Pilar. 2019.
- Negligencia y maltrato en mayores. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2020.
- Validación de la escala municipal de detección y graduación del maltrato a las personas mayores. Ayuntamiento de Madrid. Julio 2020.

Participantes y agradecimientos

Este documento ha sido elaborado gracias a la participación de:

- Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Dirección General de Mayores.
- Departamento de Servicios de Ayuda a Domicilio. Dirección General Mayores.
- Departamento de Centros de Día y Residenciales. Dirección General de Mayores.
- Departamento de Coordinación y Programación de la Atención Social Primaria. Dirección General de Servicios Sociales y Emergencia Social.
- Departamento de Prevención y Atención frente a la Violencia de Género. Dirección General de Políticas de Igualdad y contra la Violencia de Género.
- Departamento de Familia. Dirección General de Familias, Infancia, Educación y Juventud.
- Departamento de Convivencia e Integración. Dirección General de Inclusión Social.
- Departamento de Planificación. Dirección General de Innovación y Estrategia Social.
- Departamento de SAMUR Social y Emergencia Social. Dirección General de Servicios Sociales y Emergencia Social.
- Subdirección General SAMUR Protección Civil. Dirección General de Emergencias y Protección Civil.
- Unidad de Atención y Protección a la Familia. Dirección General de la Policía Municipal.
- Subdirección General de Adicciones. Madrid Salud.
- Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud.
- Departamentos de Servicios Sociales de los Distritos: Arganzuela, Salamanca y Villaverde.

Y, particularmente, a las siguientes personas que forman los distintos grupos de trabajo:

Adeva Pérez, Lucrecia; Aguilar Serrano, M^a Isabel; Alarcón García, M^a José; Bartolomé Caballo, M^a Soledad; Blanco Chinchilla, Carmen; Bravo Sánchez, Guadalupe; Bullido Gaitán, Cristina; Cáceres Tello, M^a José; Carreño Rodríguez, Miriam; Castillo Rodríguez, M^a Pilar; Castro López, M^a Purificación; Fernández Sarabia, Antonia Ángeles; Fernández Ulloa, Marta; González Lallana, M^a Luz; González López, Alicia; González Molina, Matilde; Gutiérrez Cáceres, Sonsoles; de las Heras Jurado, M^a Carmen; Herce Mendoza,

Julia; Herrero Callejo, Raquel; Lence Moreno, Elena; Lerma Simarro, Carmen; López Marin, Remedios; Maroto Sáez, Ángel Luis; Martínez García, M^a Belvis; Martínez Morales, Raul; Mayor García, Beatriz; Mormeneo Cortés, Carmen; Mosteiro Ramírez, Carmen; Pereyra Macazana, Elvira Florentina; Prados Sanz, Paloma; Sánchez Vadillo, Manuel; Serrano Garijo, M^a Pilar; Valle Pontón, Rita Lucía; Vicens Tomás, Irene; Zomeño Schoendoff; M^a Josefa.

Coordinación y redacción

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo (Dirección General de Mayores).



ANEXO: Catálogo de servicios

112

El 112 es el único número establecido para una asistencia más inmediata a la ciudadanía ante cualquier tipo de emergencia (sanitaria, de extinción de incendios y salvamento o seguridad ciudadana).

Cuando se activa este servicio, en materia de seguridad ciudadana, se moviliza de manera indistinta tanto a la Policía Municipal como al Cuerpo Nacional de Policía.

Para ofrecer una respuesta única y centralizada, la ciudad de Madrid cuenta con el Centro Integrado de Seguridad y Emergencias (CISEM), desde el que se coordinan las actuaciones de Policía Municipal, Agentes de Movilidad, SAMUR Protección Civil y Bomberos. Este centro está integrado y comunicado con carácter permanente en el Centro de Atención de Llamadas de Emergencias, 112, de la Comunidad de Madrid.

SAMUR PC

Entidad competente que indica y ejecuta las actuaciones sanitarias necesarias, tanto sobre la atención de la víctima como sobre la necesidad a atender y los medios de traslado.

Realiza la correspondiente valoración sanitaria in-situ de la situación de emergencia, en la vía y locales públicos de la ciudad de Madrid, así como en casos excepcionales donde se solicita su intervención, como en el caso de bomberos y policía en las aperturas de puerta de domicilios. Si se precisa traslado hospitalario y la persona da su conformidad, este se realiza a través SAMUR PC o SUMMA al hospital correspondiente.

Cuando en una intervención, además de hacer la valoración sanitaria, se detectan indicadores de posible riesgo, se explican las circunstancias del caso en el informe y se incluye una pequeña valoración de la situación personal o del domicilio, si la intervención se realiza en éste. En caso de sospecha de posible deterioro cognitivo o sospecha de posible existencia de maltrato, se realizan los test Pfeiffer (deterioro cognitivo) y EASI (índice de sospecha de abuso a personas mayores).

Igualmente, se recoge información de los demandantes de la intervención sobre la actitud de la persona atendida y de los acompañantes, si existen.

Si observan algún tipo de problemática social, coordinan con SAMUR Social para que proceda a valorar. Si se produce traslado al hospital y se considera que es precisa la valoración social, coordinan igualmente con SAMUR Social para que contacten con hospital para valoración.

Posteriormente, remiten informe a la Mesa de Vulnerabilidad.

Tras la valoración positiva por parte del equipo sanitario de la **pertinencia de traslado** hospitalario, la persona usuaria puede no dar la conformidad del mismo, bien por decisión propia, o por no ser colaborador. En estas situaciones se actúa del siguiente modo:

- Si la víctima o persona usuaria está en pleno uso de sus facultades mentales, no se realiza traslado, esto se refleja claramente por escrito en el informe, además de la correspondiente intervención de ambos dispositivos (Policía y SAMUR PC). Se remite copia del informe a SAMUR Social para seguimiento del caso, y a la Mesa de Vulnerabilidad. Este informe tiene valor como parte de lesiones en el caso de que se presente en un juzgado.
- Si existe trastorno psíquico o presunta incapacidad mental, ante una situación que pueda suponer riesgo vital para la víctima, se realiza traslado urgente al hospital.
- Cuenta con la figura de apoyo psicológico de urgencia: psicóloga/o de guardia que acude a demanda de la primera unidad que interviene o a criterio de la central de comunicaciones. Realiza valoración cognitiva y de maltrato, así como notificación del riesgo social.

Ante una valoración positiva de **necesidad de traslado a residencia** por emergencia social, en colaboración con SAMUR Social, SAMUR PC elabora informe muy detallado y completo, con objetivos claros para el Juzgado de Instrucción de Guardia y/o a la Fiscalía General del Estado y a la Fiscalía de Incapacidades. Dicho informe debe recoger la valoración de los dispositivos intervinientes, dejando constancia de la necesidad de dicho traslado urgente o no, además de solicitar las medidas cautelares apropiadas para la protección de la víctima.

Hay que tener presente que la víctima debe ser protegida, de forma cautelar, incluso en contra de su voluntad, especialmente si no tiene familia o si su familia no lo hace.

La víctima podrá permanecer en el centro residencial, hasta que se establezca la gestión de la plaza residencial definitiva.

SAMUR SOCIAL

Es un servicio social especializado en la atención a las emergencias sociales. Recientemente se ha creado una unidad específica de mayores (**Unidad de mayores de SAMUR SOCIAL**) que actualmente es la encargada de la coordinación y la activación de todos los profesionales y recursos sociales en caso de emergencia.

Dentro de la intervención social de emergencia se encuentra la detección e intervención de situaciones de malos tratos.

Interviene cuando existe una situación de emergencia que no puede atender Servicios Sociales de Atención Primaria con la celeridad necesaria, desde este servicio se hace una primera intervención de urgencia donde se valora el riesgo y se toman medidas en caso de ser necesario. Si la situación no precisa de la adopción de dichas medidas se redacta un informe social que orientará la intervención del trabajador/a social del distrito. No obstante, siempre que la persona mayor pueda permanecer en su domicilio, el Samur Social del Mayor podrá activar el Servicio de Ayuda a Domicilio de emergencia para atender a quien se encuentre en situación de vulnerabilidad, priorizando la estancia en su entorno habitual. En este caso igualmente se redacta informe para ASP.

Trabajan con herramientas específicas sobre malos tratos (EASI, Pfeiffer, Barthel y Lawton). La información obtenida es comunicada de inmediato a los Servicios Sociales de Atención Primaria y a la Mesa de Vulnerabilidad.

Cuenta con un servicio telefónico y coordina las situaciones de emergencia social, ingreso residencial, incluidos los casos de internamiento involuntario. Cuando a petición de servicios sociales se estima necesario, un equipo especializado coordina los trámites para llevar a cabo un ingreso involuntario en centro residencial.

Actúa coordinadamente con otros servicios de emergencia (SAMUR PC, Bomberos y Policía).

Por petición de los servicios sociales de ASP se realiza el seguimiento y vigilancia de una situación de riesgo fuera del horario y de los días de atención de los servicios sociales de distrito, es decir en turno de noche y durante los fines de semana y días festivos.

Los servicios que ofrecen son los siguientes:

- Atención telefónica inmediata y profesional.
- Atención 24 horas/día, los 365 días del año.
- Derivación de llamadas de emergencia al 112.
- Colaboración con el teléfono 010.
- Coordinación con servicios sociales municipales.
- Coordinación con otros servicios de emergencia.
- Recurso residencial temporal para emergencias.
- Gestión de internamientos involuntarios.

Internamientos involuntarios

En la central de SAMUR SOCIAL se dispone de actuaciones específicas en la atención a las personas mayores en situaciones de grave riesgo social o desamparo que precisen internamiento involuntario en instituciones. El Equipo de Internamientos Involuntarios (EII) se ocupa de estas actuaciones.

El internamiento involuntario es y se debe contemplar como una medida de protección judicial, solo puede ser autorizado por un/una juez y se realiza en virtud del artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.

Podemos diferenciar diferentes procedimientos en relación a los internamientos involuntarios:

1. Internamiento involuntario urgente en residencia

En este caso, se produce primero el internamiento, posteriormente, la dirección del centro donde ha sido ingresada la persona debe comunicarlo a los Juzgados a través del Registro del Decanato en el plazo máximo de 24 horas (desde que se produce el ingreso) y el Juzgado al que corresponda dispone de 72 horas para ratificarlo. En estos casos, el informe médico debe indicar la necesidad del ingreso urgente en residencia.

2. Internamiento involuntario ordinario

En este procedimiento, el internamiento involuntario se solicita previamente y debe ser autorizado por el/la juez antes de producirse.

En este caso, es necesario disponer de plaza de residencia, ya sea pública o privada.

2.a. Internamiento involuntario en hospital para valoración médica:

- Se solicita a través de Fiscalía y debe ser autorizado por un/una juez.
- Una vez realizado el internamiento, el hospital lo comunica al juzgado que por zona corresponda (dentro las primeras 24 horas) y este lo ratificará en un plazo máximo de 72 horas.
- Tras el alta médica la persona internada podría volver a su entorno habitual.

2.b. Internamiento involuntario en residencia:

En el procedimiento 004/2007 de SAMUR Social quedó establecido que todos los internamientos involuntarios propuestos por los Servicios Sociales de Atención Primaria serían tramitados por el Equipo de Internamientos Involuntarios de la Central de SAMUR Social, atendiendo a las siguientes situaciones:

- Persona mayor de 60 años, excepcionalmente mayor de 55 años si presenta “envejecimiento prematuro”.
- Presenta síntomas de trastorno psíquico (deterioro cognitivo, enfermedad mental).
- Vive sola en domicilio, sin familiares que la atiendan.
- Vive con familiares que agravan su situación de riesgo o la ponen en riesgo.
- Es persona mayor sin hogar.
- Rechaza servicios o prestaciones que podrían mejorar su situación.

¿Cómo solicitar asesoramiento y/o derivar los casos?

Se podrá solicitar asesoramiento y/o derivar casos desde los Servicios Sociales Municipales:

- El primer contacto con el EII se hará a través de correo electrónico dirigido a mayoresenriesgo@madrid.es, haciendo constar nombre y apellidos de la persona o número de Primera Atención (PA), edad y un resumen de su situación. Si es posible se adjuntará también informe médico.
- El EII valorará el caso y contactará con el/la trabajador/a social que lo haya derivado para, en su caso, iniciar el procedimiento en coordinación con él/ella o realizar el asesoramiento que se solicita.
- Una vez obtenida la adjudicación de plaza pública de residencia o reserva de plaza en residencia privada, el EII solicitará en el Registro del Decanato el internamiento involuntario de la persona mayor.
- Si desde el Juzgado de Incapacidades que corresponda se autoriza el internamiento, el EII procederá a la ejecución del mismo, solicitando, si es preciso, el apoyo de Policía Municipal y SAMUR PC.

POLICÍA MUNICIPAL / CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

Recurso que se activa en primera instancia y como primer respondiente, en base a criterios de proximidad al lugar del hecho y minimización de los tiempos de respuesta, es la patrulla ordinaria de zona que se encuentre disponible y más cercana al lugar de los hechos.

Si queremos que se desplace sólo la UAPF (Unidad de Apoyo y Protección a la Familia), se ha de llamar a los números **092** o al **900 222 100**.

Es la institución competente para indicar y ejecutar las acciones policiales necesarias sobre el suceso, así como la encargada de la búsqueda de soluciones no sanitarias (sociales, de alojamiento, apoyo psicológico, etc.) a la víctima.

A la finalización de los hechos, y siempre que la situación clínica del paciente lo permita, la unidad asistencial (SAMUR PC/ SUMMA) proporciona una copia del informe/parte de lesiones al responsable de la unidad policial, donde se deben especificar, de forma clara, los tipos y severidad de las lesiones detectadas, así como una apreciación del estado anímico y emocional de la víctima.

Una vez que policía interviene, debe ser quien informe, facilite asesoramiento y recomendaciones a la usuaria/o, dada la gravedad de los hechos.

Se informa de los recursos socio sanitarios disponibles para activación inmediata (ver plan de seguridad), como Teleasistencia Domiciliaria o Servicio de Ayuda a Domicilio, teléfonos de contacto de urgencia y centro residencial, si fuera el caso.

Si procede, se comunica o alerta a la familia. Esto último se valora según la situación y la evolución de los hechos.

Así mismo, coordinará con SAMUR Social para seguimiento, si es el caso, o seguimiento exhaustivo o vigilancia desde los Servicios Sociales.

Policía, informará a la víctima de sus derechos además del procedimiento judicial. Así mismo, acompañará a la víctima a formalizar denuncia, e informará de la posibilidad de contar con recursos (véase plan de seguridad).

Por otro lado, también se valora en determinados casos (en víctimas con capacidad de obrar), la “posibilidad” de que la policía actúe de oficio, mediante la elaboración de una minuta (pequeño informe de hechos muy graves) para el inicio del procedimiento judicial.

SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

Los Servicios Sociales de Atención Primaria, como primer nivel de atención del Sistema Público de Servicios Sociales, son la instancia más próxima para la atención social a la ciudadanía. Esta atención se lleva a cabo en los Centros de Servicios Sociales, que constituyen la puerta de acceso a la atención social y a todos los servicios y prestaciones sociales.

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES (SAD)

El servicio tiene como objetivo proporcionar atención personal y/o doméstica en el domicilio a las personas mayores que lo precisan, con el objetivo de promover su independencia y autonomía personal. Se pretende lograr el mantenimiento de las personas mayores en su propio entorno y mejorar su calidad de vida. La atención se presta mediante una persona especializada como auxiliar domiciliario.

Por contrato, la empresa prestadora de este servicio, en los casos de personas mayores en situación de riesgo (o sospecha) por malos tratos, debe marcarse objetivos específicos tales como:

- Trabajar en la contención de la situación hasta la concesión de un recurso más adecuado, en su caso.
- Controlar situaciones de crisis.
- Fomentar la responsabilidad familiar en el cuidado de los familiares.
- Facilitar la participación en actividades de promoción social y de relación con la red vecinal y comunitaria.
- Facilitar a los servicios sociales el seguimiento y control de la situación.
- Otros definidos por los servicios sociales.

Además, en estos casos identificados como de riesgo social, deberá realizar al menos una visita de seguimiento semestral que dará lugar al correspondiente informe donde se recojan los objetivos marcados y alcanzados, así como el seguimiento de la intervención realizada desde el SAD y que deberá ser entregado a los Servicios Sociales del distrito.

La incorporación de profesionales del ámbito de la Psicología en el SAD tiene gran importancia, no sólo para el apoyo al equipo de profesionales que intervienen en éste, sino para la propia atención de los usuarios y sus cuidadores.

Más información en madrid.es.

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD)

Dispositivo tecnológico que conectado a la red telefónica y/o eléctrica permite la comunicación manos libres desde el domicilio con una central de atención que funciona las 24 horas del día y los 365 días del año.

El terminal se complementa con una unidad de control remoto en forma de colgante o pulsera, que al pulsarlo se conecta con la central de atención.

A través de TAD se puede dar la detección, bien por la persona usuaria directamente al efectuar la llamada o por deducción a través de cuestionarios que valoran el riesgo (severo, moderado, leve).

Cuando se detectan situaciones de riesgo o de riesgo severo por maltrato o negligencia, se realiza coordinación inmediata con los servicios sociales de distrito remitiendo informe de valoración, así como a la Mesa de Vulnerabilidad.

Ante esto, se realiza seguimiento mediante dos llamadas telefónicas semanales, una de ellas durante el fin de semana y una llamada al mes del psicólogo/a del servicio.

El coordinador/a del servicio realiza una llamada de seguimiento semestral y una visita anual para evaluar.

Las llamadas de seguimiento en situaciones de emergencia se efectúan el día de la emergencia y en los días posteriores hasta que se resuelve la situación.

Desde el servicio de Teleasistencia se hace especial seguimiento de casos a petición del programa de negligencia y malos tratos y se mete en agenda de llamadas una atención especial.

Más información en madrid.es.

Los servicios de **Comida a Domicilio, Lavandería y Productos de Apoyo** también realizan una labor de detección cuando acuden al domicilio al reparto, notificando cualquier incidencia detectada a Servicios Sociales de distrito y a la Mesa de Vulnerabilidad.

[CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES](#)

Son equipamientos de servicios sociales no residenciales, destinados a prestar atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora, al colectivo de personas mayores en régimen diurno para prevenir y/o compensar la pérdida de autonomía.

El objetivo es proporcionar atención socio sanitaria que prevenga y compense la pérdida de autonomía, facilitando apoyo a sus familiares o personas cuidadoras, retrasando la institucionalización y facilitando la permanencia en su medio habitual.

Detección

La sospecha y detección de los signos de alarma o de maltrato se puede producir en el centro de día, en la residencia o en los apartamentos para personas mayores.

Ante esto, se mantiene una entrevista con la persona afectada y se realiza una valoración de las lesiones por enfermero/a o por médico/a del centro, si los hubiera.

Según la gravedad del caso, el parte de lesiones se realiza en atención primaria o en urgencias hospitalarias, a donde acude la persona usuaria acompañada por un familiar o por personal del centro y con un informe de personal sanitario (médico/a o DUE del centro y/o trabajador/a social responsable del mismo). Según la gravedad o el estado de salud de la persona, se avisa a SAMUR PC para su traslado. Ocasionalmente, si el médico municipal está presente y puede informar, realiza el parte de lesiones.

El informe de lo sucedido acompañado del parte de lesiones es derivado al trabajador/a social de zona para proceder a su gestión.

Desde atención primaria de salud o desde urgencias hospitalarias se envía el informe a fiscalía.

Toda incidencia detectada de posible situación de malos tratos es notificada al Departamento de Centros de Día y Residenciales y de este a servicios sociales de distrito y a la Mesa de Vulnerabilidad.

Más información en madrid.es.

CUIDAR A QUIENES CUIDAN

Actividad destinada a personas cuidadoras (familiares) de una persona mayor dependiente o a las personas mayores que atienden a una persona dependiente menor de 65 años.

El programa "Cuidar a quienes cuidan" Se trata de un programa dirigido a personas sin distinción de edad, cuidadores principales de personas mayores, y a personas mayores, cuidadoras principales de personas de cualquier edad, siendo las beneficiarias directas quienes cuidan y las indirectas quienes necesitan cuidados por presentar problemas funcionales o cognitivos.

Este recurso municipal se concibe como la prestación de un servicio de valoración, asesoramiento e intervención psicoterapéutica y educativa para aliviar la carga del cuidado y mejorar la calidad de vida de la persona cuidadora y la necesitada de cuidados, favoreciendo la permanencia de esta en su domicilio, en las mejores condiciones posibles. Todo ello mediante actividades de prevención selectiva e indicada, a través de llamadas telefónicas, visitas domiciliarias y sesiones grupales de distinto contenido.

El programa se desarrolla durante 18 sesiones grupales para personas cuidadoras sobrecargadas, dirigidas por profesionales de Psicología (especialidades clínica y social), Educación Social, Enfermería, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Derecho, entre otros.

Sesiones de diferentes tipologías que se irán intercalando donde se abordan aspectos relacionados con la sobrecarga de la persona cuidadora, aspectos más relacionales, sesiones de carácter educativo sobre cómo abordar las diferentes problemáticas de las personas a quienes cuidan, sesiones antiestrés para fomentar el optimismo y empoderamiento y sesiones de acompañamiento para dar continuidad al programa. Este curso se contará con visitas domiciliarias por parte de profesionales que puedan ver in situ la situación de los cuidadores de dependientes, para mejorar la adaptación del programa. Con esta medida se pretende solventar algunas de las dificultades para asistir a los recursos específicos que tienen algunas personas cuidadoras sobrecargadas. Otra peculiaridad de este curso, son las sesiones parcialmente presenciales (con participantes on-line): en el caso de que haya personas que no puedan acudir o el aforo de la sala no permita dar cabida a todos los que deseen participar en las sesiones abiertas

El objetivo es ayudar a las personas cuidadoras a afrontar la tarea de cuidar con mayor fortaleza emocional, a saber, pedir ayuda, a atender sus propias necesidades y sobre todo, a prestar los cuidados sin comprometer su salud.

La periodicidad de las sesiones es de un día por semana, una hora y media de duración. El curso transcurre de octubre a junio.

LA MESA DE VULNERABILIDAD

Constituida por un equipo multidisciplinar de profesionales de la Dirección General de Mayores, tiene como objetivo detectar y valorar la situación de personas mayores vulnerables o potencialmente vulnerables detectados por los servicios de emergencias (SAMUR Social, SAMUR Protección Civil, Bomberos y Policía Municipal), por los diferentes Departamentos de la Dirección General de Mayores , así como los distritos para su clasificación y posterior intervención.

Los casos se clasifican de la siguiente manera: soledad sin complicaciones, necesidad socio sanitaria no cubierta (aislada o en combinación con soledad), aislamiento y/o negligencia. Tras la valoración del caso, se procede a realizar una derivación informada al distrito.

En aquellos casos donde el riesgo es sentirse solo, se le incluye en el programa de soledad de la Dirección General de Mayores

Los Servicios Sociales de Atención Social Primaria son los que finalmente deciden si solicitan su inclusión en los programas específicos de atención, ya sea el de apoyo psicológico a personas en aislamiento o los de atención a situaciones de malos tratos.

En aquellos distritos donde existen los equipos de atención a la vulnerabilidad, se derivan los casos de malos tratos y aislamiento a la mesa de vulnerabilidad, para que se valore su inclusión en los programas específicos.

La derivación de casos a la Mesa de Vulnerabilidad se realiza a través del correo correspondiente: vulnerabilidadm@madrid.es.

PROGRAMA DE MALOS TRATOS

Programa específico de intervención en malos tratos, cuya finalidad es alcanzar los siguientes objetivos:

- Atender a la víctima de malos tratos para revertir la situación y minimizar sus consecuencias.
- Eliminar o reducir las consecuencias del maltrato minimizando las secuelas y sufrimientos causados.
- Apoyar a la víctima en la toma de decisiones y formarla en la importancia de recibir buen trato.
- Intervenir con la persona responsable de los malos tratos para contener en un primer momento y poder influir en las causas de los mismos, formándola en el buen trato.
- Formar e informar a los profesionales relacionados con las personas mayores en la importancia del buen trato hacia las personas mayores y la necesidad de la coordinación y colaboración para actuar contra los malos tratos.

Proceso de intervención

Valoración integral de la víctima y de la persona responsable de malos tratos (mediante diferentes técnicas y materiales), establecimiento del plan de actuación individualizado. Según la valoración se implementan las medidas de protección.

Los casos graves son los más susceptibles para su inclusión en el Programa de Malos Tratos.

Para derivación al programa de malos tratos, además de la ficha de derivación, se está utilizando un nuevo cuestionario, "Escala municipal de detección y graduación del maltrato", orientativo para la valoración del maltrato y su severidad.

CENTROS DE APOYO A LAS FAMILIAS (CAF)

Los CAF son dispositivos municipales de carácter público y especializado que ofrecen un espacio de atención a todas las familias y personas de la ciudad de Madrid en sus relaciones familiares, para ayudarles a afrontar situaciones de dificultad o de conflicto que pueden experimentar a lo largo de la vida, y que se pueden beneficiar de un apoyo profesional.

Los CAF cuentan con equipos interdisciplinarios formados por profesionales de la Psicología, Abogacía, Trabajo Social, Mediación y trabajo administrativo, con especialización en intervención familiar, que atienden de lunes a viernes en horario ininterrumpido de 8:30 a 20:00 horas.

El acceso al CAF es directo, previa solicitud de cita de modo telefónico o presencial.

Dependiendo del distrito donde se resida, habrá que dirigirse a uno u otro CAF (consultar listado en www.madrid.es o en el teléfono 010).

Servicios que ofrecen los CAF

- Información a familias y profesionales: presencial, telefónica o telemática.
- Orientación social: Información y derivación a programas o recursos, si procede.
- Asesoramiento jurídico en materia de familia: información y orientación desde el punto de vista legal.
- Atención psicológica familiar en función de la situación familiar. La intervención puede ser individual y grupal.
- Atención y Prevención de la Violencia dentro del Ámbito Familiar (SAPREVAF): intervención dirigida a todos los miembros de la familia, tanto a los que sufren el maltrato como a los que ejercen la violencia, para poner fin a la misma y prevenir situaciones futuras.
- Mediación familiar: apoyo profesional para ayudar a afrontar y gestionar situaciones de conflicto, promoviendo acuerdos consensuados (ruptura de pareja, cuidado de personas mayores dependientes, discrepancias intergeneracionales, etc.).
- Fomento del bienestar de las familias mediante un trabajo preventivo articulado con la red social y la participación de las familias en actividades comunitarias.
- Servicio de formación a familias: acciones formativas grupales (charlas, coloquios, conferencias, talleres...), dirigidas a familias, en las que se abordan cuestiones

relacionadas con las habilidades, estrategias y conocimientos sobre temática familiar y se facilita el intercambio de experiencias, opiniones y reflexiones sobre las familias. Charlas dirigidas a población mayor de 65 años, en las que se trabaja de manera transversal la importancia de los buenos tratos. Se cita de manera explícita la violencia intrafamiliar, facilitando información de recursos con los que poder contactar en caso de ser necesario.

- Atención a familias LGTBIQ, promoviendo la sensibilización positiva hacia las familias LGTBIQ, visibilizando la diversidad familiar, atenuando la conflictividad familiar y mejorando la comunicación y aceptación en las familias.

Desde el servicio de Atención y Prevención de la Violencia dentro del Ámbito Familiar (SAPREVAF) llevamos a cabo intervenciones familiares con el fin de prevenir situaciones de violencia intrafamiliar, tanto en sesiones individuales como familiares. A través de un enfoque sistémico, preventivo y psicoeducativo, trabajamos por reducir los conflictos, reconducir las situaciones y minimizar sus efectos, siempre que no exista riesgo grave.

En caso de detección de una situación de posible riesgo grave en una persona mayor, se efectúa la correspondiente coordinación con Servicios Sociales, Mesa de Vulnerabilidad, Policía, SAMUR.

Desde este servicio, se atiende a personas mayores víctimas o posibles víctimas de violencia o maltrato familiar. Cuando es la propia persona mayor quien solicita atención. Pero también se asesora a familiares que necesiten asesoramiento o apoyo para abordar una posible situación de malos tratos.

Es importante el trabajo preventivo que desde los CAF se puede hacer. Con una mayor formación del equipo técnico en materia de malos tratos a personas mayores y manejando unos indicadores ad hoc, la mirada a la violencia que puedan estar sufriendo las personas mayores puede ser transversal y detectar más de lo que se viene detectando.

Igualmente, desde el trabajo comunitario se pueden poner en marcha iniciativas de trabajo comunitario que ayuden a identificar a las personas mayores que sufren violencia. Es necesario incorporar a actores hasta ahora no incorporados y trabajar con la comunidad en el fomento de los mutuos cuidados entre vecinos.

[SERVICIO DE EDUCACIÓN SOCIAL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID](#)

El Servicio de Educación Social es un recurso que complementa las actuaciones llevadas a cabo por las y los profesionales de los Centros Municipales de Servicios Sociales y permite ofrecer a NNA (niñas, niños y adolescentes) en situación de riesgo y a sus familias una atención social integral a través de actividades preventivas y de carácter socioeducativo. En el trabajo que realizan desde este servicio se atienden diversas situaciones familiares en las que las personas mayores pueden estar presentes, así como en el trabajo comunitario y en redes vecinales de los distritos donde pudieran detectarse situaciones de maltrato a personas mayores. En el caso de la detección de situaciones de vulnerabilidad en personas mayores el servicio de educación social lo comunica a los servicios sociales de atención primaria.

[VIOLENCIA DE GÉNERO](#)

La Red Municipal de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia de Género VG en el ámbito de la pareja y expareja está integrada dentro de la Red Municipal de Atención Integral

a Víctimas de Violencia de Género de la Dirección General de Políticas de Igualdad y Contra la Violencia de Género.

Los objetivos generales de la Red de Atención a Mujeres VG en el ámbito de la pareja y son:

- Protección de la integridad.
- Apoyo a la identificación de la violencia y toma de conciencia del riesgo existente.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Empoderamiento.
- Recuperación psicosocial y reparación.

La Red dispone de varios servicios:

- **Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género 24 Horas (en adelante SAVG 24 Horas).**

El S.A.V.G.24 Horas es el dispositivo referencial de primer nivel de la Red de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género del Ayuntamiento de Madrid, siendo la principal puerta de acceso a la misma.

Es un servicio de atención a la emergencia, funciona las 24 horas del día, todos los días del año y su ámbito de actuación territorial son los 21 distritos del municipio.

En líneas generales, se establecen entre sus funciones:

- Información y atención telefónica a través de la línea 900 222 100 conectada con la Unidad de Atención y Protección a la Familia de Policía Municipal.
- Atención individualizada a mujeres y sus hijos/as en situación de emergencia o urgencia. Esta incluye:
- Atención de emergencia 24 horas e intervención en crisis.
- Valoración individualizada, incluida la valoración del riesgo.
- Elaboración del Plan de Seguridad Individualizado.
- Diseño, desarrollo y seguimiento y evaluación de un Plan de Actuación Individualizado en función de la valoración y la fase del proceso de cambio en que se encuentre cada mujer incluidas aquellas que se encuentran en fase inicial de toma de conciencia.

Este proceso de intervención comprende:

- Información, valoración y orientación.
- Atención Social.
- Apoyo Psicológico.
- Asesoramiento jurídico.
- Atención socioeducativa.
- Grupos informativos y de apoyo al proceso de toma de decisiones dirigidos a mujeres en fase inicial del proceso de cambio.
- Gestión de alojamiento protegido.
- Derivaciones, coordinaciones y trabajo en red con otros recursos especializados y/o generalistas.

La Unidad Móvil del SAVG24Horas tiene como propósito facilitar el acceso a la atención especializada en el contexto de la emergencia y la urgencia aquellas mujeres que:

- Mujeres que se encuentren en crisis estado emocional derivado directamente de una situación de violencia de género, bien porque se ha producido un episodio violento recientemente o porque es previsible que este se genere.
- Mujeres que como parte del proceso de violencia al que se enfrentan padezcan tanto control de su pareja o expareja que dificulte el acceso a la intervención especializada.
- Mujeres que cuenten con dificultades para desplazarse al servicio ya sea por edad o por alguna discapacidad que le dificulte el acceso.
- Mujeres que formando parte de la intervención especializada requieran del acompañamiento psicosocial en el marco de la intervención técnico (acompañamiento a juzgados, comisarías...).

- **Centros de Emergencia.**

Se definen como alojamientos protegidos y seguros de carácter temporal, donde se ofrece una atención integral y especializada a las mujeres y los hijos e hijas que las acompañen.

- **Viviendas Semi Autónomas.**

Es un servicio de alojamiento en viviendas compartidas a mujeres víctimas de violencia de género y sus hijas/os con atención integral especializada y coordinada con los recursos del entorno comunitario.

El objetivo de esta modalidad de alojamiento protegido es contribuir al proceso de mantenimiento en la decisión de ruptura y recuperación psicosocial posterior, ofreciendo una alternativa de alojamiento seguro temporal dirigida a aquellas mujeres y sus hijas e hijos que requieren un proceso de intervención especializada, sin la necesidad de acompañamiento profesional 24 horas.

Existen 7 viviendas, 3 de ellas, (6 plazas) destinadas a mujeres mayores de 60 años, sin hijos/as a cargo.

- **Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género**

Los Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género (en adelante PMORVG) son servicios de atención psico-social y asesoramiento jurídico especializado, dirigidos a mujeres víctimas de violencia de género que cuenten o hayan contado con algún tipo de medida jurídica y que requieran de una atención especializada derivada de su situación de violencia de género, siempre y cuando no precisen alojamiento de protección.

Se trata de servicios de carácter ambulatorio, público y gratuito con horario de 8 a 20 horas y su ámbito de actuación se circunscribe a los siguientes distritos del municipio de Madrid:

- El PMORVG I atiende a los distritos de Centro, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetuán, Chamberí, Fuencarral-El Pardo, Moncloa Aravaca, Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Vicálvaro, San Blas y Barajas

- El PMORVG II atiende los distritos de Arganzuela, Latina, Carabanchel, Usera, Puente de Vallecas, Villaverde y Villa de Vallecas.
- **Centros de atención psico-socio-educativa**

Los Centros de atención psico-socio-educativa (en adelante, C.A.P.S.E.M.) son recursos municipales de atención ambulatoria especializada para mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja y los/as menores a su cargo.

La intervención de los C.A.P.S.E.M. está destinada a las mujeres mayores de edad o menores emancipadas residentes en el municipio de Madrid y sus hijas e hijos, independientemente de cuál sea su situación administrativa, que enfrentan o han enfrentado cualquier forma de expresión de la violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja y que hayan sido derivadas a este servicio por algún otro recurso de la Red Municipal de Atención a Víctimas de violencia de género en pareja o expareja.

Los C.A.P.S.E.M. atienden con cita previa, de lunes a viernes en horario continuado de 8:00 horas a 21:00 horas, excepto las atenciones en crisis que deben atenderse con carácter de urgencia.

El ámbito de actuación territorial de CAPSEM NORTE son los 14 distritos que se detallan a continuación: Centro, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetuán, Chamberí, Fuencarral-El Pardo, Moncloa-Aravaca, Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Vicálvaro, San Blas, Barajas.

CAPSEM SUR atiende a 7 distritos: de Usera, Arganzuela, Carabanchel, Villa de Vallecas, Puente de Vallecas, Latina.

Desde la Red de atención a mujeres víctimas de VG, en mujeres mayores se realizan las siguientes atenciones:

- Atención individual y grupal en los recursos ambulatorios especializados en VG a mujeres mayores en los PMORVG I y II, SAVG y CAPSEM.
- Alojamiento protegido a personas mayores a través de Centros de Emergencia.
- Atención y alojamiento en las viviendas semiautónomas para mujeres mayores de 60 años.
- Acercamiento de los recursos especializados en VG a otros recursos municipales, sanitarios, juzgados a través de la Unidad móvil.
- Adecuación de la atención a mujeres mayores víctimas de VG dentro de la Red Especializada (criterios de atención, alojamiento adaptado a mujeres mayores).

[MADRID SALUD](#)

[Instituto Municipal de Adicciones](#)

Los Centros de Atención a las Adicciones, en adelante (CAD) y los Centros Concertados de Atención a las Adicciones, en adelante (CCAD) son dispositivos de carácter sociosanitario que forman parte de la red del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, referentes de la red de adicciones. Desde ellos, se coordinan las actuaciones de los diferentes servicios que intervienen en el proceso terapéutico y están dotados con equipos de profesionales, pertenecientes a diferentes disciplinas (medicina, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería,

técnicos/as de laboratorio, auxiliares de enfermería, personal administrativo y de servicios, etc.). Estos equipos prestan una atención personalizada, individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan problemas de adicciones.

También se realiza atención a las familias de las personas en tratamiento, cuando se implican, de forma individual y grupal.

Para ello, el Instituto de Adicciones cuenta con una serie de servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción que complementan el trabajo realizado desde los CAD y CCAD. Además de la coordinación continua con otros servicios sociosanitarios de la red municipal y de la Comunidad de Madrid.

En relación directa con los casos de malos tratos a personas mayores, actúan en:

Detección

En este contexto se pueden dar dos casos:

1. El envejecimiento de la población que está en tratamiento, especialmente con sustitutivos opiáceos o las personas consumidoras crónicas de alcohol, les hacen especialmente vulnerables a sufrir malos tratos. También son más vulnerables aquellas personas que además tienen otra patología asociada como una enfermedad mental, VIH o deterioro cognitivo, las personas que se encuentran en situación de sin hogar y las mujeres, aumentado por el alto estigma que sufren.
2. Las personas en tratamiento con un consumo activo son susceptibles de infligir violencia estando bajo el efecto de la sustancia, sobre todo si existen antecedentes de agresividad.

Intervención y seguimiento

Una vez detectado el posible maltrato se pone en conocimiento de servicios sociales de zona, coordinando en todo momento el caso, aportando información y haciendo de intermediario entre la persona maltratada o que realiza el maltrato y el resto de los recursos intervinientes.

Madrid Salud. CENTROS MUNICIPALES DE SALUD COMUNITARIA

Los Centros Municipales de Salud Comunitaria CMSc, dependientes de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud, desarrollan actuaciones orientadas a prevenir la enfermedad y promocionar la salud de la ciudad de Madrid.

Están formados por un equipo interdisciplinar (medicina, enfermería, ginecología, trabajo social, psicología, educación social, etc.).

Las actuaciones se desarrollan en la estrategia poblacional y alto riesgo, con intervenciones en el ámbito individual, grupal y comunitario. Los centros facilitan asistencia individual cuando las circunstancias de salud de la persona así lo aconsejan. Así mismo, se diseñan y actualizan las actividades grupales orientadas a los objetivos de salud marcados por la presente estrategia.

Hasta el momento, Hay 16 Centros Municipales de Salud Comunitaria en los 21 distritos de la ciudad de Madrid. Además, de estos, existen 5 centros específicos (siendo uno de ellos el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo) y 3 centros de apoyo.

El programa de envejecimiento activo y saludable plantea dar respuesta a la realidad de las personas mayores, teniendo presente las características que definen esta etapa vital. Se considera necesario realizar actividades preventivas y de promoción de la salud que favorezcan el mantenimiento de la capacidad funcional en edades avanzadas y dar una respuesta para lograr el desarrollo integral, el bienestar y la calidad de vida. Se realiza prevención del maltrato y promoción del buen trato en las actividades grupales del programa.

Además, dado que la historia sociosanitaria incluye ítems sobre factores de riesgo, como edad avanzada, viudedad, sexo femenino, aislamiento social, cambios frecuentes de domicilio y centro de salud, empeoramiento reciente de la salud, deterioro físico o cognitivo, puede actuar como detector y derivar a ASP.

