

Manual para el abordaje integral en situaciones de violencia hacia personas mayores

Destinado a equipos de salud de todos los niveles de atención

Manual para el abordaje integral en situaciones de violencia hacia personas mayores

Destinado a equipos de salud de todos los niveles de atención

Autoridades

Jefe de Gobierno

Jorge Macri

Vicejefe de Gobierno

Clara Muzzio

Ministro de Salud

Fernán González Beraldo de Quirós

Ministro de Desarrollo Humano y Hábitat

Gabriel Mraida

Subsecretario de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria

Gabriel Battistella

Director General de la Dirección General de Atención Primaria

Diego Vacchino

Subsecretaria de Personas Mayores

Mercedes Joury

Director General de Promoción de Derechos

Agustín Fernández Bertuzzi

Contenido y redacción: Lic. Alejandra Vázquez

Colaboración: Lic. María Paula Nazzi y Abg. Florencia Chaves

Prólogo: Lic. Perla Bronstein, Coordinadora del Programa Gerontológico de Salud de la Dirección General de Atención Primaria. Ministerio de Salud

Índice

Prólogo	10
Introducción	16
Marco Conceptual	
Conceptualización de la violencia hacia las personas mayores	18
Modalidades y tipologías de violencia	19
Representaciones sociales, mitos, estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores	22
Mitos y realidades	24
Perspectiva	28
La detección	
La importancia de la detección temprana de la violencia hacia las personas mayores desde los equipos de salud	32
Consecuencias de las violencias en la salud	33
Síndrome de estrés postraumático (TEPT)	34
La actuación del equipo profesional para detectar situaciones de violencia	36
Indicadores	37
Abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial en el sistema sanitario.....	42
La detección en la consulta	44
Datos a relevar cuando la persona mayor relata el padecimiento de situaciones de violencia en el contexto de la consulta	45
Pautas para la toma de entrevista	47
Situaciones que pueden presentarse en el contexto de la entrevista	50
Criterios para la valoración del riesgo	53
La denuncia	
En qué situaciones existe la obligatoriedad de denunciar por parte de los profesionales del ámbito sanitario	56
Aspectos a tener en cuenta para la elaboración del informe a la Justicia	60
Recursos. Programa Proteger	63

Recursero	66
Bibliografía	70



Prólogo

La Gerontología como un campo interdisciplinario que se ocupa del proceso de envejecimiento de las diversas vejezes ha cobrado una relevancia creciente en las agendas de salud pública y derechos humanos. Sin embargo, la violencia que sufren muchas personas mayores sigue siendo una realidad de la que mucho no se habla, que queda silenciada e invisibilizada por mitos, prejuicios, estereotipos negativos y en muchas ocasiones por falta de recursos humanos especializados para su atención. En este sentido, la violencia hacia las personas mayores, en sus diversas formas, se presenta como un fenómeno complejo que exige un abordaje integral, sensible y respetuoso de sus derechos. Dicho abordaje debe ser coordinado desde un trabajo interdisciplinario y en red, sensible a las particularidades de cada caso, asegurando la dignidad y los derechos de las personas mayores.

El presente Manual proporciona una visión clara y realista del maltrato hacia las personas mayores ofreciendo herramientas prácticas y conocimientos clave para facilitar la detección, intervención y prevención de la violencia hacia las personas mayores, con un enfoque integral que involucra tanto el ámbito sanitario como social, legal y comunitario.

Los contenidos de este Manual están estructurados en torno a los siguientes temas fundamentales: una parte teórica que enumerará los tipos de violencia, los mitos que contribuyen a la invisibilización de la problemática, las secuelas que esta situación trae aparejado en las personas que la sufren enfatizando en el estrés post-traumático; otra parte que enseña pautas para la correcta toma de la entrevista en pos de pesquisar los indicadores de riesgo y finalmente, un apartado que brinda lineamientos claros y precisos para lograr implementar estrategias efectivas para una intervención temprana y oportuna con personas mayores en situaciones de violencia.

Vale señalar la importancia de uno de los pilares fundamentales para garantizar una respuesta eficaz frente a la violencia hacia las personas mayores que es la articulación entre diferentes áreas del GCBA en pos de generar el trabajo en red

articulando, la Dirección General de Protección de Derechos dependiente de la Subsecretaría de Personas Mayores y la Dirección General de Atención Primaria dependiente de la Subsecretaria de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud, que propician la producción de esta guía para capacitar a los profesionales de salud respecto de esta temática que interpela las prácticas gerontológicas.

En este sentido y cumpliendo con la Ley 5420, Ley de Prevención y Protección Integral contra el Abuso y maltrato a los Adultos Mayores sancionada en 2015 en CABA, que proclama evitar la revictimización de los Adultos Mayores, eliminar la superposición de intervenciones y agilizar los trámites necesarios para garantizarles el acceso a la justicia, es que esta guía plasma el recorrido de varios años de trabajo del Programa Proteger que junto con el Programa Gerontológico de Salud del GCBA cuyo objetivo es la promoción de un envejecimiento activo y saludable de las vejeces en su diversidad, se articulan para fortalecer una red de atención integral para las personas mayores.

Este Manual aspira a convertirse en una herramienta para identificar los indicadores que den cuenta de las formas más habituales de maltrato hacia las personas mayores dentro de la Valoración Gerontológica Integral.

Es una obra que invita a los profesionales de la salud de la Ciudad de Buenos Aires a repensar su posicionamiento respecto de sus prácticas cotidianas no solo en el aspecto clínico, sino también en cuanto a la dimensión ética y legal de la atención integral que deben brindar. Es así que, a lo largo de este Manual, se busca sensibilizar y empoderar a los profesionales, para que puedan actuar con eficacia y compasión ante situaciones de violencia, garantizando la dignidad y el respeto que todas las personas mayores merecen.

Así pues, el Manual se convierte en una vía regia a la hora de alentar a repensar las prácticas profesionales en salud en búsqueda de lograr una lectura comprometida que involucra al lector a actuar en su labor profesional desde una participación activa en pos de brindar un trato digno para lograr generar una cultura de respeto de las vejeces libres de violencia y con acceso a servicios de salud, protección y justicia.

De este modo, con la elaboración de este Manual, se busca incentivar el compromiso profesional para saber cómo proceder responsablemente en el quehacer gerontológico cotidiano para con las personas mayores en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030).

Prof. Lic. Perla Bronstein
Coordinadora del Programa Gerontológico de Salud
Dirección General de Atención Primaria
Ministerio de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que el maltrato hacia las personas mayores constituye una violación en materia de derechos humanos y una causa significativa de lesiones, enfermedades y sufrimiento psicológico. Los estigmas y prejuicios asociados a la vejez que persisten en nuestra sociedad contribuyen de manera directa a la violencia y al maltrato contra este grupo, lo que representa una problemática urgente, especialmente en un contexto de envejecimiento poblacional, tanto a nivel local como mundial.

El aumento de la proporción de personas mayores en las sociedades contemporáneas alerta sobre la necesidad de garantizarles condiciones dignas de vida, ya que actualmente representan el 13% de la población mundial, cifra que se espera alcance el 22% para 2050, según datos brindados por la OMS. En este contexto, la intervención estatal es esencial para prevenir abusos y garantizar el pleno goce de derechos por parte de este grupo. En 2023, el Programa Proteger, que opera en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, registró un crecimiento del 10% en las intervenciones realizadas en comparación con 2022, lo que evidencia tanto la creciente vulnerabilidad de las personas mayores como el impacto positivo de los programas destinados a su protección.

A nivel normativo, la Ley 5420 de la Ciudad de Buenos Aires, de prevención y protección integral contra el abuso y maltrato a las personas mayores, establece las obligaciones del Estado para garantizar los derechos de esta población. Esta legislación se complementa con el marco internacional proporcionado por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que subraya la importancia de la intervención estatal para erradicar la violencia y promover el bienestar de los mayores.

Es fundamental que el Estado diseñe, implemente y acompañe políticas públicas que permitan no solo prevenir situaciones de maltrato, sino también intervenir de manera efectiva cuando estas ocurren. La violencia hacia las personas mayores no solo las sitúa en una condición de extrema vulnerabilidad, sino que suele estar asociada con otros factores como falta de recursos económicos, deterioro físico o mental, aislamiento social y ausencia de redes familiares o afectivas. Ante esta

complejidad, es crucial que existan protocolos claros de actuación para abordar las denuncias o detectar abusos, garantizando respuestas adecuadas y oportunas. Además, se torna imperativo que desde los gobiernos se visibilice esta problemática, que a menudo permanece silenciada, mediante campañas de concientización y educación que combatan los prejuicios hacia la vejez. La asignación de recursos suficientes para el acceso a derechos y servicios es clave para romper este ciclo de vulneración y exclusión.

De acuerdo con la OMS, 1 de cada 6 personas mayores en el mundo ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año, una cifra que probablemente sea mayor, ya que muchos casos no se denuncian por temor, dependencia o desconocimiento de los derechos. Por este motivo, es imprescindible fortalecer las iniciativas de sensibilización y generar espacios que promuevan el respeto, la autonomía y la dignidad de las personas mayores.

La vejez debe ser reconocida como una etapa de la vida en la que los derechos humanos permanecen intactos, y no como un periodo de fragilidad o exclusión inevitable.

Solo mediante un enfoque integral, que combine prevención, intervención, protección y educación, se logrará erradicar la violencia hacia las personas mayores y construir una sociedad más justa, inclusiva y equitativa para todos sus habitantes. Este manual busca recopilar y concentrar la normativa e información relevante para abordar y actuar ante estas situaciones de violencia de manera efectiva dirigido a efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires, entendiendo que cumplen un rol fundamental en nuestra sociedad para poder garantizar a nuestras personas mayores el pleno goce de sus derechos y la protección adecuada ante posibles abusos y maltratos.



Agustín Bertuzzi
Director General de
Promoción de Derechos
para Personas Mayores



Mercedes Joury
Subsecretaria de Personas Mayores

Introducción

El presente Manual tiene como objetivo brindar herramientas a equipos de salud interdisciplinarios del sistema sanitario, de todos los niveles de atención para la prevención, detección y abordaje integral de las violencias hacia las personas mayores.

La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la más añosa de todo el país, según datos del último censo del año 2022. El envejecimiento demográfico de la población puede tener repercusiones para la incidencia de situaciones de violencia con diferentes manifestaciones. Las proyecciones sugieren que la proporción de personas mayores no sólo continuará incrementándose, sino que la franja de personas que supera los 75 años también crecerá, con el consiguiente riesgo para los problemas de salud y con demandas de cuidados que también se incrementarán. Las estimaciones publicadas por la OMS indican que 1 de cada 6 personas mayores de 60 años sufrió algún tipo de maltrato en los entornos comunitarios. Se prevé que este problema aumentará en muchos países debido al rápido envejecimiento.

Desde el 1 de enero del año 2023 al 31 de diciembre del 2023, el Programa Proteger intervino en 2499 casos, un 10 % más que en el año anterior.

La violencia hacia las personas mayores representa una problemática social de importante magnitud en nuestra sociedad que vulnera los derechos humanos y debe ser abordada de manera integral.

La cuadragésima novena Asamblea Mundial de la Salud declaró a la violencia como un problema mayor de salud pública. En consecuencia, a partir de la obligación contraída por los Estados firmantes con relación al sector salud y la problemática de la violencia, la implementación de medidas para sensibilizar y capacitar a los equipos de salud en la temática se volvió fundamental, más aún si se considera que los programas de numerosas carreras de grado vinculadas a la salud carecen de contenidos específicos sobre la problemática.

Las violencias hacia las personas mayores constituyen un problema sociosanitario

con repercusiones inmediatas y duraderas, que pueden o no, resultar visibles. Estas violencias ponen en riesgo su integridad física y psicológica, así como su autonomía económica y social, y requieren un abordaje integral. Los equipos de salud tienen un rol fundamental en la visibilización, detección temprana, valoración del riesgo y asistencia en estas situaciones. Para ello es necesario posicionarse desde una perspectiva de derechos con enfoque gerontológico e interseccional, incorporando la problemática en las consultas y acciones comunitarias, prestando especial atención a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

Toda actuación sanitaria constituye una oportunidad para detectar tempranamente las situaciones de violencia hacia personas mayores y planificar un abordaje integral, coordinando las articulaciones intersectoriales que favorezcan el trabajo en red y la corresponsabilidad.

En este sentido, la Ley 5420 de Prevención y protección integral contra el abuso y maltrato a las personas mayores hace referencia en el artículo 10 a todas las acciones que el Poder Ejecutivo de la Ciudad debe impulsar desde las áreas competentes para la prevención de las situaciones, tales como capacitación a Organismos gubernamentales, institucionales y de la sociedad civil que promuevan buenas prácticas en el abordaje a las violencias hacia las personas mayores.

Marco conceptual

Conceptualización de la violencia hacia las personas mayores

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el maltrato a las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. Una de las definiciones ha sido aportada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995), que indica que “el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”.

La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores (2015) define al maltrato como “la acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza”.

Hacia fines del año 2015 se sanciona la Ley 5420 de Prevención y protección integral contra el abuso y maltrato hacia los adultos mayores que rige dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Define el maltrato hacia las personas mayores como “toda acción u omisión que provoque un daño a los mismos, sea esta intencional o consecuencia de un obrar negligente y que atente contra su bienestar general, vulnerando derechos”.

El maltrato se presenta en el marco de una relación de abuso que se define por un desequilibrio de poder. Una conducta es violenta cuando se presenta en una relación asimétrica, motivo por el cual va a implicar siempre un desequilibrio de poder, el cual puede estar definido por el contexto, por la cultura o por maniobras interpersonales de control de la relación. La intención es la dominación de la persona mayor para controlar la relación, un intento de doblegarla.

También debe considerarse que siempre existe una intencionalidad y una direccionalidad. La intención es la dominación de la persona para controlar la relación, un intento de doblegar a otra persona. La direccionalidad está dada por la selección puntual hacia quien se dirige la violencia. Esto significa que el perpetrador no ejerce violencia hacia cualquier persona y en cualquier ámbito, su conducta va dirigida a esa persona en particular. Asimismo, que los perpetradores suelen presentar lo que se denomina “doble fachada o doble personalidad”, esto es, un comportamiento en los ámbitos sociales y uno muy diferente en el ámbito privado o familiar.

Modalidades y tipologías de violencia

La realidad del maltrato a la persona mayor es muy compleja, puede manifestarse en diferentes escenarios (social, institucional e intrafamiliar), presentarse de diversas maneras (físico, psicológico, sexual, económico) y con múltiples factores de riesgo (características del agresor, de la víctima, del vínculo entre ambos, de las redes de apoyo social y comunitarias). De alguna manera, cuando existe algún tipo de violencia, los tres ámbitos de desarrollo están interrelacionados. La violencia no se ejerce en un solo lugar, las instituciones y la sociedad también son ámbitos de violencia.

Las formas de presentación son:

- **Maltrato por comisión o acción:** se presenta a través de conductas activas, son acciones de abuso de poder.
- **Maltrato por omisión:** implica el abandono o descuido de las necesidades básicas de la persona mayor.

Niveles de manifestación de las violencias

La Ley 5420 de Prevención y Protección integral contra el abuso y maltrato a los

adultos mayores (2015) de la Ciudad de Buenos Aires expresa que este tipo de conductas pueden ser cometidas tanto por el grupo familiar, conforme a la Ley 1265, como por cuidadores, allegados, convivientes o no, que no posean grado de parentesco alguno o por instituciones, tanto del ámbito público como privado.

La violencia doméstica/familiar es definida como aquella ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad. Se entiende por grupo familiar al originado en el matrimonio, la unión civil o en las uniones de hecho, incluyendo a los ascendientes, descendientes, colaterales, consanguíneos o por adopción; convivientes sin relación de parentesco; no convivientes que estén o hayan estado vinculados por matrimonio, unión civil o unión de hecho; o con quien se tiene o se ha tenido relación de noviazgo o pareja.

• **Violencia doméstica/familiar:** aquella ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad. Se entiende por grupo familiar al originado en el matrimonio, la unión civil o en las uniones de hecho, incluyendo a los ascendientes, descendientes, colaterales, consanguíneos o por adopción; convivientes sin relación de parentesco; no convivientes que estén o hayan estado vinculados por matrimonio, unión civil o unión de hecho; o con quien se tiene o se ha tenido relación de noviazgo o pareja.

• **Violencia institucional:** aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las personas mayores tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan sus derechos. Quedan comprendidas las instituciones prestadoras de servicios de salud, de servicios sociales, así también como de protección.

• **Violencia social:** aquella ejercida por integrantes de la sociedad en el marco relacional del individuo. Quedan comprendidos los vecinos, amigos, cuidadores, etc.

Tipologías de violencia

La ley 5420 de Prevención y Protección integral contra el abuso y maltrato a los adultos mayores (2015) de la Ciudad de Buenos Aires, define los siguientes tipos de abuso y maltrato:

1- Física: Implica una acción u omisión que cause como consecuencia un daño o lesión en el cuerpo, sea visible o no.

2- Psicológico: se incluyen agresión verbal, uso de amenazas, abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor. También se considera maltrato psicológico negar a la persona mayor la oportunidad de participar en la toma de decisiones que conciernen a su vida.

3- Sexual: Implica cualquier contacto de carácter sexual para el cual la persona no haya dado su consentimiento, bien porque el mismo haya sido forzado o porque no sea capaz de darlo o porque tenga lugar mediante engaños.

4- Económico/Patrimonial: Implica el robo, el uso ilegal o inapropiado de las propiedades, bienes o recursos de una persona mayor, y/o obligarle a cambiar disposiciones testamentarias, que den por resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona. La violencia económica hacía personas mayores se puede presentar de varias formas como la negación de alimentos, el no suministro de medicación, la limitación dentro de la vivienda, la destrucción de bienes, la retención de documentación, la apropiación de la jubilación y/o pensión.

5- Ambiental: Destrucción de objetos personales, dañar y/o matar animales domésticos, esconder pertenencias de la víctima.

7- Simbólico/Discriminación: consiste en la presencia de estereotipos y actitudes negativas y/o trato desigual a una persona mayor en función de su edad.

8- Abandono: tiene lugar no solo en los supuestos contemplados por la legislación penal, tipificados en el delito de Abandono de Persona, sino que también abarca

situaciones derivadas de Negligencia, consistente en la dejadez, intencional (activo) o no intencional (pasivo) de las obligaciones sobre la aportación de elementos básicos y esenciales para la vida de la persona cuidada.

9- Hostigamiento: Consiste en el acoso al que se somete a una persona mayor mediante acciones o ataques leves pero continuados, causándole inquietud y agobio con la intención de molestarla o presionarla.

La ley 5420 agrega *“quedan comprendidos asimismo en la protección de la presente Ley los casos de personas mayores que se encuentren en situación de extrema vulnerabilidad por la carencia absoluta de redes de contención”*.

Representaciones sociales, mitos, estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores

En nuestra sociedad predominan un conjunto de creencias, mitos y prejuicios que asocian la vejez y el proceso de envejecimiento con concepciones negativas tales como la decrepitud, la enfermedad, la inutilidad, el déficit y la pasividad, entre otros.

Los mitos sociales y culturales que forman parte del imaginario colectivo son informaciones erróneas que se elevan al nivel de conocimientos generales y distorsionan la realidad. Estos mitos y concepciones negativas moldean de alguna manera el comportamiento de las personas hacia este grupo etario. Carecen de fundamentación científica, son falsas creencias acerca de las vejez y el proceso de envejecimiento que no condicen con la realidad. Estas falsas creencias están arraigadas en nuestra sociedad y en las personas. Es por ello que es fundamental revisar en forma permanente los propios prejuicios y creencias para poder cuestionarlos y de esta manera evitar realizar juicios de valor en relación a las personas mayores que impacten en la atención en el ámbito sanitario.

Los mitos han sido definidos como “...creencias formuladas de manera que parezcan como una verdad, expresada en forma absoluta y poco flexible” (Graciela Ferreira, 1995). Forman parte del sistema de creencias y son de utilización cotidiana, promoviendo estereotipos. El estereotipo es una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. Configura un molde

prefijado que se traslada, por la función de transmisión educativa, de generación en generación.

En opinión de Moscovici las representaciones sociales no son sólo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad y se determinan por las personas a través de sus interacciones.

Mientras que las representaciones colectivas son mecanismos explicativos que se refieren a una clase general de ideas y creencias, las representaciones sociales son fenómenos que necesitan ser descriptos y explicados.

Moscovici (1998), por su parte, define las representaciones sociales como el sistema de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función. Por un lado establecen un orden que permite a los individuos orientarse en su mundo social y, por otro, facilitan la comunicación entre los individuos de una comunidad al proporcionarles un código para nombrar y clasificar los distintos aspectos de su mundo, de su historia individual y de grupo. Este autor pone énfasis en que las representaciones sociales están íntimamente ligadas con el sentido común de comprensión de los acontecimientos.

Las formas que adopta la discriminación son diversas y complejas; lo cual conduce muchas veces a la marginación y exclusión. La imagen negativa de las vejez asocia esta etapa con la enfermedad y genera que las personas mayores sean consideradas enfermas, frágiles, carentes de autonomía, asexuadas, con dificultades para aprender, improductivas, aisladas socialmente y pasivas.

Las prácticas discriminatorias vulneran derechos elementales de las personas y frustran las posibilidades de acceder, en condiciones de igualdad, a los servicios sociales, culturales, educativos, laborales, recreativos o de salud.

Tal como mencionamos, existen prejuicios, mitos y estereotipos respecto a las vejez que afectan a las personas mayores. Son producto de una construcción social que condiciona a las personas y a su entorno en términos de profecía autocumplida: las personas adultas mayores como parte de la sociedad se ven condicionadas por los prejuicios que las conducen a asumir conductas afines a

lo esperable según las creencias. El conjunto de miradas negativas que tiene la sociedad con respecto a las personas adultas mayores fue definido como viejismo (ageism), término acuñado en 1969 por Robert N. Butler. Este fenómeno, estudiado en nuestro país por Leopoldo Salvarezza, implica rechazo, temor, desagrado, negación, marginalización, agresión: actitudes ligadas entre sí que operan discriminando a la persona que envejece. En definitiva, el viejismo se sustenta en un entramado de prejuicios y constituye una actitud irreflexiva transmitida por la cultura, a partir de la cual se conforma la visión que tenemos sobre las vejeces.

Mitos y realidades

Mito	Realidad
El envejecimiento significa enfermedad y dependencia.	La enfermedad no está vinculada a la edad cronológica. Esta concepción proviene del paradigma biomédico, de la biologización de la vejez. Los cambios biológicos no son lineales ni uniformes. Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores se deben a la genética, los factores que más influyen tienen que ver con el entorno físico y social, las condiciones materiales de vida, las redes de apoyo social, el acceso a los servicios sociales y de salud, la educación, el medio ambiente y los modos de vida.

Mito	Realidad
<p>Las personas mayores son todas iguales.</p>	<p>Las personas mayores se diferencian entre sí más aún que en otras etapas del curso de vida por sus largas trayectorias de vida. Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos pero cada una de ellas es única y diferente del resto.</p>
<p>Las personas mayores se vuelven como niños.</p>	<p>Tener una edad avanzada no implica dejar de ser una persona adulta, ni tampoco que se pierdan derechos o se tenga que recibir un trato infantilizante. Aunque la persona mayor requiera de cuidados no deja de ser adulta ni pierde la autonomía.</p>
<p>Las personas mayores son pasivas y les gusta estar solas.</p>	<p>Esta creencia está vinculada a homogeneizar a la población adulta mayor y a generalizar determinadas características sin considerar la diversidad de las vejeces. Muchas personas mayores, aún en la etapa jubilatoria participan en sus comunidades, socializan y se mantienen activas.</p>

Mito

Las personas mayores pierden la memoria.

Las personas mayores no tienen capacidad para aprender nuevos conocimientos.

Las personas mayores pierden la autonomía.

Las personas mayores suelen estar deprimidas y tristes.

Realidad

La edad no determina que todas las personas mayores experimenten pérdida de memoria.

En la vejez perduran capacidades funcionales y la posibilidad de desarrollar y adquirir nuevas aptitudes como en cualquier otra etapa de la vida. La edad no delimita la creatividad ni las posibilidades de aprendizaje.

Aunque perdieran la independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria, no pierden la autonomía, que es la capacidad para poder tomar decisiones sobre su vida. La autonomía es un derecho que está establecido en la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores.

Los problemas de salud mental, la depresión y la tristeza NO forman parte del proceso de envejecer. Estas concepciones representan prejuicios acerca del estado anímico de las vejeces.

Mito	Realidad
Las personas mayores son incapaces de ejercer violencia.	Las estadísticas indican que, en las situaciones de violencia hacia personas mayores, los hijos varones ocupan el primer lugar, en segundo lugar es el cónyuge, pareja o ex pareja, incluso varones de setenta u ochenta años que ejercen violencia física y de otro tipo.

Los prejuicios, mitos y estereotipos hacia las vejeces forman parte de las violencias simbólicas. Se ejercen a través de mensajes, valores, imágenes, íconos o signos, que transmiten y reproducen relaciones de dominio, desigualdad y discriminación. Estas violencias se caracterizan por ser ocultas y pasivas, y se basan en acciones simbólicas que coaccionan los comportamientos individuales o sociales. Se naturaliza en las personas, de modo que se interiorizan las relaciones de poder, convirtiéndolas en evidentes e incuestionables.

La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores aporta definiciones para los conceptos de abandono, maltrato, negligencia y discriminación por la edad y discriminación múltiple:

“Discriminación múltiple”: Cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación.

“Discriminación por edad en la vejez”: Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

El artículo 5 hace referencia a la igualdad y a la no discriminación por edad y expresa la prohibición de la discriminación por edad y de toda práctica viejista.

Perspectiva

La realidad del maltrato a la persona mayor es muy compleja, puede manifestarse en diferentes escenarios (social, institucional e intrafamiliar), presentarse de diversas maneras (físico, psicológico, sexual, económico) y con múltiples factores de riesgo (características del agresor, de la persona en situación de violencia, del vínculo entre ambos, de las redes de apoyo social y comunitarias). Cuando existe algún tipo de violencia, los tres ámbitos de desarrollo están interrelacionados. En este contexto, el abordaje requiere de un posicionamiento teórico que reconozca la violencia como una problemática social y multidimensional. En este sentido, el Modelo Ecológico (Urie Bronfenbrenner, 1978), que luego es retomado por diversos autores para pensar las raíces de las violencias, identifica la diversidad de variables que intervienen en la problemática. Permite abarcar la complejidad de la problemática, proporcionando un marco para entender la interrelación entre los diferentes factores de riesgo vinculados al maltrato. Desde esta concepción, cuando nos referimos a las raíces de la violencia, no vamos a encontrar una relación causa – efecto, sino la confluencia de múltiples factores que provienen de los diferentes ámbitos donde se desarrollan las personas: la familia, las instituciones y el contexto sociocultural. Para este modelo, la violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.

El **Modelo Ecológico** tiene como punto de partida el reconocimiento de que la violencia es un problema complejo, polifacético, de raíces biográficas, psicológicas, sociales y ambientales, para el que no existe una solución sencilla o única; por el contrario, cada vez se extiende más la idea de que su abordaje requiere enfoques interdisciplinarios e intervenciones diversas en varios planos, con la concurrencia simultánea de múltiples sectores de política pública (OPS, 2002; y ONU, 2006).

Las violencias hacia las personas mayores también están atravesadas por el género. Las violencias basadas en género son el resultado de la producción y reproducción

social- cultural de relaciones desiguales de poder organizadas y sostenidas por el patriarcado.

- En interseccionalidad con estos y múltiples órdenes de poder, el sistema patriarcal establece la jerarquía y superioridad de los varones por sobre las mujeres y diversidades en base al modelo de la masculinidad hegemónica. Se asientan, a su vez, en la heteronormatividad, la cual impone una división binaria de los sexos -equiparada con las diferencias anatómicas- y sólo dos formas legitimadas de vivir los cuerpos como varón o mujer. De acuerdo con este binomio, la heterosexualidad se constituye como único modo de relacionarse sexo-afectivamente, en exclusión de otras identidades y formas de relación.

La mirada desde la **Perspectiva de Género** implica cuestionar las relaciones jerárquicas de poder que se construyen entre las personas a partir del género. Y estas relaciones asimétricas producen y perpetúan desigualdades que ubican a mujeres y diversidades en un lugar de inferioridad respecto a los varones a lo largo de sus trayectorias de vida, lo cual trae como consecuencia una acumulación de desigualdades de género que van a construir un envejecimiento diferencial.

Incorporar esta perspectiva en los equipos posibilita construir abordajes integrales del proceso de salud- enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) que garanticen el derecho de acceso a la salud de todas las personas; revisando las intervenciones profesionales reproductoras de los estereotipos de género. En este sentido es importante que el personal problematice y revise qué visión se sostiene de los problemas de salud y principalmente cómo se concibe a las personas mayores que acceden al sistema sanitario. La perspectiva de género y salud pone en visibilidad cómo las asimetrías entre los géneros producidas por el orden patriarcal son uno de los determinantes sociales del PSEAC, que establece vulnerabilidades específicas diferenciales (Tajer, 2012). Para el campo de la promoción y atención integral en salud es importante distinguir entonces las problemáticas de salud específicas por grupo poblacional.

Incorporar la **perspectiva de género y diversidad sexual** en las personas mayores implica identificar diferencias y desigualdad de oportunidades en la construcción de roles sociales entre varones, mujeres y personas LGTB+.

El marco conceptual considera la **Perspectiva interseccional** que reconoce que las desigualdades sistémicas se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales como el género, etnia, edad, clase social. Destaca que, aunque el género es un sistema de desigualdad medular, las mujeres no son un grupo homogéneo: están cruzadas por diferentes jerarquías que les hacen experimentar distintos tipos de asimetrías simultáneamente. El concepto de intersección fue introducido por Kimberle Crenshaw para dar énfasis a la existencia de varios ejes de desigualdad (raza, etnia, género, etc.) que, como si fuesen avenidas en una gran ciudad, transcurren de forma independiente pero contando con varias intersecciones entre ellas (Crenshaw, 2002).

En ese sentido, la violencia debe abordarse como un problema multidimensional en el que las desigualdades de raza, clase, género y vejez están ligadas a la vida de las mujeres adultas mayores y producen formas particulares de violencia. Sugieren que las mujeres adultas mayores no se jubilan de las desigualdades de género experimentadas anteriormente. La exclusión y la violencia pueden continuar agravándose en la vejez, ya que envejecer implica asumir una posición aún más desfavorecida en la sociedad.

Abordar el problema requiere tener un marco conceptual que, junto a un enfoque de derechos, considere:

- La heterogeneidad presente en el colectivo de personas mayores.
- **Enfoque intercultural:** esta perspectiva implica reconocer a las diferentes culturas, poblaciones y grupos, la plurinacionalidad, y la diversidad étnica, religiosa e idiomática presentes en nuestro país, promoviendo la eliminación de estereotipos discriminatorios.
- **Enfoque territorial:** reconociendo las condiciones físicas, sociales, económicas y culturales que se presentan en un territorio determinado, como las redes y apoyo social, contexto urbano/rural, sentido de pertenencia de los países, como de la diversidad de sus territorios, entre otros.
- **Perspectiva generacional:** considerando que la vejez es una etapa del curso de vida y, principalmente, un resultado de los procesos vividos, capacidades desarrolladas, acontecimientos experimentados y del acceso a las oportunidades del

entorno durante la mayor parte de la vida de las personas.

La **Perspectiva de derechos humanos**, considerando fundamentalmente a la violencia como una violación a los derechos humanos estipulados en la Constitución Nacional, en la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, que en el año 2022 adquirió jerarquía constitucional y que consolida la inclusión de las vejezes en la agenda de derechos humanos. Su aprobación en el año 2015 implica un cambio de paradigma en la concepción sobre las personas mayores.

Los derechos humanos son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes.

El enfoque basado en derechos promueve un abordaje integral que garantice las condiciones para que las personas en situación de violencia puedan desarrollar proyectos de vida cuidados, libres y autónomos.

La violencia hacia las personas mayores es un problema complejo, que involucra los diferentes aspectos de la vida de las personas mayores, como individuos y como colectivo. Teniendo como eje los derechos humanos de las personas mayores, se comprende que es una obligación de los Estados garantizar sus derechos y protección contra toda forma de violencia y/o tipología de maltrato.

La detección

La importancia de la detección temprana de la violencia hacia las personas mayores desde los equipos de salud

Los equipos de salud tienen un rol fundamental en la detección temprana, en la prevención y en la atención a personas mayores que se encuentran en situación de violencia.

El sistema de salud es el ámbito más propicio para la detección e intervención en forma temprana y quizás sea la única posibilidad con la que cuentan las personas mayores para hacer visible lo que están padeciendo, por ello hay que prestar especial atención a las consultas inespecíficas o polisintomáticas, considerando que pueden presentar dificultades para pedir ayuda o poner en palabras lo que les está sucediendo por diferentes motivos. La ausencia de redes de apoyo social, el miedo a las represalias, las creencias tradicionales acerca de las maternidades y la familia que pueden generar sentimientos de culpa y/o vergüenza, la dependencia física o emocional, las instituciones a las que recurrieron y no les dieron respuesta, la afectación emocional como consecuencia de las violencias representan algunas de las causas del silencio.

Por otra parte, pueden presentarse situaciones en las que las personas mayores no se encuentren en condiciones de relatar el padecimiento de maltrato, como por ejemplo quienes presentan deterioro cognitivo o demencias, quienes están más expuestas a las violencias por parte de familiares y/o personas que las asisten que carecen de capacitación, que no tienen habilidades para el manejo de los trastornos conductuales que pudieran presentarse, por sentimientos de sobrecarga o estrés en el cuidado sumado a otros factores de riesgo multicausales. Los equipos de salud tienen que estar atentos a los indicadores en las personas mayores tanto físicos como en su estado emocional, así como en la relación de la persona mayor con su familiar o cuidador/a.

Pero también detectar en el espacio de la consulta acerca de quiénes se ocupan de

brindar asistencia, si tienen relevamiento en la tarea, indicadores de desgaste laboral, a los fines de prevenir o detectar en forma temprana.

Sin embargo, existen otras barreras asociadas a las instituciones y a los profesionales sobre las que es fundamental reflexionar, como la carencia de formación para identificar los indicadores de violencia; la ausencia de protocolos de detección e intervención; la ausencia de trabajo interdisciplinario; los prejuicios y creencias erróneas acerca de las vejez y el proceso de envejecimiento; el temor de procesos legales y falta de conocimiento de normativas y el desconocimiento de los recursos disponibles para el abordaje son algunas de ellas.

Hay que considerar que el padecimiento en forma crónica y sostenida a situaciones de violencia a través de la manipulación, la violencia física, la desobjetivación, la amenaza, generalmente perpetradas por parte del entorno afectivo y cercano de las personas mayores, en el contexto de una relación desigual con marcado desequilibrio de poder puede generar deterioro emocional, afectando su vida cotidiana, sus redes de apoyo, su economía, sus relaciones interpersonales.

En principio tener en cuenta que la violencia provoca consecuencias en la salud en sentido integral y que los problemas de salud crónicos pueden verse agravados por la violencia.

Consecuencias de las violencias en la salud

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc, que pueden producir discapacidad.
- Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas, dolores corporales).
- Dolor crónico.
- Agravamiento de enfermedades crónicas.
- Cuadros psicósomáticos.
- Trastornos del sueño.
- Por relaciones sexuales forzadas: enfermedades de transmisión sexual, incluida VIH.

- Cuadros depresivos.
- Cuadros de ansiedad.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Trastornos psicopatológicos.
- Automedicación (analgésicos, antiinflamatorios).
- Consumo problemático de alcohol, drogas o psicofármacos.
- Polimedicación como consecuencia de la ausencia de detección.
- Disminución del número de días de vida saludable.
- Afectación de la vida cotidiana, de las relaciones interpersonales, limitación de sus redes de apoyo social y su autodeterminación.

Síndrome de estrés postraumático (TEPT)

Hay personas que han atravesado situaciones de violencia y experimentan un gran estrés psicológico. Algunas personas lo viven como reacciones pasajeras que no requieren tratamiento clínico. Sin embargo, cuando un conjunto característico y específico de síntomas (rememoración, evitación y sensación de estar en constante peligro) persiste durante más de un mes después de la violencia padecida, puede ser que se haya desarrollado un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

De acuerdo con el DSM-5, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por los siguientes criterios:

- Experiencia directa o ser testigo presencial de un suceso traumático que haya amenazado la integridad física de la persona o de sus seres queridos
- Los síntomas del TEPT deben persistir por más de un mes
- Los síntomas deben ser lo suficientemente graves como para afectar el desempeño social, familiar o laboral de la persona

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden dividirse en 4 categorías:

- 1) Intrusiones, 2) Evitación, 3) Alteraciones negativas en la función cognitiva y el estado de ánimo, 4) Alteraciones de la excitación y la reactividad.

Intrusiones: las intrusiones son recuerdos no deseados o pesadillas que reproducen el evento desencadenante. Las intrusiones pueden adoptar la forma de “flashbacks”, que pueden ser desencadenados por imágenes, sonidos, olores u otros estímulos. Puede presentar memorias involuntarias, perturbadoras, intrusivas, recurrentes, por ello se lo denomina reexperimentación del trauma. Actuar o sentir como si el episodio estuviera sucediendo nuevamente y variar desde experimentar flashbacks (recuerdos vívidos) a desconocer por completo el entorno presente. Sentimientos de una intensa angustia psicológica o fisiológica cuando recuerda el episodio.

Evitación: las personas con trastorno de estrés postraumático podrían intentar evitar los elementos que les recuerdan el trauma, esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, restricción de la vida afectiva.

Trastornos cognitivos y del estado de ánimo: los cambios cognitivos y del estado de ánimo incluyen desinterés y desapego, funciones cognitivas distorsionadas, lagunas en el recuerdo, anhedonia, autculpa inapropiada y depresión, pensamientos distorsionados persistentes sobre la causa o las consecuencias de los traumas que llevan a culparse a sí misma, pérdida de memoria de partes importantes del evento (amnesia disociativa).

Alteraciones de la excitabilidad y la reactividad: las personas con TEPT pueden mostrar un estado de hiperexcitabilidad, irritabilidad y reactividad excesivas o pueden parecer entumecidas y distantes, dificultad para conciliar o mantener el sueño, dificultades para concentrarse, estado de hipervigilancia.

Los efectos psicológicos del trauma se expresan como cambios en la respuesta biológica al estrés, produciendo alteraciones profundas en los mecanismos hormonales relacionados con éste y en el procesamiento de la memoria. De esta manera, el hecho traumático irrumpe la línea histórica normal de la vida de la persona en situación de violencia, produciendo profundas alteraciones a nivel biológico, emocional, cognitivo y relacional. **Estos síntomas pueden aparecer en forma inmediata o tardía al hecho traumático y suelen ser mal interpretados y diagnosticados como depresión, trastornos psicóticos o trastornos cognitivos, entre otros. Es por ello que hay que considerar que las personas mayores**

podrían presentar pérdida de memoria, funciones cognitivas distorsionadas o lagunas en el recuerdo que no hay que confundir con un deterioro cognitivo, demencia o trastorno delirante.

La actuación del equipo profesional para detectar situaciones de violencia. Cómo preguntar a la persona mayor en el espacio de la consulta.

Las violencias dejan huellas, arrasan con la identidad y subjetividad de las personas, o sea con todo aquello que nos constituye como personas y en muchas situaciones las deja con un vacío de representaciones que les impide nombrarlas, porque también hubo alguien que las obligó a callar a través del sometimiento, la amenaza, la manipulación afectiva. En consecuencia, si bien es fundamental estar atentos a ciertos indicadores que pueden dar cuenta del maltrato, también es primordial la escucha, establecer una relación de confianza para que la persona mayor se sienta cómoda y segura, poder decodificar los silencios. Establecer un espacio de escucha en la consulta, un espacio de credibilidad y de respeto que le brinde la confianza y la seguridad que necesita, un espacio para poder expresar lo que tuvo que callar mientras era violentada, un trato empático que le posibilite reparar la humillación, la intimidación, el miedo, la vulnerabilidad.

El equipo de salud puede realizar preguntas tendientes a indagar si existe una situación de vulneración a sus derechos tales como con quién vive, cómo es la relación con su familia o cuidadores, si requiere de apoyos y quién se los brinda, si tiene un cuidador/a que tenga relevamiento en la tarea, si algo les está provocando malestar emocional, las redes de apoyo social con las que cuenta, si se ha sentido obligada a realizar algo contra su voluntad o consentimiento.

Considerar en la consulta si la persona mayor se presenta con un relato desorganizado y confuso, demanda frecuente de recetas de ansiolíticos, antiinflamatorios y/o analgésicos, consultas al sistema de salud reiteradas sin causa justificada.

Es habitual que las personas no hablen sobre las situaciones de violencia, ya sea por temor al victimario, por vergüenza, porque se sienten culpables, por miedo a ser juzgadas o porque muchas de estas violencias suelen estar naturalizadas. Resulta importante entonces prestar particular atención a aquellas consultas usualmente denominadas “inespecíficas” o consideradas polisintomáticas.

Indicadores

Se denomina indicadores a las señales, no sólo en el cuerpo sino en el estado anímico, en la interacción con familiares, cuidadores o personas del entorno social que pueden generar sospecha de la existencia de malos tratos.

Numerosa bibliografía ha descrito señales, conductas, signos y síntomas que pueden generar la sospecha de la ocurrencia de malos tratos.

El relato por parte de la persona mayor es uno de los indicadores con mayor nivel de especificidad, común a todos los tipos de malos tratos, por lo que hay que prestarle mucha atención.

37

Indicadores de maltrato físico

- Quemaduras, hematomas, cortes
- Calvas en cuero cabelludo
- Viejos y nuevos hematomas al mismo tiempo
- Queja frecuente de dolor
- Cualquier lesión incompatible con el relato o que no ha sido tratada correctamente.
- Moretones múltiples en una o varias partes del cuerpo
- Daños en el bazo
- Lesiones abdominales.
- Pulmones perforados
- Quemaduras con artefactos eléctricos, cigarrillos o ácidos

- Tímpanos perforados
- Dolores de cabeza sin etiología orgánica
- Dolores crónicos y/o severos de estómago o pelvis
- Problemas dentales que se presentan con heridas en los tejidos bucales, dientes rotos
- Lesiones en los ojos
- Relato de caídas y/o accidentes en lugares y momentos extraños
- Intentos de ocultar partes del cuerpo en la exploración médica

Indicadores de maltrato psicológico

- Las personas mayores impresionan ansiosas, tristes, agitadas, retraídas, temerosas
- Cambios de conducta
- Desamparo, llanto
- Evitación de contacto visual y replegamiento físico
- Síntomas depresivos, baja autoestima.
- Búsqueda de atención y protección
- Estados confusionales
- Escaso contacto social
- Amenaza de suicidio o manifestación de deseos de morir
- Pasividad, sumisión

Indicadores de abandono o negligencia

- Deshidratación, desnutrición. Debilidad
- Uso de medidas que anticipan o aumentan la dependencia: obligarlas a uso de pañal a personas mayores con movilidad reducida, aunque controlen esfínteres.
- Negación de asistencia o tratamientos por razones de edad
- Palidez, ojos o mejillas hundidos

- Extrema delgadez
- Ropas sucias, viejas o rotas
- Sin anteojos, prótesis dentales, audífonos
- Retraso en el cambio del pañal
- Enfermedades no tratadas
- Contención química sin justificación y/o indicación medica
- Ulceras por decúbito dorsal (escaras)
- Aspiraciones frecuentes.
- Vestimenta no acorde al clima, presenta signos que delatan condiciones de vida inadecuadas.

Indicadores de abuso sexual

- Infecciones genitales o ITS inexplicables.
- Sangre o manchas en la ropa interior
- Comportamiento sexual inadecuado.
- Relato de abuso sexual o violación.
- Sintomatología asociada al síndrome de estrés postraumático
- Tensión durante el baño o vestido
- Hematomas o dolor en la zona genital

Indicadores de abuso económico o patrimonial

- Su nivel de vida no es acorde a sus ingresos económicos
- Manifiesta que no puede respetar alimentación saludable indicada o medicamentos recetados porque no tiene el control de sus recursos económicos
- La acompañan personas extrañas que retienen su documentación

Principales indicadores en las personas mayores

- Parece tener miedo de un familiar o de una o un cuidador.
- No responde preguntas de manera espontánea, mira a cuidador o familiar como pidiendo permiso
- Su comportamiento cambia en presencia de cuidador o familiar
- Expresa frases que denotan baja autoestima.
- Presenta deficiente higiene personal
- Cambios bruscos en su estado anímico
- Aislamiento de sus relaciones sociales
- Historia de caídas en momentos y lugares extraños
- Vida no acorde a sus ingresos económicos
- Evitación del contacto visual y repliegue físico
- Sentimientos de desamparo, miedo, llanto, retraimiento
- Pérdida frecuente de dinero y/o pertenencias
- Deshidratación, desnutrición, extrema delgadez, palidez
- Historia de ingesta de psicofármacos, analgésicos, antiinflamatorios sin prescripción médica
- Ausencia a la consulta médica de larga data
- Se muestra evasiva cuando se indaga acerca de vínculos familiares
- Consultas continuas al sistema de salud sin causa justificada

Indicadores en familiares y/o cuidadores

- Intentan que los profesionales y la persona mayor no interactúen en privado
- Insiste en contestar las preguntas que se le realizan a la persona mayor
- Pone obstáculos para que se proporcione la asistencia sanitaria en el domicilio.
- Tiene expectativas irreales hacia la persona mayor
- Carece de capacitación en cuidados a personas mayores
- Se muestra excesivamente controladora.
- Intenta convencer a los profesionales que la persona mayor delira

- Culpabiliza a la persona mayor
- Aparecen familiares desconocidos para reclamar acceso a bienes de la persona mayor

Indicadores en la interacción entre la persona mayor y familiares o cuidadores

- Cuentan relatos contradictorios acerca de cómo ha ocurrido un hecho determinado, como puede ser una caída o accidente
- El cuidador o familiar se muestran hostiles durante la consulta profesional.
- La relación entre ambos es de indiferencia mutua.

Indicadores en el domicilio

- Se observan reticencia y dificultades para que los profesionales asistan al domicilio.
- Aunque no se utilicen en ese momento, se aprecian elementos de sujeción física (correas, cuerdas, etc.).

El abordaje integral

El abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial desde el sistema sanitario

El modelo de atención de las violencias hacia las personas mayores debe realizarse desde abordajes integrales, interseccionales e interdisciplinarios basados en un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, a partir de una estrategia de trabajo en red y abordaje comunitario que abarque los tres niveles de atención sanitaria de manera articulada, en el marco de la corresponsabilidad que le compete al sistema de salud.

Hay que considerar que las estrategias de la Atención Primaria de la Salud tienen pilares fundamentales que fueron definidos por la Organización Mundial de la Salud:

- la integralidad de las prácticas en el campo de la salud
- la importancia del trabajo interdisciplinario
- la participación de la comunidad en lo concerniente a la producción de salud
- el acercamiento de las acciones de prevención y promoción a los espacios donde los diversos grupos viven su cotidianeidad.

Estas estrategias son fundamentales para garantizar el derecho a la salud de la población y para intervenir sobre los determinantes sociales.

Desde una perspectiva de Salud Colectiva/ Medicina Social, los determinantes sociales de la salud refieren al modo en que los procesos biológicos y psíquicos de las personas son influidos por procesos sociales. Es importante visibilizar esta articulación debido a que la misma configura ejes de dominación y exclusiones múltiples de clase social, género, raza y derivan en desigualdades sociales y sanitarias mensurables. Dichas desigualdades se configuran históricamente y tienen expresión concreta en momentos particulares y grupos específicos (López Arellano, 2013).

La desigualdad e inequidad en salud afecta sobre todo a los grupos más oprimidos y vulnerados en sus derechos fundamentales, habitualmente tiene un componente geográfico porque ocupan territorios de relegación y sufren opresiones sociales

múltiples (políticas, económicas o culturales). En este planteo, la perspectiva de género y salud pone en visibilidad cómo las asimetrías entre los géneros producidas por el orden patriarcal son uno de los determinantes sociales del PSEAC, que establece vulnerabilidades específicas diferenciales (Tajer, 2012).

Respecto a las desigualdades de género que se expresan en el PSEAC corresponde construir dispositivos de abordaje que contemplen la especificidad genérica para el logro de equidad en salud, y en el caso particular del abordaje de las violencias por razones de género tomar acciones acordes a la particularidad tanto de quienes sufren las violencias como de quienes las ejercen.

Incluir la perspectiva de género en el proceso de trabajo de los equipos posibilita construir abordajes integrales del PSEAC que garanticen el derecho de acceso a la salud de todas las personas; revisando las intervenciones profesionales reproductoras de los estereotipos de género. En este sentido es importante que el personal problematice qué visión se sostiene de los problemas de salud y fundamentalmente cómo se concibe a las personas que acceden al sistema sanitario. Asimismo, problematizar las prácticas a las que se suelen anudar concepciones tradicionales de género en intersección con concepciones provenientes de los viejismos.

Cuando se hace referencia a violencias basadas en género, esta categoría contempla además de mujeres, a grupos en situación de vulnerabilidad como pueden serlo las personas migrantes, personas adultas mayores, pueblos originarios, identidades no cis- heteronormadas y personas con discapacidad.

Abordaje intersectorial y gestión en red

Apunta a promover la articulación intersectorial e interjurisdiccional de la problemática para la conformación de redes de abordaje y asistencia articulando con otras instancias de la gestión pública como Organismos Gubernamentales, Poder Judicial, Seguridad, Obras Sociales, Desarrollo Social, entre otras.

El abordaje intersectorial en la problemática es la estrategia privilegiada para

movilizar los recursos existentes, compartir criterios y posibilitar una respuesta coordinada de servicios y programas, reduciendo las trayectorias de daño y revictimización.

El objetivo del abordaje intersectorial e interdisciplinario es crear políticas públicas adecuadas para la erradicación de las violencias.

El trabajo intersectorial se constituye como una herramienta fundamental para fortalecer el abordaje del complejo sistema que constituye la violencia hacia las personas mayores, a través de acciones que abarquen la prevención, promoción y asistencia en todos los ámbitos. Esta modalidad busca generar los cambios culturales necesarios para disminuir y erradicar los actos violentos de todo tipo hacia las vejeces.

Por ello, resulta necesario construir estrategias coordinadas de acciones y una planificación colectiva que brinden respuestas a largo plazo a la problemática de la violencia hacia las personas mayores que se manifiestan en cada territorio. Esto da cuenta del concepto de CORRESPONSABILIDAD, que hace referencia a que el Estado y sus poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como la sociedad civil, asuman el abordaje desde sus obligaciones y alcances. Esta idea de corresponsabilidad implica la convocatoria a todos los sectores con sus respectivos actores a dar respuesta a la problemática.

La detección en la consulta

Qué preguntar en la consulta para detectar si existen situaciones de violencia

A los fines de realizar una detección temprana es necesario incorporar preguntas a la consulta tendientes a detectar situaciones de violencia, aunque las personas no hayan verbalizado algo al respecto, tales como:

- ¿Con quiénes vive? ¿Cómo es la relación con su familia?
- Si requiere de asistencia para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria ¿cuenta con apoyo familiar o de otro tipo para ser asistida en estas actividades?
- ¿Hay algo actualmente que le genere malestar en relación con su familia?

- ¿Tiene algún espacio de pertenencia, Centro de jubilados o personas del entorno social y afectivo a las que pueda recurrir si necesita ayuda?

Datos a relevar cuando la persona mayor relata el padecimiento de situaciones de violencia en el contexto de la consulta

- Identificación personal: apellido y nombre, edad, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, DNI, domicilio, contacto telefónico. Composición del grupo familiar conviviente. Datos de familiares no agresores, no convivientes
- Identificación del victimario: vínculo con la persona mayor, nombre y apellido, edad, ocupación.
- Obra social, Mutual/ Prepaga/ Sistema público. N° de Beneficio. Jubilación. Pensión.
- Tiempo de ejercicio de la violencia
- Tipologías de violencia: realizar en lo posible un registro textual de los tipos de violencia a los que hace referencia. ¿Cuál fue el último episodio de violencia? ¿Qué daños ha padecido por la violencia: físicos, emocionales, económicos, relacionales, sociales?
- ¿En qué horarios del día se la puede contactar telefónicamente sin que se encuentre el victimario?
- En caso que no se la pudiera contactar ¿podría brindar el contacto telefónico de una persona de su confianza?
- Aspectos de la salud física y psíquica de la persona en situación de violencia y del victimario. Medicación. ¿Se encuentra en tratamiento médico y/o psicológico?
- ¿El victimario tiene consumo problemático de alcohol y/o drogas?
- ¿Requirió asistencia en salud por la violencia perpetrada?
- ¿Hubo antecedentes de intervención judicial previas o recientes? ¿Medidas judiciales dictadas por la Justicia? ¿Tiene datos del número de expediente?

¿Hubo antecedentes de intervención policial recientes o previas? ¿Ha recurrido anteriormente a otros Organismos judiciales o de otro tipo por la problemática?

- En relación al victimario: ¿posee armas de fuego u otro tipo que puedan dañar? ¿Ejerce violencia hacia otros integrantes del grupo familiar o del entorno social? ¿Tiene antecedentes penales? ¿Tiene antecedentes de violencia hacia otros miembros del grupo familiar?
- ¿Cuál es la frecuencia de los episodios de violencia: por día, semana, mes, esporádicamente?
- ¿La violencia se ha incrementado en el último tiempo?
- ¿El victimario la ha amenazado de muerte o de provocarle daño a la persona mayor o a su entorno cercano?
- ¿Lo cree capaz de concretar sus amenazas?
- ¿Qué hace ante las situaciones de violencia?
- ¿Ha hablado con alguien del problema, vecinos, amistades, otros familiares?
- Indagar si en ese momento puede volver a su casa
- ¿Cómo cree que se la puede ayudar?

ES FUNDAMENTAL QUE ESTOS DATOS SE REGISTREN EN EL INFORME EN CASO QUE LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO TENGAN QUE REALIZAR LA DENUNCIA CONFORME LA NORMATIVA. LA IMPORTANCIA RADICA EN QUE ESTOS DATOS EVIDENCIAN LA SITUACIÓN DE RIESGO EN QUE SE ENCUENTRA LA PERSONA MAYOR

Pautas para la toma de entrevista

Hay que considerar los tiempos de la entrevista conforme cómo se encuentre emocionalmente la persona mayor en ese momento.

La persona mayor se puede presentar:

- En estado de crisis y llanto
- Confusas, desorientadas
- Su discurso puede parecer incoherente y a veces ambivalente
- Su discurso puede estar fragmentado. Lagunas en el recuerdo
- Puede presentar “anestesia emocional” y verbalizar su padecimiento totalmente desprovisto de la carga emocional. Representa un mecanismo defensivo.
- Puede presentar alto monto de ansiedad. Verbosidad. Dificultad para escuchar y aceptar la intervención profesional.
- Puede expresar arrepentimiento y mantener actitudes defensivas.
- Puede manifestar enojo y excesiva demanda hacia el equipo profesional.

En relación a cómo se encuentre la persona mayor, los tiempos de la entrevista oscilarán entre: contener, preguntar, informar, escuchar, sugerir, respetar los silencios, esclarecer.

Favorecer la accesibilidad. Procurar que el espacio físico sea accesible, sin obstáculos para el ingreso de las personas mayores y su movilidad, apartados del ruido y con equipamiento adecuado, rampas de acceso y ascensores. El derecho a la accesibilidad comprende el deber de ajustar el entorno para que las personas mayores puedan gozar de la mayor independencia posible.

En todo el proceso de la entrevista hay que evitar la REVICTIMIZACIÓN, se entiende como tal a las distintas formas mediante las cuales las personas que están siendo victimizadas en el contexto familiar o interpersonal, vuelven a ser victimizadas cuando recurren a instituciones o profesionales en busca de ayuda, orientación y asistencia, las que a través de sus procedimientos e intervenciones vulneran la dignidad y/o los derechos de las primeras.

Qué es lo que **SÍ** se debe hacer durante la entrevista

- **Realizar una escucha activa:** implica poder reconocer en el relato de la persona la complejidad de la situación para organizar junto a ella la estrategia de abordaje. Requiere de una actitud de predisposición, atención y empatía para poder receptar cada detalle y captar la totalidad del mensaje. Para ello, deben generarse las condiciones más adecuadas para que el diálogo y la escucha sean efectivos, tanto desde la actitud corporal y gestual, como lingüística. Es una práctica que permite garantizar tres derechos fundamentales: el derecho a expresarse libremente, a que sus expresiones sean escuchadas sin prejuicios y a que sus opiniones sean tomadas en cuenta al momento de tomar decisiones.
 - **Presentarse a la persona mayor por su nombre y profesión.**
 - **Respetar los valores y las pautas culturales de las personas.**
 - **Entrevistar en lo posible a la persona mayor a solas.**
 - **Realizar intervenciones situadas y respetuosas de las necesidades particulares de cada persona.**
-
- 48
- **Crear en su relato:** es fundamental para ello cuidar la forma de preguntar. Mostrar empatía e interés tanto en el relato como en la comunicación no verbal.
 - **Respetar los tiempos de las personas para hablar.**
 - **Respetar la confidencialidad y privacidad:** procurar que el espacio de la consulta sea personal y evitar interrupciones. Escuchar sin menoscabar su dignidad y sin intromisión en aspectos que resulten irrelevantes para el conocimiento de los hechos. Tiene derecho a la intimidad.
 - **Informarle acerca de sus derechos,** en particular su derecho a acceder a la justicia y a vivir sin ningún tipo de violencia.
 - **Acompañar a la persona a fortalecer sus redes familiares, comunitarias e institucionales** en el marco de la atención integral de la salud.
 - Es muy importante poder **sostener un vínculo con la persona** y que sepa que no está sola y que están disponibles para acompañar.
 - Mantener precauciones cuando se mantenga contacto telefónico o en el

domicilio, a fin de **proteger la integridad de la persona.**

- **Comunicarse telefónicamente con el lugar al que se va a derivar a la persona** para corroborar que es el lugar apropiado y quién será la persona que la recibirá y brindar información correcta de días y horarios de atención.
- Conforme la Ley Nacional 26.743, dirigirse a la persona **respetando su identidad de género adoptada y el nombre de pila**, aunque sea distinto al consignado en su DNI.
- **Registrar la información que se le brinde a la persona mayor** acerca de recursos u otros datos en letra legible y clara, evitar nombres de instituciones que puedan ser revisados por el victimario a los fines de no exponerla a represalias.
- **Promover la desnaturalización de las situaciones de violencia.**
- **Transmitir que es posible salir de la situación de violencia.**
- **Informarle de los recursos existentes para solicitar ayuda.**
- **Valorar el hecho que haya podido verbalizar su padecimiento y solicitar ayuda.**

Qué es lo que NO se debe hacer durante la entrevista

- **Realizar preguntas que encierren dudas del relato de la persona mayor.**
- **Presionar a la persona mayor a que relate lo que no está dispuesta a verbalizar.**
- **Generar falsas expectativas ni anticiparse a lo que ocurrirá.** Es muy importante que las personas mayores confíen en los profesionales, por ello es necesario que consulte a los organismos pertinentes si tiene alguna duda, antes de brindar alguna información errónea.
- **Exponer a la persona mayor a demoras y largas esperas.**
- **Realizar preguntas que sugieran la respuesta.**
- **Realizar una entrevista despersonalizada y mirar el reloj en forma permanente.**

- **Patologizar las violencias.** Es fundamental informar a la persona mayor acerca de las consecuencias que genera en la salud el padecimiento de situaciones de violencia en forma crónica.
- **Realizar comentarios que tiendan a minimizar** los hechos de violencia relatados.
- **Mantener posturas rígidas durante la consulta.**
- **Juzgar** sus creencias y/o pensamientos.
- **Justificar** o naturalizar las situaciones de violencia.
- **Atribuir toda sintomatología por la que consulte la persona mayor a la edad.**
- **Infantilizarlas.**
- **Utilizar términos que perpetúan estereotipos vinculados a la edad** tales como “abuelas/abuelos”.

Situaciones que pueden presentarse en el contexto de la entrevista

50

- Algunas personas mayores han naturalizado las situaciones de violencia porque crecieron en familias donde estaba avalada la violencia física y/o psicológica, motivo por el cual es posible que no consideren violencia física a zamarreos, cachetazos o tirones de cabello. Es por ello que es necesario indagar acerca de las formas bajo las que se presenta la violencia física relatada sin preguntar más allá de lo que la persona está dispuesta a poner en palabras.
- Las personas en situación de violencia pueden minimizar, justificar el accionar del victimario y también responsabilizarse del maltrato. En otras ocasiones pueden manifestar que ellas también ejercen violencia, percepción asociada al padecimiento crónico y la naturalización de las situaciones.
- Es posible que las personas mayores consulten por supuestos hechos de violencia que padecen otras personas y oculten la violencia perpetrada en el ámbito intrafamiliar o interpersonal. En estas situaciones se pueden realizar las preguntas formuladas anteriormente destinadas a detectar. Prestar atención a las respuestas evasivas cuando hace referencia al vínculo con su familia, si se

refiere a familiares o personas cuidadoras evidenciando temor o hace referencia a ellas como personas que se enojan fácilmente o que las controlan en la vida cotidiana. Brindar información tendiente a acentuar la importancia de realizar la denuncia para evitar la perpetuación de la problemática y el derecho a vivir con dignidad.

- Las mujeres víctimas de violencia por parte del cónyuge o pareja pueden tener un fuerte arraigo a los estereotipos tradicionales de género que le impiden identificar el inicio de las situaciones de violencia. Generalmente identifican el primer episodio cuando se presentaron golpes, pero la violencia comenzó mucho antes, incluso en la etapa del noviazgo.

En la consulta es necesario identificar:

- **Situaciones de emergencia (requiere acciones no planificadas):** son las que comprometen la vida, la integridad física o la libertad tanto de las personas mayores. Requiere intervención policial y judicial inmediata. Llamar al 911. Implica coordinar acciones entre organismos gubernamentales necesarios para brindar un acompañamiento efectivo.

- **Situaciones de urgencia (requiere acciones planificadas):** son situaciones que se presentan sin riesgo de vida y requieren acciones y asistencia a corto plazo. Permiten pensar estrategias y acciones para intervenir en el corto y/o mediano plazo. Implica coordinar acciones entre los recursos y políticas públicas de la Ciudad de Buenos Aires.

Los indicadores de riesgo detallados en este Manual permiten caracterizar y contextualizar las situaciones de violencia. Constituyen parámetros que posibilitan analizar el nivel de riesgo que corre una persona en términos de integridad física y psicológica y la premura o urgencia en la intervención, acompañamiento y/o derivación a organismos gubernamentales para evitar una situación de gravedad o violencia extrema. Si bien se detallan indicadores de riesgo, éstos deben ser considerados de acuerdo al territorio y contexto en que la situación se presenta, así

como la singularidad de las personas, sus características, los recursos emocionales y de afrontamiento con los que cuenta, sus redes de apoyo.

Si se detecta que la persona está en una situación de riesgo altísimo o alto a su integridad física y psicológica es fundamental:

- Manifestarle la preocupación por su integridad y ofrecer alternativas que la preserven en forma inmediata.
- Acompañarla y ayudarla en la planificación de estrategias para mejorar su red de cuidados con sus redes comunitarias.
- Ofrecer articulación para la intervención policial y judicial.
- Evaluar junto a la persona mayor si es un riesgo que vuelva a su domicilio.

El Programa Proteger cuenta con un Dispositivo de Alojamiento Protegido al que podría ingresar en forma voluntaria previa denuncia correspondiente y cumplimentando los requisitos de admisión que se detallan en el apartado de recursos.

Si la persona mayor se presenta a la guardia con lesiones y manifiesta que tuvo un accidente o una caída, es fundamental preguntar cómo se produjo la caída o el accidente para valorar si el tipo de lesiones coincide con el relato de la persona mayor.

Si se detecta que la persona está en una situación de riesgo altísimo o alto a su integridad física y psicológica es fundamental:

- Manifestarle la preocupación por su integridad y ofrecer alternativas que la preserven en forma inmediata.
- Acompañarla y ayudarla en la planificación de estrategias para mejorar su red de cuidados con sus redes comunitarias.
- Ofrecer articulación para la intervención policial y judicial.
- Evaluar junto a la persona mayor si es un riesgo que vuelva a su domicilio. El Programa Proteger cuenta con un Dispositivo de Alojamiento Protegido al que podría

ingresar en forma voluntaria previa denuncia correspondiente y cumplimentando los requisitos de admisión que se detallan en el apartado de recursos.

Si la persona mayor no se encuentra en condiciones de responder preguntas porque tiene demencia, una problemática de salud mental u otro cuadro que le impide comunicarse es fundamental en la exploración:

- Valorar las lesiones, su naturaleza, la fecha en que se produjeron y realizar un diagnóstico diferencial que posibilite descartar otros problemas de salud que puedan por ejemplo generar hematomas (trombocitopenia, leucemia, coagulopatías, mal control de anticoagulantes orales, entre otras).
- Signos de desnutrición o deshidratación, pérdida de peso sin causa médica que lo justifique.
- Presencia de úlceras por decúbito dorsal (escaras), valorar su naturaleza, evolución y cuidado).
- Falta de higiene, suciedad en la ropa.
- Marcas de ataduras y/o sujeciones.
- Deformidades que puedan sugerir fracturas ocultas o mal consolidadas.

Criterios para la valoración del riesgo

La valoración del riesgo se infiere a través del conocimiento y articulación de datos. Es decir, que se evalúan los factores que se asocian y sugieren la probabilidad de repetición del maltrato. Es necesario establecer si la situación de riesgo es estable o circunstancial, si puede ser controlada o supera las posibilidades de control. La predicción de un fenómeno futuro se hace combinando informaciones procedentes de la presencia de factores de riesgo y de protección que, en cada configuración puntual, generan una probabilidad determinada que aquel hecho suceda en el futuro y en un escenario probable. Para conceptualizar la evaluación de riesgo se la define como un ejercicio profesional de la predicción de la reincidencia de los actos violentos, maltrato, abuso psicológico, agresiones, aislamiento y control social, acoso, intimidación, humillación y amenazas sobre una persona.

Las posibilidades de riesgo aumentan cuando:

- Existe violencia física y/o sexual.
- La persona mayor naturaliza el maltrato o no puede percibir la situación de riesgo.
- Se encuentra aislada o carece de redes de apoyo social.
- Cronicidad de la violencia (padecimiento desde hace más de dos años).
- Presenta imposibilidad de pedir ayuda o hacer una denuncia.
- El victimario presenta antecedentes penales, conductas delictivas.
- Uso o acceso del victimario a armas que pueden dañar.
- Amenazas de muerte o de provocar un daño a la persona mayor o a su entorno, indicadores de riesgo de femicidio.
- Intervenciones previas médicas, policiales, judiciales por la problemática
- Presencia de más de un victimario.
- Victimario con problemática de salud mental o consumo problemático de drogas o alcohol.
- Transgresión de medidas cautelares por parte del victimario.
- Intentos de suicidio y/o homicidio en víctima o victimario.
- Problemática de salud de la persona mayor que le afecta la independencia.
- La frecuencia de los episodios de violencia es diaria, semanal, quincenal
- Presencia de lesiones graves o gravísimas.
- Privación de la libertad.
- El victimario pertenece a las fuerzas policiales o de seguridad.
- Temor explícito de la persona por su integridad física o su vida.

Tipificación. Valoración del riesgo.

- **Sin Riesgo:** No se constatan tipos de violencia.
- **Riesgo Bajo:** la intensidad de la violencia es baja, la ocurrencia de los episodios (frecuencia) es esporádica y/o no provocan daños graves.
- **Riesgo Medio:** la intensidad de la violencia es relativa, la ocurrencia de los episodios (frecuencia) es aproximadamente mensual o quincenal y/o no provocan

daños graves. Hay factores protectores tales como: tiene redes de apoyo social, ha solicitado ayuda externa, las tipologías de violencia no atentan contra la integridad física ni la vida de la persona mayor. Toda vez que se valore una situación de riesgo medio es fundamental registrar los factores protectores que dan cuenta de esa valoración.

- **Riesgo Alto:** la intensidad de la violencia es alta, la ocurrencia de los episodios (frecuencia) es semanal o diaria y/o provoca daños graves o gravísimos.
- **Riesgo Altísimo:** riesgo inminente de vida, riesgo de femicidio.

La consideración de los criterios a seguir para considerar a las consecuencias de la violencia como “daño leve, grave o gravísimo” queda sujeta al buen saber y entender de las/os especialistas que atienden los casos. De modo general, se entenderá por grave o gravísimos todos aquellos daños que ocasionen lesiones físicas que dejan secuelas, impedimentos físicos, marcas corporales y/o que acarreen consecuencias de índole psicológica que de modo manifiesto limitan la vida de las personas en cualquier ámbito en que ellas se desempeñen.

Se destaca que cada caso se trata de una situación particular, siendo que se tienen en cuenta no sólo los indicadores que se detallan sino también el estado emocional que presenta la persona afectada al momento de su consulta, y los recursos internos que evidencia para poder afrontar la situación que describe.

55

Registro en la historia clínica

El registro de las intervenciones sanitarias sobre las situaciones de violencia es una instancia constitutiva del abordaje. El mismo se debe realizar en las historias clínicas y libros de guardia. Es fundamental adjuntar un informe con las actuaciones realizadas y las articulaciones con otros Organismos y sectores, de esta manera se contribuye a evitar la superposición de acciones y la revictimización a las personas mayores, no exponiéndolas a reiterados relatos de su situación. El informe debe reflejar la interdisciplina.

La denuncia

En qué situaciones existe la obligatoriedad de denunciar por parte de los profesionales del ámbito sanitario.

La denuncia es obligatoria para quienes se desempeñan en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, tanto públicos como privados, que con motivo u ocasión de sus tareas tomen conocimiento de una situación de violencia, siempre y cuando:

- Los hechos de violencia representen delitos perseguibles de oficio.
- Cuando la persona sea adulta mayor o persona con discapacidad y se encuentre imposibilitada de accionar por sí misma.

OBLIGACION DE DENUNCIAR (ART. 177 CÓDIGO PROCESAL PENAL DE LA NACIÓN).

“Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio”

- Los funcionarios o empleados públicos que los conozcan en el ejercicio de sus funciones.
- Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión

DELITOS PERSEGUIBLES DE OFICIO:

CODIGO PENAL: ART. 71.- Sin perjuicio de las reglas de disponibilidad de la acción penal previstas en la legislación procesal, deberán iniciarse de oficio todas las acciones penales, con excepción de las siguientes:

- Las que dependiesen de instancia privada: requiere denuncia inicial y luego Ministerio Público continuará dicha investigación, en caso que la persona damnificada no prosiga la acción penal.
- Las acciones privadas: dentro de los delitos privados, podemos encontrar una amplia variedad de conductas ilícitas. Algunos ejemplos comunes calumnias, la

concurrancia desleal, la difamación, etc.).

Los delitos perseguibles de oficio son aquellos que afectan el interés general de la sociedad y el orden público, y son perseguidos por las autoridades sin necesidad de una denuncia previa. Son delitos perseguibles de oficio la práctica totalidad de los previstos en la ley penal. En los delitos perseguibles de oficio las autoridades judiciales no requieren de una denuncia por parte de la víctima para iniciar una investigación.

Solo quedan fuera de la oficialidad en su persecución los denominados delitos privados (calumnias e injurias) y los considerados como delitos semipúblicos.

Por ejemplo, las lesiones son delitos perseguibles de oficio, el abandono de persona también lo es porque trata de un delito doloso, en el que el autor tiene la intención de no ayudar a quien lo necesita, se considera que se pone en peligro la vida o la salud de otra persona cuando se la deja a su suerte o se la coloca en situación de desamparo.

En las situaciones en las que la persona mayor presente lesiones graves/gravísimas, el equipo de salud tiene la obligación de realizar la denuncia penal. Conforme los artículos 90 y 91 del Código Penal de la Nación, se entiende por lesión grave aquella que genere “una debilitación permanente de la salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro o una dificultad permanente de la palabra o si hubiere puesto en peligro la vida” de la persona. También se considerará una lesión grave a aquella que “le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes o le hubiere causado una deformación permanente del rostro”.

Por otra parte, se considerará una lesión gravísima a aquella que “produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir”.

Es conveniente que la denuncia cuente con el respaldo de las autoridades del establecimiento sanitario. Cuando no se cuente con dicho aval, debe realizarse igualmente. Es recomendable que la denuncia sea presentada por todo el equipo o

servicio y no por un solo profesional. De ser necesario se puede requerir al funcionario/a que la tome, la estricta reserva de identidad.

La Ley 24.417 de Protección contra la violencia familiar de la Ciudad de Buenos Aires expresa:

Artículo 2º.- *“Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales y educativos, públicos o privados; los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público”.*

PLAZO: En el art. 4 del Decreto 235/96, reglamentario de la Ley 24.417 “Obligación de denunciar los hechos de violencia. La obligación de denuncia a que se refiere el artículo 2º de la Ley Nº 24.417, deberá ser cumplida dentro de un plazo máximo de SETENTA Y DOS (72) horas, salvo que, consultado el programa previsto en el tercer párrafo del artículo 2º de esta reglamentación, surja que el caso se encuentra bajo atención o que, por motivos fundados a criterio del denunciante, resulte conveniente extender el plazo”.

La Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres expresa: ARTICULO 18.- *“Cuando el hecho no configure delito, las personas obligadas a hacer la denuncia deberán contar previamente con la autorización de la mujer. Al formalizar la denuncia se resguardará a la víctima”.*

Las situaciones de violencia hacia personas mayores revisten una gran complejidad, quienes intervienen pueden presentar dudas respecto de la obligación de denunciar y sobre el alcance del secreto profesional. El secreto profesional no exime de la responsabilidad de realizar la denuncia correspondiente, atendiendo a cada normativa vigente. Las personas obligadas a denunciar no deben investigar los hechos, siendo una competencia exclusiva del Poder Judicial.

En muchas situaciones, las personas no tienen claridad respecto de lo que implica

una denuncia por violencia, es por ello que el equipo de salud debe estar informado para poder orientarlas respecto a lo que implica el proceso de denuncia. En principio informarle el para qué de una denuncia, qué es lo esperable que suceda luego de realizarla y qué son las medidas de protección.

Explicarle que la denuncia civil tiene como objetivo la protección de ella a través de las medidas cautelares, que esta denuncia se puede realizar en la Oficina de Violencia Doméstica. Las medidas cautelares son:

- Ordenar la prohibición de acercamiento del presunto agresor al lugar de residencia, trabajo, estudio, esparcimiento o a los lugares de habitual concurrencia de la mujer que padece violencia.
- Ordenar al presunto agresor que cese en los actos de perturbación o intimidación que, directa o indirectamente, realice hacia la mujer.
- Ordenar la restitución inmediata de los efectos personales a la parte peticionante, si ésta se ha visto privada de los mismos;
- Prohibir al presunto agresor la compra y tenencia de armas, y ordenar el secuestro de las que estuvieren en su posesión.
- Proveer las medidas conducentes a brindar a quien padece o ejerce violencia, cuando así lo requieran, asistencia médica o psicológica, a través de los organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil con formación especializada en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.
- Ordenar medidas de seguridad en el domicilio de la mujer.
- Ordenar toda otra medida necesaria para garantizar la seguridad de la mujer que padece violencia, hacer cesar la situación de violencia y evitar la repetición de todo acto de perturbación o intimidación, agresión y maltrato del agresor hacia la mujer.
- Prohibir al presunto agresor enajenar, disponer, destruir, ocultar o trasladar bienes gananciales de la sociedad conyugal o los comunes de la pareja conviviente.
- Ordenar la exclusión de la parte agresora de la residencia común, independientemente de la titularidad de la misma.

- Decidir el reintegro al domicilio de la mujer si ésta se había retirado, previa exclusión de la vivienda del presunto agresor.
- Ordenar a la fuerza pública, el acompañamiento de la mujer que padece violencia, a su domicilio para retirar sus efectos personales.
- Disponer el inventario de los bienes gananciales de la sociedad conyugal y de los bienes propios de quien ejerce y padece violencia. En los casos de las parejas convivientes se dispondrá el inventario de los bienes de cada uno.
- Otorgar el uso exclusivo a la mujer que padece violencia, por el período que estime conveniente, del mobiliario de la casa.

Explicarle a la persona mayor que la **denuncia penal** tiene como principal objetivo la investigación del delito (como lesiones graves o gravísimas/amenazas, abandono de persona, amenazas, entre otros) y la sanción del agresor. La denuncia se puede realizar en Comisarías y/o en el Ministerio Público Fiscal de CABA , mediante las oficinas receptoras de denuncias, en los casos en que el delito tramite en la Ciudad de Buenos Aires, caso contrario en la Justicia penal Nacional.

En las situaciones en que el equipo profesional realice la denuncia es fundamental acompañarla con un informe.

Aspectos a tener en cuenta para la elaboración del informe a la Justicia

Forma parte de las buenas prácticas informarle a la persona la decisión del equipo profesional de realizar la denuncia y romper con el secreto profesional a los fines de proteger sus derechos y resguardar su integridad física y psicológica.

Es conveniente que el equipo profesional informe a las autoridades de la institución de la realización de la denuncia, pero la denuncia puede realizarse de cualquier manera aunque no cuenten con la autorización de las autoridades.

Elaborar un informe completo con los datos detallados en: **Datos a relevar cuando la persona mayor relata el padecimiento de situaciones de violencia en el contexto de la consulta.**

Es fundamental realizar la valoración integral de salud, la valoración de las lesiones si las hubiere. Consignar los datos completos. Elaborar la valoración del riesgo detallando los indicadores y todo detalle significativo que aporte a la situación.

Detallar todas las intervenciones, derivaciones y articulaciones realizadas por el equipo profesional.

Firma y sello de los profesionales intervinientes. Registrar la fecha por los plazos legales.

Detallar las estrategias de intervención realizadas en función de la situación y detallar todas las articulaciones que la situación particular amerite interinstitucionales e intersectoriales.

Deber de denunciar y el secreto profesional en casos de violencia en CABA

Ley Básica de Salud 153 en CABA, regula que toda persona en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención tiene derecho a la intimidad, a la privacidad, y a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de salud- enfermedad, como así también a la inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el/la profesional y el/la paciente en la atención e información que reciba.

Conforme ello, el Decreto local 208/2001 reglamenta en el inciso c) del artículo 4 que; los profesionales de la salud, los integrantes de equipos médicos, los colaboradores, los auxiliares, y los empleados de los centros asistenciales, deberán abstenerse de divulgar cualquier tipo de información que confiere o revelare un/a paciente, incluso la información que surja de la documentación producida con motivo de la atención de un/a paciente, sin perjuicio de las disposiciones legales vigentes en la materia.

Sin embargo, en la atención de víctimas de violencia de género bajo cualquiera de sus tipos y modalidades, rigen las previsiones del artículo 18 de la ley nacional 26485, que reza lo siguiente:

ARTICULO 18. — Denuncia. “Las personas que se desempeñen en servicios

asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la presente ley, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito”.

Esa normativa tiene concreta aplicación en CABA, ya que luego, la ley local 4203 adhirió íntegramente a su vigencia y alcance.

Dado el amplio marco normativo, los y las profesionales de la salud, cuando tomen conocimiento de hechos de violencia en contexto de género deberán denunciarlos ante las autoridades correspondientes, constituyan o no delito, sin que exista el condicionamiento del secreto profesional; al respecto, la Ley Nacional 26.485 regula el procedimiento para formular denuncias en sus artículos 19 a 40, y qué intervención tiene el/la juez, quien solicitará los informes que considere pertinente para ampliar y/o modificar las medidas cautelares que considere pertinente.

Cabe destacar que los y las profesionales de la salud tienen la obligación legal de denunciar los episodios de violencia de género ocurridos en el ámbito de CABA, sin quebrantar violación de secreto profesional alguno, conforme las normas supra mencionadas.

Así las cosas, en los supuestos de las y los funcionarios públicos, la norma resulta más amplia toda vez que, tienen el deber de formular denuncia acorde con lo establecido en el artículo 177 del Código Procesal Penal de la Nación.

“Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio”

- Los funcionarios o empleados públicos que los conozcan en el ejercicio de sus funciones.
- Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión.

El equipo profesional que radica su denuncia en el marco de hechos de violencia, realiza una conducta en cumplimiento del deber jurídico que le impone el artículo 18 de la ley nacional 26485 –adherida por ley 4203 CABA- de conformidad con lo estipulado en el inciso 4 del artículo 34 del Código Penal que describe lo siguiente: “Artículo 34.- No son punibles:... 4º. El que obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo...”.

Dado lo expuesto y siguiendo el ordenamiento jurídico el art. 4 del Decreto 235/96, reglamentario de la Ley Nacional de Protección Familiar N°24.417, Ley de Protección Integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes Ley N° 26061 y sus modificatorias centraremos el análisis en la Obligación de denunciar los hechos de violencia:

“Obligación de denunciar los hechos de violencia. La obligación de denuncia a que se refiere el artículo 2º de la Ley N° 24.417, deberá ser cumplida dentro de un plazo máximo de SETENTA Y DOS (72) horas, salvo que, consultado el programa previsto en el tercer párrafo del artículo 2º de esta reglamentación, surja que el caso se encuentra bajo atención o que, por motivos fundados a criterio del denunciante, resulte conveniente extender el plazo”.

En materia de protección integral, el equipo profesional podrá solicitar el resguardo de datos personales ante el Ministerio Público Fiscal como así también organismos como Oficina de Violencia Doméstica y Centro de Justicia de la Mujer.

Recursos

Es importante que los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), Centros médicos de Especialidades de Referencia (CEMAR), Hospitales, elaboren un recursoro donde queden plasmados los recursos orientados a la problemática conforme la Comuna correspondiente. Es necesario clasificar los contactos que se releven de manera colectiva, ya sean recursos en caso de emergencia o aquellos destinados a la orientación, tratamiento, asistencia, patrocinio jurídico y denuncia. El recursoro debe ser permanentemente actualizado y contener los recursos que integran la red, esto evitará derivaciones y desplazamientos de las personas mayores

innecesarios. Todo el personal de la institución sanitaria debe conocer y tener acceso al recursero.

Programa Proteger

• **Programa Proteger. Dirección General de Promoción de Derechos para Personas Mayores - Subsecretaría de Personas Mayores - Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat GCBA.** Prevención y asistencia de la violencia hacia las personas mayores conforme ley 5420 de Prevención y protección integral contra el abuso y maltrato a los adultos mayores (CABA).

Línea gratuita - 0800 222 4567 - Días y horarios de atención: lunes a viernes de 9 a 16 hs. *No interviene en situaciones de urgencia.*

Correo electrónico: proteger@buenosaires.gob.ar.

El Programa Proteger está conformado por tres Áreas de intervención:

1) Área de Acceso a Derechos: cuyos objetivos son por un lado favorecer el acceso al Programa a las situaciones que encuadren dentro de las tipologías establecidas en la Ley 5420 a través de los canales institucionales y por otro, brindar orientación para el acceso a diferentes recursos a las personas mayores, removiendo todas aquellas barreras que lo dificultan. Los canales de acceso al Programa están conformados por una línea de consultas telefónica gratuita y un correo institucional, a los que pueden acceder no sólo las personas mayores afectadas sino también terceros tales como familiares, personas del entorno social, representantes de Organismos Judiciales, de Salud, Sociales, organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

2) Área de Intervención en Situaciones de Violencia y Extrema Vulnerabilidad: cuya función es la intervención en situaciones de violencia hacia personas mayores de 60 años de edad, conforme las modalidades y tipologías establecidas en la Ley 5420 de Prevención y protección integral contra el abuso y maltrato a los adultos mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de un abordaje

interdisciplinario e intersectorial. Está conformado por profesionales de las disciplinas del Derecho, Trabajo Social y Psicología.

3) Dispositivo de Alojamiento Protegido (DAP): cuyos objetivos son: brindar un espacio protegido de residencia temporaria a personas mayores en situación de violencia cuya integridad física y/o psíquica se encuentre en riesgo alto/altísimo, llevar a cabo un plan de atención integral de las personas mayores alojadas que incluya la gestión y acompañamiento a consultas vinculadas a su salud y el fortalecimiento de redes familiares y/o comunitarias. Pero no sólo es un sitio donde alojar y proteger a personas mayores en riesgo, sino también y con el mismo énfasis, un lugar en el cual se trabaja sobre la problemática y se da el marco adecuado y el punto de partida para un proceso de cambio que implique una participación activa de las personas mayores en la elaboración de un nuevo proyecto de vida libre de violencias.

Sobre las competencias y alcances del Programa Proteger

65

- Las competencias del Programa Proteger se encuadran dentro de las modalidades y tipologías de violencia hacia personas mayores tipificadas en la Ley 5420 de Prevención y protección integral contra el abuso y maltrato a los adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires.
- Conforme las competencias del Programa, tiene como destinatarios a personas mayores de 60 años y más que residan dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en forma permanente o transitoria.
- El Área de intervención en situaciones de violencia del Programa se encuentra conformada por profesionales de las disciplinas del derecho, psicología y trabajo social. No cuenta con profesionales de la medicina y/o psiquiatría. No se realizan evaluaciones clínicas ni de salud mental de las personas mayores sino que se elabora un informe técnico interdisciplinario que evalúa la dinámica de los vínculos familiares, información de la situación socioambiental y de

salud, encuadre de la situación y la valoración del riesgo con indicadores, conclusiones y sugerencias.

- El Programa tiene un horario de funcionamiento, motivo por el cual no interviene en situaciones que requieran urgencia. El horario es de 9 a 16 hs.
- Para la derivación de casos se requiere de un informe de la situación, los datos personales de la persona mayor, datos del victimario si los tuviere, horario en que se pueda contactar a la persona mayor sin exponerla a riesgos, todos los datos posibles que figuran en: Datos a relevar cuando la persona mayor relata el padecimiento de situaciones de violencia en el contexto de la consulta.
- La derivación de casos al Programa Proteger no exime a los equipos del ámbito sanitario de la obligatoriedad de realizar la denuncia correspondiente conforme la normativa.

Recursero

66 • **Programa Proteger. Dirección General de Promoción de Derechos para Personas Mayores - Subsecretaría de Personas Mayores - Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat GCBA.** Prevención y asistencia de la violencia hacia las personas mayores conforme ley 5420 de Prevención y protección integral contra el abuso y maltrato a los adultos mayores (CABA)

Línea gratuita - 0800 222 4567 - . Días y horarios de atención: lunes a viernes de 9 a 16 hs. *No interviene en situaciones de urgencia.*

Correo electrónico: proteger@buenosaires.gob.ar

• **Programa Gerontológico de Salud.** (ProGeSa) dependiente de la DGATP-MS-GCABA. Es fundamental que los equipos de salud toda vez que detecten una situación de violencia hacia personas mayores informen al correo electrónico: programagerontologicoslaud@buenosaires.gob.ar

• **Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de derechos de personas mayores.** Es una instancia administrativa, un Organismo de Garantía, mediante el que se realizan reclamos administrativos a instituciones públicas y privadas ante la vulneración de derechos de personas mayores. Asesoramiento previsional. Reclamos ante Anses. TE: 4338-4900 int. 8016-8023. Horario: de 10 a 17 hs. Correo: terceraedad@defensoria.org.ar

• **Centro de Protección Integral contra las violencias hacia las personas mayores. INSSJP. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y pensionados. PAMI.** Aborda situaciones de violencia de manera interdisciplinaria con enfoque gerontológico. Grupos de ayuda mutua. Perú 1457, CABA. Horario de atención: lunes a viernes de 9 a 18 hs. TE: 011 4339-4390, Whatsapp: 11-5920-7757. Correo: generoydiversidad@pami.org.ar

• **Oficina de Violencia Doméstica. OVD. Dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación:** brinda atención de forma presencial en Lavalle 1250, CABA, todos los días, las 24 horas, los 365 días del año. Está conformado por un equipo interdisciplinario de abogados, trabajadores sociales y psicólogos, que derivan los casos según sus particularidades. La modalidad de atención permite que se adopte una decisión judicial en un plazo breve. Al momento en que el equipo interdisciplinario recibe el relato de la persona denunciante, se elabora un informe que permite evaluar el riesgo al que están expuestas las personas afectadas. Atiende a las personas que se acercan para realizar denuncias u obtener información y orientación. Recibe también casos derivados por otros organismos, como comisarías, hospitales y ONGs, entre otros.

• **Línea 144:** atención, asesoramiento y contención para situaciones de violencia por motivos de género. Atiende las 24 horas, los 365 días del año. Es anónima, gratuita y nacional.

- **Línea 911:** auxilio en situaciones de riesgo y/o emergencias. Para garantizar una mejor respuesta, se solicita que la persona que llame le indique al operador el lugar donde se encuentra lo más exacto posible, con la intersección de calles, dirección del lugar o piso donde ocurre el incidente.

- **Ministerio Público Fiscal de la Ciudad de Buenos Aires:** línea telefónica: 0800 33 347225, por correo electrónico: denuncias@fiscalias.gob.ar. Online 24 hs: <https://denuncias.fiscalias.gob.ar/>.

En forma presencial <https://linktr.ee/mpfcaba>.acceso

Bibliografía

- Brofenbrenner, Urie. La ecología del desarrollo humano. Editorial Paidós. Barcelona, Año 1987
- Convención Interamericana de Protección de los derechos humanos de las personas mayores. Año 2015.
- Crenshaw, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista de estudos feministas, 1:78-99. Año 2002
- Ferreira, G. Hombres violentos, mujeres maltratadas. Aportes a la investigación y Tratamiento de un problema social. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1992
- Hiriart, S (2024) comp. Maltrato a mayores. HB. Argentina. Año 2024.
- Ley 5420. de Prevención y Protección Integral contra el Abuso y Maltrato hacia las Personas Mayores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016
- Ley N°24.417. Ley de Protección contra la Violencia Familiar (7 de diciembre de 1994). Argentina.
- Ley N° 26.485. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (1 de abril de 2009). Argentina.
- Ley 27.700. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Convención Interamericana de Protección de los derechos humanos de las personas mayores. Jerarquía Constitucional.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27700-375740> . Año 2022.
- LOPEZ ARELLANO, Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: Divulgacao em saude para debate. N° 49:150 - 156. Río de Janeiro. Brasil. Año 2013
- OMS (2020). Maltrato de las personas mayores. Boletín 1–6. Disponible

en: <https://www.cepal.org/es/notas/maltrato-personas-mayores-america-latina>).

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington ; 2002. Capítulo 5. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf?sequence=m
- Organización Panamericana de la Salud. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores como herramienta para promover la Década del Envejecimiento Saludable. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326947>
- OPS/OMS. Atención Primaria de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- OVD. Oficina de violencia doméstica. Personas mayores afectadas por situaciones de violencia doméstica.
- <https://www.ovd.gov.ar/ovd/estadisticas/detalle/6092>. Año 2023
- Pueyo, A., Echeburúa E., Odriozola A. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. Revista Psicothema.
- Salvarezza, L. Psicogeriatría teoría y clínica, PAIDOS, Buenos Aires. Año 1988.
- TAJER, D. Género y salud. Buenos Aires. Lugar Editorial. Año 2012
- Vázquez Alejandra. Violencia hacia las personas mayores: herramientas para la detección e intervención de los equipos de salud. Rev Arg Med ;9(3):161-165. Año 2021.

