

SERVICIO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES VÍCTIMAS DE NO BUEN TRATO O MALOS TRATOS (SEAP)

Josep Moya Ollé

Psiquiatra, psicogeriatra del SEAP. e-mail: moyaoille@gmail.com

Ester Fornells Admella

Pedagoga, coordinadora del SEAP. e-mail: fornellsester@gmail.com

RESUMEN:

Este artículo se centra en la presentación del SEAP (Servicio Especializado de Atención a las Personas Mayores y aquellas en situación de fragilidad). Se describen su justificación, objetivos, método de intervención, casos paradigmáticos y, finalmente, su valoración y recomendaciones. Todo ello en el marco social de la posmodernidad y del envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave: SEAP, envejecimiento activo, malos tratos

ABSTRACT:

This article focuses on the presentation of the SEAP (Specialized Service of Attention to the Elderly and those in fragile situations). Its justification, objectives, intervention method, paradigmatic cases and, finally, its assessment and recommendations are described. All this in the social framework of postmodernity and active and healthy aging.

Key words: SEAP, active aging, abuse

INTRODUCCION

Es un hecho ampliamente constatado que la mayor parte de las sociedades del llamado Primer Mundo están sometidas a un proceso de envejecimiento poblacional creciente. Así, el Instituto Nacional de Estadística señalaba en el mes de septiembre de 2020 que nos dirigimos hacia una sociedad muy envejecida, con más muertes que nacimientos y con un lento crecimiento de la población que solo sostendrá la llegada de inmigrantes siempre que se mantengan las tendencias actuales.

De este modo, el número de habitantes del Estado Español aumentará en poco menos de un millón hasta 2035 y solo superará los 50 millones de personas dos décadas después, en 2055.

Esto es lo que se desprende de las proyecciones de población para el período 2020-2070 según el informe antes referenciado, que enfatiza que, a pesar de un cierto repunte en el número de nacimientos a partir de 2028 y en el de hijos por mujer a partir de 2034, los fallecimientos de

residentes serán más numerosos durante todo ese medio siglo, de forma que la única forma de ganar población será mediante la llegada de migrantes extranjeros (INE, 2020).

Además, según esas mismas proyecciones, la población de 65 o más años, que ahora es el 19,6 % del total, alcanzará un máximo del 31,4 % en torno a 2050, de forma que casi uno de cada tres españoles estará muy al final o ya fuera de su vida activa -la jubilación será entonces, salvo nuevos cambios legislativos, a los 67 años-. Y en 2070, ese porcentaje aún seguirá siendo del 28,6 %, con las implicaciones que tiene para el sostenimiento del sistema de pensiones o la sanidad pública.

En este marco algo más que gris, suele destacarse que uno de los problemas principales derivados de ese fenómeno demográfico es la sostenibilidad del sistema de pensiones, tema muy debatido en la actualidad y que está provocando movilizaciones ciudadanas. No obstante, las cosas son todavía más complejas ya que el hecho de envejecer no se produce sin consecuencias. Algunas de ellas derivadas del deterioro de la salud física y mental, pero, sobre todo, del aislamiento y la soledad.

Un cirujano norteamericano, Atul Gawande, en un libro publicado en los Estados Unidos en el año 2014 (Gawande, 2015), escribió que actualmente el proceso de envejecer ha cambiado. Antiguamente, sobrevivir a la vejez era poco frecuente, y los que lo conseguían cumplían una función especial como custodiantes de la tradición, el conocimiento y la historia. La gente mayor solía conservar su estatus y su autoridad como cabezas de familia hasta su muerte. En muchas sociedades, los ancianos no solamente inspiraban respeto y obediencia, sino que también dirigían los ritos religiosos y ejercían poder político.

En la actualidad, en cambio, la gente mayor ha pasado a ser objeto del olvido y, en algunas ocasiones, del menosprecio por parte de otros sectores de la sociedad. El cono-

cimiento y la sabiduría que se les reconocía antiguamente se han difuminado a raíz de las nuevas tecnologías de la comunicación. Además, estas nuevas tecnologías de la información y la comunicación están provocando una brecha digital, así como un efecto de corrosión del valor de una larga experiencia y de un criterio prudente.

Es un fenómeno que se puede observar en diversos ámbitos profesionales en los que, hasta hace pocos años, la experiencia era un valorpreciado y las nuevas generaciones de profesionales, como es el caso de la medicina, se apiñaban alrededor del "maestro" para escuchar todo lo que aquel podía transmitir. Antiguamente, lo más probable era acudir a una persona mayor para que nos explicara el mundo. Ahora nos acercamos al "Gran Maestro Google" y, si tenemos algún problema con el ordenador, pedimos ayuda a un adolescente.

Además, hacerse mayor, envejecer, en nuestro contexto social y cultural choca con todo un conjunto de ideales con los que la publicidad nos bombardea constantemente. Es la nuestra una sociedad individualista, que rechaza el dolor físico y el mental y que preconiza la eterna juventud. Siempre jóvenes, siempre en forma, dispuestos a correr, a escalar, a batir récords mundiales o a ser campeones en la esfera de las relaciones sexuales. Las clínicas de cirugía plástica, los gimnasios y diversos productos farmacéuticos, como la Viagra o el Prozac, dan cuenta de esos ideales de potencia, felicidad y de ser triunfadores en algún tipo de campeonato. Pero la precariedad del cuerpo forma parte de un Real que se acaba imponiendo y generando ansiedad, tristeza o depresión.

Sigmund Freud, en un texto crucial, *El malestar en la cultura* (Freud, 1974), citaba las tres grandes fuentes del malestar: En primer lugar, la naturaleza, que de tanto en tanto nos agrede con desastres como los terremotos, las erupciones volcánicas o los tsunamis; en segundo lugar, el cuerpo humano, que enferma o se deteriora y merma la deseada sensación de bienestar, y, finalmente, las re-

laciones humanas, la principal fuente de malestar ya que se encuentra omnipresente en el día a día, ya sea en el ámbito sociolaboral, familiar o de la pareja. Pues bien, en lo que atañe a la vejez, dos de las fuentes de malestar tienen un peso específico crítico ya que, como hemos citado, el cuerpo pierde el estado de salud y empieza a padecer procesos de deterioro o de franca enfermedad; y, por otro lado, el entorno inmediato de la persona mayor reacciona a menudo de manera adversa o declaradamente hostil contra ella, en una muestra clara de lo que supone de insostenible el envejecimiento.

Todo ello se corrobora por las constataciones de los diversos dispositivos asistenciales (servicios sociales, dispositivos de salud, de salud mental, cuerpos policiales, entre otros) y también por los testimonios de las propias personas mayores.

Es en este marco social y cultural en el que se articulan dos fenómenos a la manera de una "tormenta perfecta". Por un lado, el ya aludido deterioro cognitivo, inherente a la longevidad, y, por otro, el rechazo que genera la vejez, en bastantes ocasiones, en el entorno familiar y social.

2. JUSTIFICACION DEL SEAP

A partir de haber constatado la existencia cada vez mayor de casos de malos tratos a las personas mayores, así como la soledad de los profesionales que los detectan tomamos la decisión de realizar un estudio sobre "el buen trato de las personas mayores y personas en situación de fragilidad con padecimiento emocional: hacia un envejecimiento saludable". Para llevarlo a cabo se contó con la participación de 72 profesionales de diversos ámbitos asistenciales y de atención a las personas (servicios sociales, centros de atención primaria de salud, hospitales, hospitales de día, cuerpos de seguridad, residencias geriátricas, Cáritas, Cruz Roja, periodistas, políticos, miembros del Consell Consultiu de la Gent Gran, Fundació USzheimer, Fundación

Caviga, Asociación de discapacitados físicos, servicios de información y atención a la mujer, farmacias, cooperativas de SAD, cuidadores/as, Fundación La Caixa, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer del Baix Llobregat, Associació Catalana per a la Integració de les Persones Cegues y otros).

En este estudio, realizado con la metodología de los grupos de discusión, el ítem más prevalente fue la necesidad de la creación de un dispositivo que permitiera atender a las personas mayores de sesenta y cinco años y a las personas en situación de fragilidad ante situaciones de maltrato, espolio y abuso; y ello se concretó en la creación del Servicio Especializado de Atención a las Personas (SEAP) en la comarca del Baix Llobregat (Catalunya).

El buen trato a las personas mayores y personas en situación de fragilidad es lo que enmarca este servicio que se basa en los valores del respeto, la dignidad y la escucha en toda la actuación e intervención de los profesionales. La finalidad es ofrecer orientación y soporte desde la especialización, tanto a profesionales de otros servicios como a las propias personas que lo requieran para dar respuesta de la manera más adecuada a las necesidades detectadas. De hecho, nos estamos refiriendo a un recurso dirigido a un colectivo de personas con problemáticas muy heterogéneas, en las que se articulan aspectos económicos, sociales, culturales, jurídicos, de salud y de salud mental. Todo ello comporta que estas realidades sean especialmente complejas, y, en consecuencia, desbordan las competencias de los servicios implicados (Gutiérrez et al., 2006).

Por otro lado, tal como quedó reflejado en los diferentes grupos focales, las personas mayores, así como aquellas en situación de fragilidad, suelen permanecer en un estado de invisibilidad en nuestra sociedad y ello comporta un serio riesgo de exclusión social.

Desde sus inicios, el SEAP se ha guiado y se guía por una praxis basada en la articulación de discursos (social, jurídico y sanitario), absolutamente imprescindible para superar las

clásicas barreras que dan origen a la incomunicación entre las diferentes especialidades.

En las sociedades del llamado Primer Mundo, el envejecimiento se produce actualmente en un entorno social y cultural concreto: la postmodernidad, caracterizada por la disolución de las antiguas estructuras sociales e institucionales y también por todo un conjunto de características entre las que podemos destacar los siguientes elementos. En primer lugar, la disolución de grandes relatos y de las ataduras sociales que determina el paso de las colectividades sociales al estado de una masa compuesta de átomos individuales lanzados a un absurdo movimiento browniano (Lyotard, 1993).

En segundo lugar, el carácter efímero de las trayectorias humanas, tema muy bien estudiado por el sociólogo Zygmunt Baumann en su libro *La posmodernidad y sus descontentos* (Bauman, 2001), en el que se pregunta cómo puede una persona prepararse para la carrera de su vida si las habilidades laboriosamente conseguidas se convierten en un lastre un día después de haber pasado a ser un valor; es decir, cómo le puede resultar posible a una persona el delimitar y buscar el propio espacio en el mundo cuando todos los derechos adquiridos no se tienen más allá de nuevo aviso.

El significado de la identidad remite tanto a las personas como a las cosas y las dos han perdido su solidez en la sociedad posmoderna, su definición y su continuidad.

Finalmente, en el juego de la vida de las mujeres y de los hombres posmodernos, las reglas no dejan de cambiar mientras se juega y esto obliga a los sujetos a adaptarse constantemente, pero en un marco de absoluta incerteza. Nos encontramos, por tanto, con un Yo orientado al corto plazo, centrado en la capacidad potencial, con voluntad de abandonar la experiencia del pasado; pero, como señala Richard Sennet, este tipo de ser humano es muy poco frecuente (Sennett, 2006).

La mayor parte de las personas no son así, sino que necesitan un relato de vida que sirva

de soporte a su existencia y que los haga sentirse orgullosos de su habilidad por alguna cosa específica. De ahí se deriva una variable muy negativa para las personas que han llegado a la etapa de la madurez: Que el entorno social no valora su saber experiencial y, en consecuencia, los condena a la marginación y/o a la exclusión social.

Un tercer elemento a destacar hace referencia a que la totalidad de la vida está orientada a la producción de bienes y el consumo de placeres. Todas las personas viven la vida con la convicción de tener derecho a la excelencia y aspiran a vivir mejor en las mejores condiciones (Lipovetsky, 2007). No solo se trata de poseer bienes sino de disfrutar de una salud excelente, lo cual implica el principio de soberanía personal sobre el cuerpo, pero también poder elegir el estado de ánimo, controlar las vivencias cotidianas, ser amos de las eventualidades emocionales recurriendo a fármacos psicotrópicos (Goldberg, 2015), que no son tan inocentes como la propaganda de la industria farmacéutica nos quiere hacer creer (Gotzsche, 2016).

En este contexto, "la llamada Cultura de la Ancianidad" (Fericgla, 2002) constituye un sistema de valores que, a la vez, contiene elementos peculiares y otros que están en relación con la orientación global homogeneizadora. Así, en general, las personas mayores no pueden plantearse ser actores de producción, pero sí del consumo, y esta particularidad, añadida a la proximidad, en algunos casos, de la muerte, da origen al desarraigo y al estigma que constituyen la base de la relación de la Cultura de la Ancianidad con los demás grupos de edad" (Fericgla, 2002, pág. 29).

El mismo autor añade que desde su posición, la vejez conforma un importante colectivo, con valores culturales definidores y propios, que en los últimos tiempos ha irrumpido y se ha ganado un espacio en el agregado de culturas o formas de vida que conforman nuestra sociedad. Este colectivo tiene su propia escalera de valores y su ethos, así como una particular orientación económica, una manera específica de organizar sus

relaciones sociales y una visión de lo que ha de ser la familia, entre otras características. Pero, envejecer, y también el padecer una enfermedad invalidante, comportan unas expectativas vitales que vienen precedidas por un signo menos. Menos capacidades, menos facultades, menos cantidad de horas de descanso nocturno, menos actividades, menos poder adquisitivo, etc.

Y frente a todo esto, algunos se plantean llenar el vacío evitando el tedio y la melancolía. Se trata de encontrar actividades sustitutivas, de adquirir nuevas competencias con la particularidad de que, de entrada, esta búsqueda de nuevas curiosidades no es una carga, sino todo lo contrario (De Rosnay, 2006). Y es en este marco como aparece un nuevo concepto: El envejecimiento activo, siendo éste el paradigma que actualmente orienta la mayoría de las políticas e intervenciones en relación al envejecimiento de las personas a partir de los trabajos preparatorios de la Organización Mundial de la Salud en el marco de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid el año 2002.

No obstante, si tomamos como referencia la definición que sobre el envejecimiento activo dio la Organización Mundial de la Salud, nos encontramos con esta definición: es el proceso que implica envejecer con buena salud, óptimo funcionamiento físico, cognitivo, emocional y motivacional, además de con una alta participación social (CEPAL, 2002).

Esto comporta que un buen envejecimiento se puede conseguir a partir de disfrutar de una buena salud, un buen funcionamiento intelectual y afectivo, así como un compromiso con los demás. Envejecer activamente significa vivir bien cada ciclo de la vida, es decir, mantener hábitos saludables, optimizar el funcionamiento físico y cognitivo, regular las emociones, controlar la vida y participar activamente con la familia y en la sociedad. Pero la definición de la OMS, al igual que pasa con su definición de salud y de salud mental, plantea serios problemas: se orienta según unos ideales casi imposibles para la mayor parte de las personas. En efecto, es una de-

finición centrada en el ideal de la optimización, pero el paso de los años provoca inexorablemente pérdidas, como se ha señalado anteriormente, que afectan a diversas áreas de la salud (somática y psíquica) aunque no siempre se consolidan como enfermedades.

Hay que tener presente que la principal fuerza energética del envejecimiento es una deficiencia gradual en la disponibilidad de energía. Lo que significa que, a medida que los organismos envejecen, la demanda se sitúa en una reserva modificada de energía libre y aumenta a partir de un rol principalmente anabólico para suplir los requerimientos del continuo aumento de las reparaciones y de las funciones catabólicas, incluidas aquellas lesiones específicas relacionadas con la enfermedad (Bittles, 2005).

En consecuencia, la noción de envejecimiento activo es encomiable y ha de constituir el centro de gravedad de cualquier proyecto de atención a las personas mayores, pero es preciso considerar la existencia de un Real del cuerpo y de la mente que inexorablemente provoca limitaciones y padecimientos que han de tenerse presentes a la hora de proponer actuaciones e intervenciones dirigidas a esta población.

El SEAP toma como eje vertebrador la concepción del envejecimiento activo en términos de compromiso con la vida, es decir, de ser parte activa de la sociedad y de implicación en proyectos con objetivos comunes (Fité, 2010).

3. OBJETIVOS DEL SEAP

Los objetivos del SEAP son:

- Incidir en la prevención, detección y atención del maltrato y del maltrato a las personas mayores y aquellas en situación de fragilidad (riesgo psicobiológico-social).
- Optimizar el trabajo interdisciplinar y en red con profesionales de los diversos servicios (sociales, sanitarios, cuerpos de seguridad, justicia, entre otros).

- Potenciar la transmisión óptima de la información social, jurídica y médica relevante entre los profesionales implicados en la atención de los casos, con el objetivo de diseñar un plan conjunto de intervención en el seno de la comunidad.
- Realizar programas de sensibilización social en relación al buen trato a las personas.
- Responder a las necesidades reales de los profesionales que atienden a las personas mayores y aquellas en situación de fragilidad, cuando se detectan situaciones de no buen trato y/o maltrato.
- Establecer lazos de coordinación con los diferentes servicios públicos y/o privados de los ámbitos de salud, servicios sociales, justicia, vivienda, cuerpos de seguridad y otros.
- Realizar programas de formación dirigida a los diferentes colectivos profesionales que intervienen en los casos de malos tratos.
- Recoger y analizar la información de la exploración social y el diagnóstico social en los casos que lo requieran.
- Establecer la hipótesis diagnóstica en el ámbito de su competencia para compartirla con el equipo.
- Orientar e informar sobre los medios y recursos sociales existentes, facilitando el conocimiento de los derechos, servicios y prestaciones a su abasto y las condiciones de acceso.
- Orientar la elaboración del plan de trabajo, en el ámbito de su competencia.
- Planificar la derivación de la persona a otro servicio, así como llevar a cabo el cierre del caso.

Funciones del jurista:

- Analizar los datos legales y familiares, para canalizar la demanda y la problemática global a nivel familiar.
- Recoger y analizar la información de carácter legal de la persona y de su familia, en los casos que se requiera.
- Establecer la hipótesis diagnóstica en el ámbito de su competencia para compartirla con el equipo interdisciplinar.
- Orientar ante situaciones de riesgo que tengan relación con la planificación sucesoria y en la planificación de situaciones de discapacidad.
- Orientar e informar sobre los medios legales existentes, facilitando el conocimiento de derechos y deberes.
- Orientar e informar sobre la legislación en situaciones de no buen trato y/o maltrato de personas mayores y personas en situación de fragilidad y sus familias.
- Participar de forma activa en los planes de mejora conjuntamente con el ámbito social y el de salud.

4. COMPOSICION DEL EQUIPO

El equipo del SEAP está integrado por tres perfiles profesionales: Trabajador/a social, jurista i psiquiatra - médico especializado en psicogeriatría o, en su defecto, neurología o geriatría.

Los profesionales que integran el SEAP son conocedores de los recursos y instituciones del territorio relacionados con los colectivos a quienes dirige su intervención, así como, de las características sociológicas de la población atendida.

5. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DEL SEAP

Funciones del trabajador/a social:

- Recoger y analizar los datos sociales y familiares, canalizando la demanda y la problemática global a nivel familiar.

Funciones del/la psiquiatra – neurólogo/a – geriatra

- Valorar el estado clínico global, con especial atención a los aspectos neuropsiquiátricos.
- Establecer la hipótesis diagnóstica en el ámbito de su competencia para compartirla con el equipo interdisciplinar.
- Orientar a la persona y/o familia ante situaciones de riesgo que tengan relación con su estado de salud, tanto física como mental.
- Orientar la elaboración del plan de trabajo, en el ámbito de salud y salud mental.
- Asesorar y aportar la información sobre el diagnóstico de la persona mayor y de la persona en situación de fragilidad.
- Coordinarse con el Área Básica de Salud y de Salud Mental, así como con otros dispositivos para informar de la evolución del paciente y asegurar los cuidados y seguimientos necesarios.

6. METODO DE INTERVENCION

A. FASE DE VALORACIÓN

La fase de valoración se inicia una vez recogida la información relevante del caso y de los hechos concretos. Ello implica un conocimiento integral de la situación de la persona por la que se consulta, tanto a nivel físico, cognitivo, emocional, social, jurídico y familiar. Dicha valoración se realiza mediante un análisis multidisciplinar.

Así, ante una situación de maltrato, la valoración tendrá en cuenta el diagnóstico, el nivel de riesgo, la gravedad y la seguridad al mismo tiempo que incluirá un pronóstico de la situación del/ de la causante de la situación de maltrato.

La fase de valoración incluirá:

- El estado de la persona por la que se consulta (historial clínico, procesos mórbidos que padece, tratamientos farma-

cológicos prescritos, pruebas diagnósticas realizadas o programadas, etc.).

- Evaluación de la capacidad de decisión de la persona, con especial atención a las decisiones verídicas y decisiones adaptativas.
- Evaluación del entorno relacional más próximo (familia, entorno social).
- Valoración del grado de aceptación de la situación por parte de la persona mayor o persona en situación de fragilidad, así como de los causantes del maltrato.
- Valoración de los aspectos jurídicos implicados en la problemática del maltrato (aspectos penales, denuncias previas, testamentos, herencias, otorgación de poderes notariales, títulos de propiedad, etc.).
- Coordinación con servicios/recursos implicados y de otros sistemas como Salud, Justicia y Seguridad.

B. FASE DE INTERVENCIÓN

La finalidad de la fase de intervención es la de proteger, atender y resolver la situación detectada de no buen tracto y/o maltrato hacia la persona mayor o persona en situación de fragilidad.

Dicha fase incluirá:

- Elaboración de un Plan de Intervención en el que intervendrán todos los equipos y dispositivos implicados en el caso.
- Seguimiento de las medidas y actuaciones acordadas.
- Elaboración de un informe socio-jurídico-sanitario que será dirigido al Ministerio Fiscal o Juzgado.
- Intervención pericial, a requerimiento del Ministerio Fiscal o Juzgado, en las causas judiciales abiertas.
- Seguimiento de las medidas dictadas por la instancia judicial.

7. CASOS PARADIGMATICOS

Se exponen a título de ejemplo dos casos que podríamos considerar paradigmáticos del contexto de intervenciones del SEAP.

1r. Caso.

Se trata de un hombre de 89 años de edad, que identificaremos con sus siglas, J.G., que vive en una localidad del Baix Llobregat. La demanda de intervención llegó al SEAP derivado por la directora de la Residencia geriátrica de la dicha localidad. El motivo de la demanda fue solicitar el asesoramiento del SEAP tras haberse detectado graves irregularidades económicas y sociales de las que era víctima el Sr. J.G..

Como resumen de su historia, destacamos los siguientes datos:

El Sr. J. G. R. nació el día 14 de febrero del año 1929 en la localidad de XXX. Pasó su infancia en el pueblo de sus padres, en la provincia de Teruel. A la edad de 28 años regresó a Catalunya y desde entonces ha residido en la localidad de YYY. Es propietario de una masía situada en el término municipal de YYY. Dado su precario estado de salud reside en la Residencia geriátrica, de la misma localidad, desde el 6 de marzo del 2012.

De los informes médicos proporcionados por el Área Básica de Salud, se destacan los siguientes problemas: Enfermedad vascular periférica. Claudicación intermitente. Amputación de la Extremidad Inferior Izquierda (20/9/2018); Anemia de causa no filiada, glaucoma, catarata, hipoacusia,

Como consecuencia de la amputación de la extremidad inferior izquierda, el Sr. J.G.R. precisa de una silla de ruedas.

El Sr. J.G.R. era propietario de un piso y de una masía, situada ésta en los terrenos del Parc de Collserola.

Mientras fue autónomo, el Sr. J.G.R. realizó sus gestiones económicas acudiendo a la oficina de su entidad bancaria, en YYY. Sin embargo, a raíz de la amputación, acudió

acompañado por la persona que se ocupaba de cuidar de su finca en Collserola, el Sr. F. C. M. El Sr. J.G.R. dispone de una tarjeta de crédito. La dirección del Centre Llar d'Avis detectó que "alguien" (se desconoce quién) estaba haciendo un uso indebido de dicha tarjeta de crédito por un valor aproximado de 4.000 euros.

Además, el Sr. J.G.R. dijo haber vendido su finca de Collserola al Sr. F. C. por un valor de 30.000 euros. Sin embargo, no constaba ningún tipo de documento legal que acreditase dicha venta.

Finalmente, la dirección de la Residencia geriátrica detectó diversas visitas del personal de una entidad bancaria al Sr. J.G.R.. Según se nos informó, en fecha reciente se había vendido al Sr. J.G.R. un móvil Samsung Galaxy S10, que, como era de suponer, el Sr. J.G.R. no sabía manejar debido a su deterioro cognitivo.

En el mes de marzo de 2019 se llevó a cabo la exploración neuropsiquiátrica del Sr. J.G.R. pudiéndose detectar que presentaba un deterioro cognitivo moderado.

Este trastorno, añadido a su escaso nivel cultural, le colocaba en una posición de extrema vulnerabilidad en lo que se refería a la defensa de sus intereses, problema que se vio agravado por la amputación de su Extremidad Inferior Izquierda. Por todo ello se solicitó al Ministerio Fiscal la adopción de medidas de protección en forma de una curatela a fin de preservarlo de actitudes fraudulentas.

2ª Caso:

Se trata de un hombre de 86 años de edad, que identificaremos por las siglas, L.H, que fue derivado al SEAP por los Servicios Sociales de su localidad a raíz de haber detectado indicios de abuso económico por parte de una familiar. En el informe de derivación se señalaba que a raíz de haber enviudado y de no tener hijos fue una familiar próxima la que se hizo cargo de las gestiones bancarias y patrimoniales. En el mes de mayo firmó po-

deres notariales a favor de esta familiar, sin embargo, el Sr. L.H. nos especificó que no sabía el significado de lo que estaba firmando. Poco después, el Sr. L.H. tuvo conocimiento de un movimiento bancario que él no había autorizado; dicho movimiento consistió en una transferencia de una suma importante de dinero a otra cuenta bancaria.

A raíz de estos hechos, se procedió a realizar un examen neuropsiquiátrico del Sr. L.H., que puso de manifiesto la existencia de un deterioro cognitivo leve. Sin embargo, este deterioro, unido a su escaso conocimiento en el manejo de los temas patrimoniales, lo colocó en una posición de vulnerabilidad frente a usos indebidos de sus bienes. Además, en la exploración realizada, el Sr. L.H. explicó que estaba recibiendo presiones para trasladarse a vivir a otra localidad, propuesta con la que él no estaba de acuerdo ya que en dicha localidad “no conozco a nadie”.

En el informe dirigido al Ministerio Fiscal se solicitaron medidas de protección en forma de una curatela para el manejo de sus bienes patrimoniales.

La sentencia dictada unos meses después reconoció esa necesidad de protección indicando que se nombrase una institución tutelar para dicha función.

Estas dos viñetas de casos de malos tratos por abuso económico a personas con deterioro cognitivo son la punta de un iceberg cuya principal masa de hielo es el menosprecio y la desconsideración hacia las personas más longevas. La pandemia de la Covid-19 ha puesto de manifiesto una realidad: la marginación y la soledad de los mayores, así como, para muchos de ellos, las nefastas condiciones de vida. Los medios de comunicación han informado de situaciones penosas, de centros que no disponían de los recursos necesarios para prevenir los contagios, y en este contexto no han faltado quienes se han rasgado las vestiduras y se han apresurado a criminalizar a los profesionales que trabajan en centros residenciales geriátricos, sin em-

bargo, nos debemos plantear una pregunta: ¿Cuántos de los críticos estarán dispuestos a incrementar sus aportaciones al Estado para que desde la Administración Pública se puedan sufragar los costes inherentes a una atención digna? Y otra pregunta, ¿por qué las administraciones son tan sensibles a los casos de violencia de género y la ejercida contra los niños y, sin embargo, se muestran absolutamente silenciosas frente a los malos tratos contra las personas mayores?

Pensamos que se hace necesaria la elaboración de un discurso que permita reconstruir vínculos intergeneracionales y establecer lazos que dignifiquen la vida de aquellos que se aproximan a los últimos años de sus vidas.

8. VALORACIONES Y RECOMENDACIONES

Desde la fecha de su puesta en marcha, a mediados del 2018, hasta la actualidad, el SEAP ha intervenido en 140 casos, derivados en su mayor parte por Servicios Sociales, en primer lugar, seguidos de los dispositivos sanitarios (áreas básicas de salud, hospitales generales, hospitales de día, y centros de salud mental). En su mayoría, la frecuencia de casos de mujeres atendidas es el doble de los casos de hombres. Por franjas de edades, una tercera parte corresponde a la franja 18-65 años, otra tercera parte, a la franja 65-80 y, finalmente, la tercera parte restante, a personas mayores de 80 años.

Por tipologías, los casos atendidos corresponden en su mayoría, a malos tratos físicos, psicológicos y expolios económicos. El SEAP ha sido requerido en diversas ocasiones por el Ministerio Fiscal con el objetivo de poder informar acerca de los casos en las vistas orales.

La casuística atendida nos muestra un panorama inquietante en tanto no se dispone de un marco legal adecuado para la protección de aquellos colectivos, muchas veces invisibilizados, como ha quedado dramática-

mente demostrado a raíz de lo sucedido en muchas residencias geriátricas en el contexto de la pandemia de la Covid-19.

Se hace necesaria la promulgación de una Ley específica que proteja a las personas mayores de 65 años y aquellas que se encuentran en situación de fragilidad por motivos de salud. Este es el reto político para los próximos años.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2001). *La posmodernidad y sus descontentos*. Akal.
- Bittles, A. (2005). Aspectos biológicos del envejecimiento. En R. I. Jacoby, *Psiquiatría en el anciano* (págs. 3-21). Masson.
- CEPAL, (4 de Agosto-diciembre de 2002). Obtenido de Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: los países aprueban el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento: <https://www.cepal.org/es/eventos/segunda-asamblea-mundial-envejecimiento-paises-aprueban-plan-accion-internacional>
- De Rosnay, J., Servan-Schreiber, J. L., de Closets, F. y Simonnet, D. (2006). *Una vida extra. La longevidad: un privilegio individual, una bomba colectiva*. Anagrama.
- Fericgla, J. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Herder.
- Fité, G. (2010). *La vellesa, una etapa per viure intensament*. Diputació de Barcelona.
- Freud, S. (1974). *El malestar en la cultura*. Obras Completas, Vol. VIII, 3017-3067. Biblioteca Nueva.
- Gawande, A. (2015). *Ser mortal*. Galaxia Gutenberg.
- Goldberg, E. (2015). *El cerebro ejecutivo*. Crítica.
- Gotzsche, P. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Libros del lince.
- Gutiérrez Bezón, C., Jiménez Rojas, C. y Corregidor Sánchez, A.I. (2006). El equipo interdisciplinar. En P. G. (cord), *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 89-93). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- INE. (22 de Septiembre de 2020). *Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa*. Obtenido de https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica*. Anagrama.
- Lyotard, J. (1993). *La condición posmoderna: informe sobre el saber*. Planeta Agostini.
- Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Anagrama.