

# Intervención psicológica en un caso de maltrato al mayor en Madrid capital

## Psychological intervention in a case of elder abuse in Madrid

Alejandra Chulián Horrillo y Mónica Vicente Martínez  
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

**Resumen:** En este artículo se describe la intervención clínica en un caso de malos tratos a una persona mayor. María es una mujer mayor de 81 años que sufre malos tratos por parte de su hijo, tanto malos tratos psicológicos como negligencia en los cuidados, y se teme por parte de los servicios que deriven en malos tratos físicos. Estos comportamientos se habían agudizado a lo largo de los últimos meses, causados por el alto consumo de alcohol del responsable y sus problemas familiares. La evaluación y tratamiento de elección forman parte del Programa de Malos tratos del Ayuntamiento de Madrid y estuvieron basados en el Modelo Ecológico y el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona, con una intervención de terapia cognitivo-conductual. La intervención se llevó a cabo tanto con la víctima como con el responsable de los malos tratos, sin una periodicidad fija, sino adaptada a las necesidades de la víctima y del responsable y las incidencias del caso. Los resultados indicaron que el tratamiento fue eficaz para reducir la frecuencia, intensidad y duración de las conductas problema, medidos mediante indicadores de malos tratos.

**Palabras clave:** malos tratos a personas mayores, intervención clínica, caso único, Modelo ecológico, Modelo de atención integral centrada en la persona.

**Abstract:** This article reports a case of elder abuse. María is a 81-year-old woman who suffers from negligence in care and psychological abuse by her own son. Professionals fear that this situation may lead to physical abuse as well. These behaviors had worsened over the past few months because of her son's binge drinking and family problems. Case assessment and treatment, in the framework of the Elder Abuse Program run by the Madrid City Hall, were based on the ecological model and the person-centered care model and consisted of cognitive-behavioral therapy. The treatment was applied to both the victim and the elder abuser as no fixed regular times, but as required by the victim, the abuser, and the case incidences. The results suggested that the treatment was effective to decrease the frequency, severity, and duration of the problematic behavior, as measured by elder abuse indicators.

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al e-mail: achulian@hotmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

*Keywords:* Elder abuse, clinical intervention, treatment, single case, Bronfenbrenner Ecological Model, person centred care model.

En el dossier del que forma parte este artículo se tratan varias características relacionadas con las personas mayores y el envejecimiento; y, aunque buscamos una imagen positiva y amable de la vejez, no podemos obviar que existe una cara amarga, asociada a la vulneración de los derechos humanos de las personas mayores. Y es que el interés por los malos tratos hacia las personas mayores ha estado oculto o “silenciado” durante muchas décadas, aun cuando nos encontramos con poblaciones cada vez más envejecidas (Casique, 2012).

La vejez, aparte de ser un momento vital a la que la mayoría de nosotros aspira a llegar, es también una de las etapas de la vida en la que aparecen concepciones erróneas asociadas a estereotipos que pueden llevar a tener una imagen irreal y prejuiciosa, que la asocia irremediabilmente con la dependencia (física, económica o emocional), la enfermedad, los problemas cognitivos, la incapacidad para tomar decisiones o la soledad... Esta imagen distorsionada de la realidad, junto a factores de riesgo reales que pueden aparecer a esta edad, hacen de este grupo de población, al igual que otros grupos como los niños o los discapacitados, un grupo especialmente vulnerable ante el riesgo de sufrir malos tratos.

Es preciso recordar (aunque ya se ha tratado en otro de los artículos de esta revista) que la violencia hacia las personas mayores, al igual que hacia otros grupos de la sociedad (violencia infantil, violencia de género), puede adoptar muchas formas: física, psicológica, emocional, financiera..., puede ocurrir en todas las esferas sociales, económicas..., se puede ejercer de manera activa o pasiva (intencional o no intencional), y se puede producir en distintos contextos: familiar, instituciones y en la sociedad (discriminación por edad/Ageism) (Fortes, 2007).

En el año 2002, con la promulgación de la “Declaración de Toronto” y la presentación del documento “Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse”, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) y la Red INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse), los malos tratos hacia las personas mayores comienzan a tomar protagonismo entre los distintos organismos, profesionales y países; y en ese mismo año se desarrolla en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (ONU, 2002) donde se comprometen a eliminar las discriminaciones por motivos de edad, reconociendo la dignidad de las personas mayores y exigen la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad.

Es por ello que, debemos ser los profesionales los primeros y más interesados en conocer cómo detectar, prevenir y actuar contra los malos tratos, ya que la falta de formación y el desconocimiento acerca de las personas mayores y los malos tratos, y la falta de materiales adecuados (protocolos e instrumentos), pueden ser un factor de riesgo para reconocer situaciones de violencia contra las personas mayores, así como para el tratamiento del problema de manera episódica y no sistemática (McNamara, Rousseau y Sanders, 1992).

Madrid es una ciudad claramente envejecida, en la que el 20% de sus habitantes tiene 65 años o más, estando la gran mayoría de ellos perfectamente integrados en la sociedad, con una buena calidad de vida y recibiendo los apoyos que precisan. No obstante, existe un pequeño grupo entre ellos, en el que la suma de factores de riesgo social, psicológico y sanitario, el rechazo de las ayudas necesarias o la presencia de indicadores de malos tratos, les convierte en un grupo poblacional de extrema vulnerabilidad.

Esas y otras razones, justifica claramente su adhesión a la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, ya que una comunidad puede considerarse amigable con las personas mayores cuando entre sus objetivos, además de otros, se encuentra la protección a los más vulnerables, algo que desde el Ayuntamiento de Madrid se aborda desde diferentes ámbitos contando con programas y servicios encaminados a la detección, valoración e intervención que son los que se manejan en la denominada mesa de vulnerabilidad, órgano colegiado de decisión que recibe los casos de personas en riesgo, anualmente unos 800 casos. En dicha mesa se analizan y valoran los casos de malos tratos detectados en la ciudad de Madrid por los distintos servicios que atienden a las personas mayores, y posteriormente se derivan al Programa de malos tratos (se describe en profundidad en el documento de Serrano Garijo, 2013).

En este artículo se presenta una propuesta, a través de un caso único, para la detección y la intervención psicológica en los malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito doméstico, basada en la bibliografía científica y en la experiencia práctica llevada a cabo en el Programa de malos tratos que se desarrolla en Madrid por el Ayuntamiento de Madrid con la colaboración del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, en el seno del Programa de atención a mayores vulnerables (Martín, 2009), desde el año 2009 hasta la actualidad.

El Programa de Actuación en Malos Tratos a Personas Mayores está formado por un equipo interdisciplinar, compuesto por una trabajadora social, una enfermera y dos psicólogas, que atienden a las personas mayores víctimas de malos tratos y a los responsables de los mismos en casos que han sido derivados por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. El equipo trabaja de forma coordinada con todos los servicios y profesionales que puedan estar relacionados con la víctima y/o el responsable, creándose una red interconectada de trabajo conjunto que permite una respuesta más efectiva y eficiente en la atención de los malos tratos. Además, el Programa está basado en el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, en el que se busca, además de proteger a las personas mayores de los malos tratos, "promover las condiciones necesarias para la consecución de mejora en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva" (Rodríguez, 2013).

Como base teórica y marco conceptual explicativo, de los malos tratos hacia las personas mayores, seguiremos el Modelo Ecológico propuesto por la OMS en el "Informe Mundial sobre la violencia y la salud" (OMS, 2002). Desde dicho modelo se realiza un análisis de la interacción de diversos factores interconectados y nivelados (el primer nivel son factores individuales: biológicos, psicológicos, éticos, morales, historia de vida, etc.; el segundo nivel son los factores relacionales: la familia, los amigos, las parejas, entre otros; el tercer nivel: la comunidad, lugar de trabajo, barrio, etc.; el cuarto nivel incluye los patrones y normas culturales, los hábitos y las costumbres de una sociedad que promueven o no el desarrollo de interacciones violentas) que intervienen en el comportamiento de las personas y pueden influir en el riesgo de desarrollar interacciones violentas.

Los casos de malos tratos y, por tanto en este caso que se presenta, la modalidad terapéutica a lo largo de la intervención ha sido un tratamiento con orientación cognitivo conductual, en un medio comunitario (derivado por Servicios Sociales municipales) y con intervención de otros servicios como el Centro de atención integral al drogodependiente (CAID), Centro de Salud y Centro de Salud Mental, que por ahora ha resultado ser el tratamiento más eficaz en casos de malos tratos, tanto en el tratamiento de víctimas como de responsables, de violencia de género y en malos tratos a mayores (Chulián, 2015; Echeburúa y del Corral, 2007; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y del Corral, 2009).

Es preciso señalar que la intervención terapéutica tiene una estructura flexible, con un plan de actuación inicial basado en las razones e indicadores de malos tratos por los que se deriva el caso, pero que se va adaptando a las circunstancias, principalmente problemas de salud que se van derivando a lo largo del tiempo de intervención.

### Identificación del paciente y motivo de derivación del caso<sup>1</sup>

**VÍCTIMA:** María mujer de 81 años, viuda. En el momento en que es derivado el caso, convive con José, su único hijo (su otra hija falleció, aunque mantiene contacto con los hijos de ésta). Jubilada, dueña de kiosco de frutos secos. Tiene reconocido Grado III por Ley de Dependencia (Ley 39/2006). Padece diferentes enfermedades médicas (pólipos cancerígenos en el recto con habituales hemorragias, diabetes y ceguera), las cuales la incapacitan para las actividades de la vida diaria. Exfumadora. El nivel sociocultural de la familia es medio-bajo. Nula red social (rechaza la visita de vecinos y voluntarios de la ONCE), reducida a la relación con la familia (hijo y nietos).

**RESPONSABLE:** José, hijo de María (57 años). Es el cuidador principal de la mayor. Parado de larga duración. Separado de su esposa, con sentencia de divorcio por violencia de género, cumpliendo pena de prisión por este motivo. Tiene dos hijos, con los que mantiene contacto. Consumidor habitual de alcohol, con asistencia intermitente al CAID (Psiquiatra, psicólogo y trabajador social) y derivación a Salud Mental.

<sup>1</sup> Cumpliendo con las normas editoriales, se modifican algunos datos personales para evitar la identificación de la víctima o del responsable.

Ambos tienen tratamientos prescritos por el Centro de Salud o por el CAID en los que se incluyen diversos psicofármacos.

### Motivo de consulta

El caso es derivado por la trabajadora social de los Servicios Sociales municipales, del distrito al que pertenece, al Programa de Malos Tratos del Ayuntamiento de Madrid.

La trabajadora social que informó del caso considera que existen una serie de indicadores (gritos, insultos, dejación de los cuidados, abandono, zarandeos) que le llevan a valorar una posible situación de maltrato psicológico y negligencia en los cuidados del hijo hacia su madre.

### Historia del problema

El caso es detectado cuando la víctima acude a Servicios Sociales, demandando ayudas para la atención de los problemas que tenía para la realización de las actividades de la vida diaria. En dichas entrevistas la víctima señala los problemas familiares que tiene su hijo y el consumo habitual de alcohol. En ese momento no comparten domicilio.

Años después, su hijo se divorcia y se traslada a vivir con su madre, usuaria de los servicios de Teleasistencia (TAD) y del servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). A partir de ese momento se comienzan a recibir partes de incidencias de SAD acerca del aumento del consumo de alcohol del hijo, pero la víctima señala que quiere “cuidar de su hijo”, esperando que servicios de Atención a la Drogodependencia o el Centro de Salud le ayuden a tratar sus problemas de alcohol, aunque él no tiene conciencia del problema ni motivación para dejar de consumir alcohol, y rechaza el consejo del CAID para un ingreso en un centro y así tratar de forma intensiva su adicción.

Posteriormente se detectan varias situaciones en las que el responsable desatiende a la mayor (no la recoge tras una caída, se niega a realizarle controles de glucemia en la madrugada prescritos por su médico de cabecera, se detecta que le suministra una dosis mayor de medicación a la víctima para que permanezca más tiempo dormida). Además, reconoce que le coge pequeñas cantidades de dinero a su madre para poder costear su consumo de alcohol, gestionando sin control la pensión de ésta.

El responsable de los malos tratos verbaliza que se siente deprimido, por haberlo perdido todo (su familia, su hogar, su trabajo) y sobre todo tras su divorcio (causado por su conducta agresiva, consumo de alcohol y cocaína y su relación con una prostituta). Dice que “se levanta muy agresivo”, reconociendo que está muy nervioso y que el que su madre le despierte por la noche y no le deje dormir hace que se ponga aún más agresivo, que la insulte y que incluso haya llegado a zarandearla. Le reprocha labores como tener que cambiarla el pañal, levantarla cuando se cae o atenderla de madrugada si se siente mal. Relaciona estos actos con la sobrecarga que siente como cuidador, reduciendo así su culpa.

La víctima se lamenta de la conducta de su hijo, pero vuelve a señalar que no quiere cambiar la situación (su ingreso en una residencia o denunciar a su hijo) porque considera que debe cuidar de él, intentando ocultar los insultos, gritos o desagrazos de su hijo (los hechos que se conocen son a través de la auxiliar de ayuda a domicilio).

### Detalles de confidencialidad y consentimiento informado

Tanto la víctima como el responsable son informados de la derivación del caso al Programa y de los objetivos de la intervención, dando ambos su conformidad para permitir el acceso al domicilio y recibir llamadas telefónicas, estando ambos motivados para llevar a cabo el tratamiento.

Es preciso señalar que, siguiendo el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona, y como ya señalaban Izal y Fernández-Ballesteros en 1990, en el ejercicio de ese principio de dignidad personal, de-

beremos permitir que la persona mayor decida plena y libremente la aceptación de la intervención (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990). Para que esto suceda utilizamos las técnicas de persuasión necesarias para hacerles entender que los malos tratos suelen aumentar su frecuencia e intensidad con el tiempo, y que con su colaboración podremos intentar evitar que esto vuelva a suceder. Sin embargo, deberemos respetar su voluntad, intentando dejar puesta en marcha una red de protección para la víctima (coordinar con profesionales y servicios que atienden a la persona mayor para alertarles de la situación, contactar con familiares o personas de apoyo, etc.) (Chulián y Pérez-Rojo, 2014).

En el caso de que se detecte que podría incrementarse el riesgo para la integridad física de la víctima o que el rechazo de la víctima hacia la intervención pueda conllevar un riesgo para su vida o para terceros, se debe cerrar la intervención psicológica e iniciar los trámites judiciales que se consideren más adecuados o denunciar ante la autoridad competente, en coordinación con otros profesionales, en favor de la salud del mayor, sin necesidad de contar con su consentimiento. No obstante, siempre que las circunstancias lo permitan, se consultará a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho (Pérez, Muñoz y Ausín en Caballo, 2006).

### Estrategias de evaluación y evaluación del caso

En un caso como este, la evaluación psicológica clínica comparte interés con la evaluación psicológica forense, ya que el caso es derivado para poder intervenir terapéuticamente en la situación de malos tratos, pero, al mismo tiempo, es preciso analizar si existen repercusiones jurídicas que puedan llevar a informar del caso a la Autoridad Judicial (Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011).

En este caso, al igual que en otros casos de malos tratos, dado que en la evaluación el profesional puede encontrarse barreras que impidan o dificulten el conocimiento del caso, se lleva a cabo una evaluación multimodal, con el uso de la observación, la entrevista (víctima, responsable, otros familiares y profesionales), diversos test e informes de otros profesionales. Las entrevistas fueron semiestructuradas y flexibles, para adaptarlas a los cambios que se iban produciendo, tanto en la situación sanitaria de la mayor, como en su entorno socio-familiar.

### Primera entrevista

Al aceptar la derivación del caso se realizó una primera entrevista con la víctima y con el responsable, tanto juntos como por separado. En dicha entrevista se analizaron los indicadores por los que fue derivado el caso y se contrastó la información obtenida a partir de otros interlocutores (profesionales relacionados).

En el informe del Servicio de Ayuda a Domicilio se destacaba que las auxiliares habían llegado a escuchar cómo el responsable le grita a su madre y la insultaba diciéndole “vieja desgraciada”, “a ver si te mueres de una vez”, “muérete, estúpida” o “me tienes hasta los cojones”.

En la primera entrevista la víctima reconoce que en ocasiones su hijo no la trata bien, que está muy nervioso y le grita, pero lo justifica por el consumo de alcohol. Dice que no quiere que le pase nada, que quiere seguir viviendo con él y que su obligación es cuidar de su hijo mientras pueda. El responsable también reconoce los hechos relatados por las auxiliares de SAD, pero le quita importancia. Señala que está sobrecargado y que es muy complicado “no perder los nervios cuando te llaman a las 3 de la mañana porque se ha hecho caca”. No es empático con su madre, no reconoce los problemas de movilidad que tiene y dice que “hace lo que hace para fastidiarle”. Durante la conversación cuenta que se siente muy deprimido, que su “vida se ha hundido” tras su divorcio. Cuando están juntos apenas hacen referencia a lo ocurrido, la madre prefiere no responder a las preguntas, simulando no haberlas oído (en función del tipo de preguntas decide responder o no) y el hijo justifica sus actos, la acaricia y la besa de forma inesperada y atemporal.

En la primera visita se les explica que el objetivo de nuestra intervención no es juzgar sus conductas o las circunstancias que les han llevado a la conflictividad actual en el domicilio, sino que se les va a ayudar

a orientar su relación para que se respeten los derechos de la mayor y reciba un buen trato por parte de su hijo, así como ayudar a la víctima en una adecuada toma de decisiones y apoyarla si su deseo es continuar conviviendo con el hijo, y enseñar al responsable a valorar e interpretar de forma adecuada sus conductas para que pueda revertir la situación de los malos tratos y eliminar dichas acciones; pero, también se les comenta que, toda la información de la intervención se irá recogiendo en una historia clínica, y que, en caso de que se pusiera en riesgo la vida de la víctima o de terceros, se podría determinar la necesidad de informar a la Autoridad competente acerca de la evolución del caso (cambios en la gravedad de los malos tratos, la intensidad de los mismos), por si fuera preciso tomar medidas judiciales.

### Posteriores evaluaciones

Se mantienen entrevistas en profundidad con todos los miembros de la familia, en las que se les pregunta directamente por los indicadores de malos tratos (conductas disruptivas) detectados por los profesionales de SAD y los verbalizados por el propio responsable y la víctima. Se realiza un check-list de dichos indicadores (elaborado por las autoras de este artículo) para poder ir identificando la presencia de los mismos en diferentes momentos de la intervención y valorar el éxito o no de la misma.

En una ocasión, se recibe la llamada de la coordinadora de SAD comentando una incidencia en el domicilio que había presenciado la auxiliar. Fue testigo de cómo, en un ataque de ira del responsable, que se inició cuando volvió del bar y encontró a su madre en la cama llena de heces porque no le había cambiado el pañal a tiempo, le lanzaba una silla a su madre que llegó a golpearla en el pie. Se les pregunta a ambos, víctima y responsable, por este hecho, pero la víctima guarda silencio y el responsable reconoce los hechos, aunque minimiza la importancia de éstos, diciendo que él nunca ha llegado a maltratar a su madre.

El hijo del responsable, nieto de la víctima, también ha sido entrevistado, así como el sobrino del responsable. Las entrevistas con el hijo han resultado ser pasivas, sin aportar apenas información, ya que, según refiere, “está muy cansado de todo y prefiere no meterse”, dice que él “le aconseja a su padre que se ponga en tratamiento y mantenga la calma”. No hace referencia a los cuidados de su abuela y se detecta que apenas se implica en el apoyo a los cuidados de ésta, ya que “está empezando una nueva vida y no tiene tiempo”. El otro nieto de la víctima, hijo de la hija fallecida, se ha mostrado más beligerante con su tío en la entrevista mantenida en el domicilio. Se enfrenta a él delante de las profesionales, pero para reprocharle el interés económico de vivir con su abuela (la propiedad del piso y el uso de la pensión), sin entrar a determinar si su abuela está siendo bien cuidada ni se compromete a apoyar a su tío en dichos cuidados.

También se solicita la valoración por parte del Centro de salud, que informa de su preocupación por el estado de salud de la víctima (señalaron en su informe que la víctima presentaba problemas derivados de una inadecuada administración de fármacos, comenzaba a tener problemas de movilidad y retención de líquidos por no realizar desplazamientos dentro del domicilio, y se comenzaban a detectar pequeñas rojeces que podían derivar en úlceras, por una inadecuada higiene y atención en el cambio de pañal), y de la adicción al alcohol del responsable que habían provocado que tuviera otros problemas de salud de diversa importancia.

Los profesionales del CAID también aportan información acerca del tratamiento seguido por el responsable, e indican que es bastante irregular, tanto para acudir a las citas como para seguir las indicaciones del psicólogo o del psiquiatra. Le ofrecen ingresar en un Centro de desintoxicación del consumo de alcohol, pero tarda en tomar la decisión, ya que, además de aceptar su ingreso, su madre tendría que aceptar su propio ingreso en una residencia temporal, para garantizar sus cuidados.

En las entrevistas realizadas se le ofrecen a la víctima diferentes alternativas para afrontar la situación, pero rechaza rotundamente desde un principio trasladarse a una residencia o presentar una denuncia, ya que no quiere abandonar su domicilio y, como nos ha comentado, “a pesar de lo que ocurre en casa, prefiero vivir aquí con mi hijo, ambos nos entendemos”.

El responsable tiene altibajos durante las entrevistas, diciendo que en ocasiones siente que vive en “una



olla a presión”, y es lo que le lleva a ser agresivo con su madre, “aunque ella no tiene culpa de nada”. Dice “me da miedo ingresar en un centro de desintoxicación y que le pase algo a mi madre mientras estoy allí”.

### Entrevista Post-enfermedad grave de la víctima

En un momento de la intervención, en la que el responsable acepta ingresar en un centro y la víctima en una residencia temporal donde poder ser cuidada, el estado de salud de la víctima empeora notablemente por una hemorragia grave, obligando a su ingreso en el hospital.

A raíz de este cambio en la salud de la víctima, que obliga a interrumpir las entrevistas y la intervención con la víctima, aunque no con el responsable con el que se mantiene contacto telefónico habitual, se produce un cambio en la actitud de ambos, siendo la víctima más demandante del apoyo y acompañamiento de su hijo, y él rechaza cualquier traslado por no saber el tiempo de vida que le resta a su madre y sentirse en “la obligación de cuidarla”.

En las posteriores entrevistas la víctima se muestra más hermética, diciendo que no quiere hablar más porque “le queda poco tiempo de vida y quiere estar con su hijo”, y el responsable decide continuar el tratamiento de su adicción pero de forma más pausada porque toda la situación le provocaba mucha ansiedad y el alcohol le “calma los nervios” (reduce su ansiedad). Dice que desde ese momento ha entendido que su obligación es estar con su madre, cueste lo que cueste, hasta el día de su muerte (no hace referencia a que los cuidados que su madre va a necesitar a partir de ese momento serán mucho más intensos y complicados).

### Entrevistas de seguimiento

Una vez que las pautas se han establecido y se han ido consiguiendo los objetivos, se mantienen entrevistas de seguimiento para valorar la motivación al cambio del responsable y el mantenimiento de las conductas, principalmente ante posibles cambios en la situación sanitaria de la madre.

### Observación

La observación puede considerarse la más próxima al fenómeno “real”, la más directa y libre de error (Montorio e Izal, 2000). La observación sistemática se caracteriza por centrarse en conductas externas y proporciona una cuantificación precisa del nivel de conducta antes y después de la intervención (de la Puente, Labrador y García en Labrador, Cruzado y Muñoz, 2002). La observación de los indicadores va a permitirnos obtener una descripción detallada del tipo y amplitud de los malos tratos, de su severidad, la frecuencia de los mismos (Moya y Barbero, 2006) y la intencionalidad del responsable en hacer daño a la víctima.

La observación es una técnica esencial en este tipo de casos, dado que la valoración e intervención se realiza en el ambiente natural, la víctima no puede desplazarse, y se pueden registrar con mayor claridad y exactitud las conductas problema y establecer una línea base.

Se ha empleado un registro completado por las psicólogas para conocer los indicadores de malos tratos o tipos de conductas problema, la frecuencia (Diario (5)-Nunca (0)), la intensidad (0 es el mínimo y 5 es el máximo), la duración, y la respuesta de la víctima ante la conducta problema y del responsable.

Una vez realizado dicho registro, seguimos el Modelo de Johnson (Bazo, 2001) que determina cuatro ámbitos de daño potencial creciente y definirá nuestra capacidad de actuación, si se encuentra en los ámbitos bajo y medio, o la necesidad de derivación en los casos pertenecientes al ámbito de daño alto.

- Casos de malos tratos leve (un solo tipo de maltrato y de intensidad, frecuencia y gravedad baja): pueden ser resueltos a través del protocolo de actuación propuesto.
- Casos de malos tratos moderado (varios tipos de maltrato, pero con intensidad, frecuencia o gravedad baja o un tipo de maltrato de intensidad, gravedad y frecuencia alta) : pueden ser resueltos a través del protocolo

de actuación propuesto. La intervención será en colaboración con Servicios Sociales a quien se le notificarán en todo momento las actuaciones realizadas.

- Casos de malos tratos grave (varios tipos de maltrato de intensidad, frecuencia y gravedad alta): se notificará de modo verbal y por escrito a Servicios Sociales la situación detectada y a las instituciones que se considere oportuno en función del tipo de maltrato (Policía, Fiscalía, etc.), adjuntando todos los informes técnicos pertinentes, a la vez que se desarrolla el protocolo de actuación.
- Casos urgentes (existe riesgo para la integridad física de la víctima): se notificará verbalmente y por escrito, de manera inmediata a Servicios Sociales, Autoridad Judicial o Ministerio Fiscal. Asimismo se tomarán las medidas oportunas para garantizar la protección del mayor.

## Cuestionarios

Para la **valoración de los malos tratos**:

- Índice de sospecha de maltrato hacia personas mayores (EASI) (Yaffe, Weiss y Lithwick, 2012).
- Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (EDMA) (Touza, Segura, Prado, Ballester y March, 2009).
- Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CANE) (Adaptación española: Jiménez, Moreno, Rodríguez y Torres, 1995).

Para la **valoración de la víctima**:

1. Cumplimentación de la historia clínica que recogía la valoración geriátrica integral del mayor, con el fin de conocer el estado bio-psico-social de los mayores, incluyendo las situaciones actuales y potenciales riesgos (Moya y Barbero, 2006).
2. Salud autopercebida mediante una escala de estimación con 5 opciones de respuesta (muy buena, buena, regular, mala y muy mala).
3. Cuestionario Mini-Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo y Ezquerro, 1979).
4. Escala Geriátrica de Depresión de Yessavage (Aguado et al., 2000).
5. Subescala de ansiedad de Goldberg (Monton et al., 1993).

Para la **valoración del responsable**:

1. Recogida de información por informes médicos sobre su estado de salud física y mental (hábitos de salud, consumo de sustancias, estado anímico).
2. Salud autopercebida del responsable mediante una escala de estimación con 5 opciones de respuesta (muy buena, buena, regular, mala y muy mala).
3. Nivel de estrés expresado mediante una escala de estimación con 5 opciones de respuesta (mucho, bastante, regular, poco y nada).
4. Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit, 1980; se utiliza la adaptación española de Martín et al., 1996).
5. Intencionalidad (Valorar si el cuidador tiene la intención o no de causar daño).
6. Recursos (Comprobar los recursos con los que cuenta la persona).
7. Aspectos de la dinámica familiar (Relaciones familiares, actuales y pasadas).

## Análisis funcional

Una vez realizada la valoración del caso y la evaluación de todas las personas relacionadas con el mismo, el análisis funcional permitirá dar una explicación de la ocurrencia de los malos tratos, plantear un plan de actuación que pueda ser acorde y consensuado con el resto de compañeras del equipo del Programa de malos tratos y poner en marcha, desde otros dispositivos, acciones de prevención y actuación para evitar la continuidad de dichos malos tratos.

Explicaremos mediante el análisis funcional (a partir de ahora AF) las diferentes conductas problema que han dado paso a la aparición de la situación de malos tratos y a su mantenimiento, determinado por las características de la víctima y del responsable, así como por los reforzadores.



A partir de los datos obtenidos de todos los métodos de evaluación se diseña el AF del problema en general, en este caso la intervención está centrada en eliminar los “malos tratos en la unidad familiar”, que sería la Conducta Problema Principal, y los siguientes serían diferentes conductas problemas asociados e intrínsecos al AF principal.

Las variables relacionadas con la historia de vida de ambos, víctima y responsable, por separado y juntos, influyen como factores predisponentes a la conducta problema de “malos tratos en la unidad familiar”. Algunas de éstas, referentes al responsable, son la percepción normalizada del consumo de alcohol, su historia personal con su ex pareja, con violencia de género y los sentimientos de culpa asociados, y la “obligación” de tener que vivir con su madre, al tener problemas económicos que hacen que dependa de la pensión de ella, junto a una serie de estímulos antecedentes o desencadenantes de la conducta, tales como ser el único cuidador con la obligación de realizar acciones que le resultan “repugnantes”, las demandas de cuidado de su madre en momentos en los que él está ebrio o durmiendo con “resaca”, la presión social de familiares, de amigos y de profesionales para que cuide adecuadamente a su madre, o las verbalizaciones de su madre que se culpa por lo que sufre su hijo con sus cuidados (él se pone muy nervioso cuando escucha a su madre lamentarse por tener que ser cuidada y por los esfuerzos que él tiene que realizar).

Por parte de la víctima, la discapacidad física (ceguera y problemas para desplazarse, y posterior pérdida de control de esfínteres) que la convierte en más vulnerable ante las reacciones del hijo y que la han hecho dependiente de los cuidados de éste, la preocupación constante por la conducta del hijo que le llevan a ejercer una fuerte sobreprotección y ocultamiento, para evitar informar a los profesionales que intervienen con ellos y pueda derivar en una denuncia o su ingreso en prisión, y control sobre la conducta de éste para evitar que corra algún peligro o se relacione con personas que considere que son inadecuadas para él. En relación a ambos, existe una fuerte sinergia de control y dependencia hacia ellos mismos, que les provoca sentimientos de culpabilidad y malestar, que tienen consecuencias diferentes en las reacciones de víctima y responsable. Él se revela ante esta situación, utiliza el alcohol como vía de escape, lo que reduce su ansiedad a corto plazo y le permite estar fuera del domicilio, pero a la vuelta reacciona de forma negativa hacia los cuidados que precisa su madre, mostrando ira y descontrol (insultos, vejaciones, gritos, intimidaciones); ella prefiere refugiarse en su discapacidad física y aislamiento social, intentando no solicitar ayuda a su hijo para evitar sus reacciones, con autocastigo y una concepción negativa de sí misma (piensa que no vale para nada, que es mejor morir) que le llevan a un estado de desesperanza/indefensión, anulando su capacidad de decisión y de acción a la hora de abordar la situación de maltrato.

- **Conducta problema 1: “Pérdida de control de impulsos/ ira del hijo”.** Análisis Topográfico; nivel cognitivo: “me provoca, podría andar y no quiere” “me da asco limpiarla”, “culpabilizo a mi madre de lo que sucede”/nivel fisiológico: “latido fuerte del corazón”, “calor, sudor, sensación de falta de aire”/nivel motor: “gritar, insultar..” “zarandeos” “golpes en muebles, portazos”.
- **Conducta problema 2: “Consumo de alcohol del hijo”.** Análisis Topográfico; nivel cognitivo: “lo necesito” “no aguanto esta situación, el alcohol me ayuda a evadirme”, “por tomar unas cervezas todos los días no soy alcohólico” “puedo parar cuando quiera”/nivel fisiológico: “temblores, sudoración; síndrome de abstinencia”/ nivel motor: “consumo de alcohol”.
- **Conducta problema 3: “Sobreprotección; minimización del consumo de alcohol por parte de la mayor”.** Análisis Topográfico; nivel cognitivo: “bebe por mi culpa”, “estoy obligada a cuidarle porque soy su madre” “me necesita en casa, aquí puedo curarle”/ nivel fisiológico: “dolores de cabeza, estómago, sensaciones físicas de ansiedad”/nivel motor: “pendiente de su hijo en todo momento”, “controla donde está, le llama por teléfono si se ausenta más de lo normal”.
- **Conducta problema 4: “bajo estado de ánimo de la mayor”.** Análisis Topográfico; nivel cognitivo: “mi hijo está enfermo por mi culpa, no se ayudarle” “mi hijo bebe porque soy un estorbo, tiene que cuidarme, soy una vieja”/nivel fisiológico: “dolor cabeza y estómago”/nivel motor: “no quiere salir de casa”, “no se relaciona con nadie”, “pasa la mayor parte del día callada”, “alteraciones del sueño”.

## Tratamiento

Por todo lo expuesto anteriormente, y antes de iniciar la intervención psicológica, es preciso señalar que se han tenido en cuenta las siguientes cuestiones (Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, 2006): Se estima que el riesgo de la situación y urgencia de la intervención, permiten la intervención psicológica, y no resulta necesaria una intervención más urgente; se realiza la intervención tanto con la víctima como con el responsable; se analiza y tiene en cuenta el interés de ambos por colaborar en la intervención; se determina que la capacidad cognitiva de la víctima es adecuada para entender la situación y tomar decisiones; y se realiza una intervención interprofesional con un enfoque bio-psico-social (aunque aquí se explica con más detalle la intervención psicológica).

Antes de iniciar cualquier tipo de intervención en malos tratos a mayores, ya sea desde el ámbito psicológico o desde otras esferas (judicial, social, sanitaria...) es importante garantizar que se van a proteger los derechos fundamentales y respetar intereses de las personas mayores (Tabueña, 2006). 1. Derecho a no sufrir malos tratos, y a estar protegida ante ellos. 2. Derecho a estar informada de todos los pasos que se llevarán a cabo para intervenir en los malos tratos. 3. Derecho a la autodeterminación. Deberemos respetar sus decisiones ante los malos tratos, eso sí, siempre que sus decisiones no pongan en peligro su integridad física o psicológica o vulneren los derechos de una tercera persona.

Para la realización del tratamiento se han seguido las indicaciones de diferentes manuales y protocolos existentes hasta la fecha sobre la prevención, valoración e intervención en malos tratos a personas mayores y violencia doméstica, tanto con la víctima, como también con el responsable (AGEA, 2007; Arinero, 2006; Echeburúa, 2004; Echeburúa y del Corral, 1998; Edmonton, 2011; 2002; Moya y Barbero, 2006; Pérez Rojo y Chulián, 2013; Phelan, Fealy, Downes y Donnelly, 2014; SWREAN, 2011; Tomita y Quinn, 1997).

El tratamiento se lleva a cabo a lo largo de 16 sesiones y continúa actualmente en fase de seguimiento. Dichas sesiones, han ido variando en frecuencia e intensidad, en función de las necesidades detectadas y de los problemas de salud de la víctima, que obligan en un determinado momento a realizar un reajuste del plan de actuación, dado que su dependencia física aumenta, así como los sentimientos de culpa del responsable, rememorando los últimos días que pasó con su padre cuidándolo en el hospital tras años sin hablarse.

### Primera sesión

Además de ser la visita en la que se presenta al equipo del Programa de malos tratos y se les propone la intervención, se establece el vínculo terapéutico con la víctima y el responsable (la intervención no ha sido solicitada por ellos, pero sí debe ser aceptada) y se sientan las bases de la intervención posterior. Para ello, uno de los objetivos principales ha sido fomentar la expresión emocional tanto de la víctima como del responsable acerca de la detección de malos tratos, y dar soporte emocional y apoyo a ambos, sobre todo en casos como éste en el que la negligencia en los cuidados no tiene carácter intencional, para evitar efectos emocionales que pudiesen afectar a la conducta del responsable de forma negativa (por ejemplo claudicación en los cuidados o aumento del consumo de alcohol) o la aparición de algún problema emocional o psicológico (por ejemplo depresión).

Se acuerdan los siguientes objetivos iniciales junto a víctima y responsable:

- Víctima: reconocer que su hijo tiene un problema de consumo de alcohol (antes no lo había verbalizado) y expresar diferentes emociones de soledad, culpa, etc.
- Responsable: admitir su problema de consumo de alcohol, reconocer los malos tratos psicológicos y descubrir los efectos de la negligencia de sus cuidados en la salud de su madre. Detectar los sentimientos de frustración, culpa por no cuidarla tan bien como debiera, sobrecarga física y emocional y repulsión en tareas de cuidado

Se recuerdan los derechos y deberes convivenciales, para que ambos entiendan cuando la situación familiar se vuelve problemática, y las consecuencias y el desenlace judicial que puede tener la continuidad o agravamiento de los malos tratos.

## Fase inicial (4 sesiones)

Posteriormente, tanto por separado como de forma conjunta, se analizan los problemas que han influido en las reacciones del responsable y se planifican acciones, como el ingreso en un centro de desintoxicación y el ingreso temporal de la madre en una residencia. Se buscan alternativas, como la búsqueda por parte de la trabajadora social del equipo del Programa, de voluntarios o la asistencia a un Centro de día, que resulta inviable por los problemas de accesibilidad de la vivienda, la mejora de las condiciones de la vivienda y el apoyo con ayudas técnicas como una cama articulada o una grúa que finalmente rechaza por falta de espacio; y se apoya la toma de decisiones, que conlleva la continuidad de la convivencia de ambos y los cuidados realizados en exclusiva por el hijo, pero con las indicaciones y directrices de la enfermera del equipo del Programa y la supervisión de los profesionales del Centro de salud.

## 2ª Fase: Intervención (10 sesiones)

Dirigida a la mejora del estado de ánimo de la víctima, buscar agentes facilitadores para reducir el consumo de alcohol del responsable y reducir su ansiedad y estrés de ambos. Conseguir romper las contingencias que mantienen la conducta de malos tratos del hijo hacia su madre.

Se trabaja la reducción del estrés y la ansiedad que le generan al responsable los cuidados de su madre, con técnicas de entrenamiento en relajación y respiración, y el apoyo del psiquiatra del CAID que controla la medicación y le prescribe ansiolíticos, además de supervisar los hábitos de sueño y alimentación del responsable, con el fin de establecer pautas que permitan el alivio físico, para disminuir la tensión. También se potencian las relaciones sociales y la promoción de actividades sociales, como visitar o recibir la visita de hijos o amigos.

Se realiza formación y entrenamiento al responsable ante las conductas de un mayor dependiente físicamente y con problemas emocionales, que un cuidador no entrenado puede malinterpretar como intencionales (por ejemplo cuando la madre se niega a levantarse de la cama, cuando no quiere hablar con él, cuando llora o está muy pendiente de lo que hace su hijo) y las estrategias a seguir ante la aparición de conductas que puedan alterar la convivencia (como motivar a su madre, expresiones de afecto y cariño hacia la mayor, trabajar la empatía).

Con la víctima también se trabaja la ansiedad que le genera quedarse sola y la rumiación del pensamiento, ya que esto provoca, además de malestar en la víctima, una reacción posterior de rechazo y agresividad en el hijo. Se la ayuda, con reestructuración cognitiva, a canalizar los sentimientos de vergüenza por las reacciones de su hijo, la culpabilidad que siente por el esfuerzo que él realizaba por atenderla y su aflicción por el aumento en su discapacidad y la disminución de su autonomía, no sólo física sino también para dirigir y gobernar su vida.

Establecemos un vínculo terapéutico de confianza con la víctima, en el que ella no se siente juzgada por los profesionales y conseguimos que pueda desahogarse emocionalmente con nosotras, contándonos gran parte de su historia de vida, sin sentirse culpable o avergonzada. Nos relata situaciones de violencia de género vividas con su marido ya fallecido, mostrando alta tolerancia a las manifestaciones violentas y de maltrato de cualquier tipo hacia la mujer en el domicilio. Considera que cierto tipo de violencia es “aceptable”, es decir, para ella está normalizado y aceptado cultural y socialmente.

Se abordan las barreras relacionadas con los sentimientos de culpa de la víctima por precisar los cuidados de su hijo (al sentirse como un “problema” para su hijo) y del responsable cuando era consciente de las conductas negativas que había cometido, los temores a las consecuencias de dar a conocer lo que ocurría en el domicilio o la presencia de pensamientos distorsionados como entender que la madre esperaba a ir al baño cuando el responsable iba a salir para entorpecerle y hacerle perder tiempo. Se ayuda a la víctima a practicar el distanciamiento cognitivo ante hábitos no saludables del responsable (como por ejemplo rumiación del pensamiento ante la tardanza del responsable en llegar al domicilio, temiendo que pueda estar consumiendo o relacionándose con amistades que ella considera poco adecuadas), y se la entrena en la petición de ayuda al Servicio de Teleasistencia, que tiene activada una alerta ante la posibilidad de que el hijo se altere al escuchar el dispositivo estando en estado de embriaguez, realizando ensayos mediante modelaje de situaciones de riesgo para dar las respuestas más adecuadas y positivas en función de la situación.

Se utiliza la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999) con el responsable trabajando el “darse cuenta” (malos tratos, consumo de sustancias tóxicas, búsqueda de trabajo, necesidad de ayuda...), trabajando los pensamientos facilitadores del hijo y determinadas excusas que utiliza para justificar su consumo de alcohol: “no pasa nada por tomar unas cervezas”, “puedo parar cuando quiera”(minimiza el problema). Y, por otro lado, ahondando más en la conducta de malos tratos hacia su madre, cuando ya es consciente de dicha situación, valoramos con él qué entiende por malos tratos, gravedad e intensidad y motivos por los que se justifica, pudiendo abordar el posible aprendizaje observacional o vicario durante su historia de vida con su madre y su padre, al observar desde niño cómo éste ejercía violencia de género hacia su madre, la aceptación (interpretación que realiza él) de los malos tratos por parte de su madre y la influencia que tenía en la vida familiar, reconociendo que existía mala relación con su padre por esta situación de maltrato hacia su madre.

Se observa cierta tolerancia a la violencia de género, maltrato en el hogar desde un inicio, tanto por parte de la víctima como por la del responsable, tema que debe ser abordado en diferentes sesiones.

Se ayuda a la víctima a entender los riesgos de las situaciones a las que se enfrenta en la convivencia con su hijo, y se trabaja con ella su tendencia a la minimización, ocultación de los hechos y la tolerancia que se genera en las situaciones de maltrato, causado principalmente por la necesidad “como madre” de cuidar y proteger a su hijo. Trabajamos la eliminación de ideas irracionales o erróneas relacionadas con la creencia de poder de “sanar” a un hijo alcohólico en casa.

### 3ª Fase: Seguimiento y prevención de recaídas (sesión 15, 16 y actualmente)

Tras el ingreso por urgencia de su madre y el empeoramiento en la salud de la víctima (encamada, numerosos ingresos hospitalarios posteriores), su hijo decide no ingresar en un centro de desintoxicación, ya que su madre está muy enferma y se niega a dejarla sola. Su madre también se niega a ingresar en una residencia y verbaliza “querer morir en casa junto a su hijo”.

El tratamiento se orienta entonces en ayudar a la víctima a superar el trauma o sufrimiento psicológico provocado por el empeoramiento de su salud, dado que implica una mayor dependencia de los cuidados dados por su hijo, en el que deposita toda su confianza y afecto. En este momento, el trabajo con el hijo, se ha centrado en trabajar la empatía para entender cómo se siente su madre y cuáles son las nuevas necesidades, no sólo de cuidados físicos, sino también emocionales, y se generan nuevos sentimientos, los cuales se han ido trabajando, como la culpa o el remordimiento ante un posible y cercano fallecimiento de su madre.

Se fomenta y mejora la autoestima de la víctima, normalizando muchas de las situaciones que habían mermaado su autoestima (como la pérdida del control de esfínteres), fomentando la conversación acerca de su historia de vida, dando valor a sus éxitos, y buscando alternativas que pueden mejorar su calidad de vida (atención de un podólogo a domicilio, peluquera o una cama articulada).

### Factores relacionados con el terapeuta

El caso ha sido tratado por las cuatro miembros del equipo, las dos psicólogas, la enfermera y la trabajadora social, alternando las visitas en función de los objetivos planteados en cada una de ellas.

La relación terapéutica tanto con la víctima como con el responsable se ha iniciado y mantenido por las dos psicólogas generales sanitarias, con formación en malos tratos y personas mayores, desde el inicio de la intervención hasta el cierre del caso. La alianza terapéutica es un requisito indispensable en los casos de malos tratos, y sobre todo en casos de malos tratos a mayores, para la actuación con la víctima y con el responsable, en la que exista una aceptación de objetivos de intervención por ambos, ya que será un paso más a la hora de intentar resolver la situación.

En casos de malos tratos a personas mayores es preciso poner en marcha estrategias como la empatía con la víctima, y también con el responsable y la situación. Ello no implica que el profesional deba aceptar y estar de acuerdo con la situación de malos tratos, sino ser capaz de ponerse en su lugar para poder entender lo que

sucede en la relación víctima-responsable-entorno y poner en marcha las acciones necesarias para modificar la situación de malos tratos, evitando los juicios de valor y reorientar la situación y conseguir que la persona mayor reciba un buen trato por parte de las personas que le rodean. Otras estrategias que ayudan a la intervención tanto con la víctima como con el responsable son el tacto al tratar los temas, la escucha activa y silencio empático y el tiempo (no se establece un límite de tiempo para la atención, a priori, sino que, en función de cómo se desarrolle la sesión, ésta puede tener una duración variable, adaptada a los posibles problemas que puedan surgir durante la intervención (enfrentamientos, ansiedad del responsable, etc.) y que deben ser resueltos antes de abandonar el domicilio para dejar a la víctima en un entorno emocionalmente seguro).

## Resultados

A partir de la primera visita, y tras las primeras entrevistas con todos los profesionales en las que se pudo establecer un plan de trabajo común, comienzan a detectarse los primeros cambios (véase la Figura 1). Estos muestran que, dado que el consumo de alcohol del responsable ha ido disminuyendo, su conducta disruptiva en casa comienza a presentar sus primeros resultados, principalmente en la disminución de conductas o indicadores de malos tratos psicológicos, tanto en frecuencia como en intensidad. El refuerzo y el apoyo de todos los profesionales, la formación e información acerca de cómo deben darse unos cuidados adecuados también han influido en el desarrollo positivo de las conductas de cuidado, viéndose reducida la negligencia en los cuidados. En este sentido, el empoderamiento a la víctima, desculpabilizándola de sus necesidades, y el entrenamiento ante la respuesta más adecuada ante las conductas disruptivas de su hijo, fueron también beneficiosas para la mejora de la convivencia (véase la Figura 2).

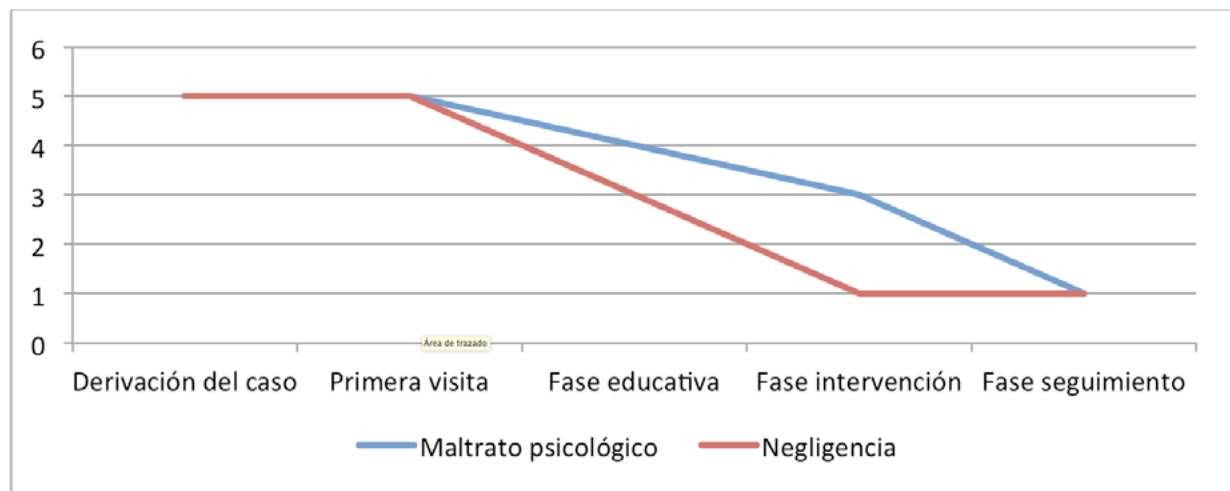


Figura 1. Evolución de la frecuencia de los indicadores de malos tratos (Diarios, Frecuentes, Ocasionales, Casi nunca o Nunca).

Las siguientes semanas disminuyen las conductas disruptivas y comienzan a darse los cambios. Disminuyen algunas conductas problema, pero aún así continúan siendo frecuentes (véase la Figura 2).

Los resultados del Índice de sospecha de maltrato hacia personas mayores (EASI) siguen arrojando una respuesta positiva, que es la de la pregunta que señala el profesional que atiende a la víctima. Es cierto que, en la primera entrevista la mayor no quiso responder a las preguntas del cuestionario, por lo que sólo se cuenta con la valoración del profesional evaluador, pero, posteriormente reconoce los hechos, por lo que habríamos obtenido una puntuación positiva en al menos dos preguntas más del cuestionario.

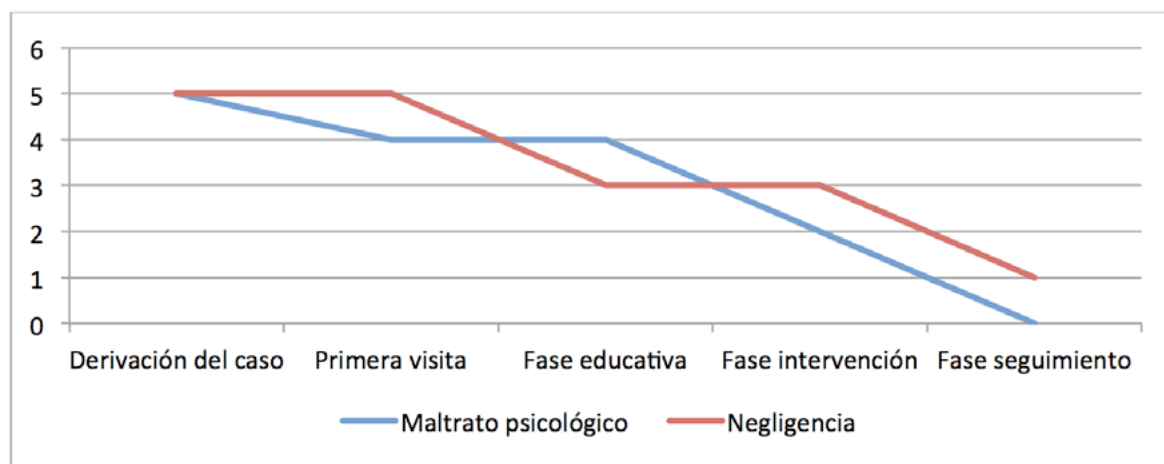


Figura 2. Evolución de la gravedad-intensidad (0 es el mínimo y 5 es el máximo).

En cuanto, a la Escala de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes en personas mayores (EDMA), en la que se realiza un registro observacional de los malos tratos, encontramos que las afirmaciones que se relacionan con los ítems de las escalas, contienen información acerca de los malos tratos psicológicos y los relacionados con la negligencia en los cuidados y son los que tienen más peso en la situación de malos tratos. La prueba ha servido para reafirmar la información que se había obtenido por la observación y los informes de los profesionales.

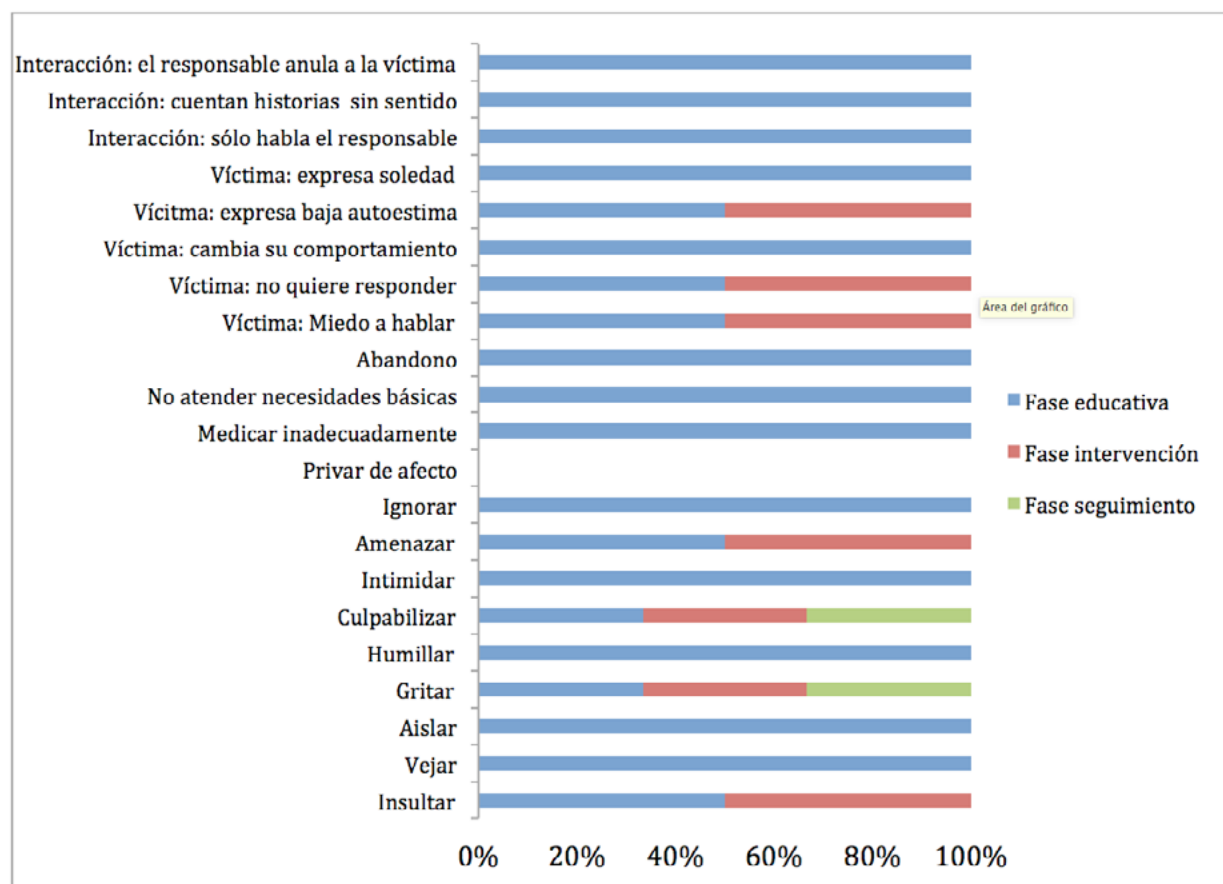


Figura 3. Frecuencia de cambios en las conductas.



La Figura 3 recogen la frecuencia de aparición de algunas de las conductas disruptivas, consideradas como malos tratos psicológicos y negligencia que se recogieron a través del registro de indicadores (check list elaborado por las autoras de este artículo). Privar de afecto es el único indicador que no estaba presente de los iniciales propuestos para la evaluación. En la fase de seguimiento aún estaban presentes dos indicadores (gritar y culpabilizar), relacionados con la falta de control de la ira del responsable y su malestar por sus problemas con el alcohol, la falta de trabajo y sus reducidas relaciones sociales.

distorsionando la realidad con respecto al es y no para hacerle daño, problemas con el alcohol, la falta de trabajo y sus reducida

El análisis del Cuestionario de Necesidades (CANE) en la Figura 4, nos permite valorar cuáles han sido las principales necesidades detectadas y cómo la intervención produce un cambio en dichas necesidades, reduciéndose en algunas de ellas el riesgo grave de necesidades no cubiertas (2) a ningún riesgo (0). En el gráfico sólo se muestran las necesidades aún latentes en la fase de seguimiento.

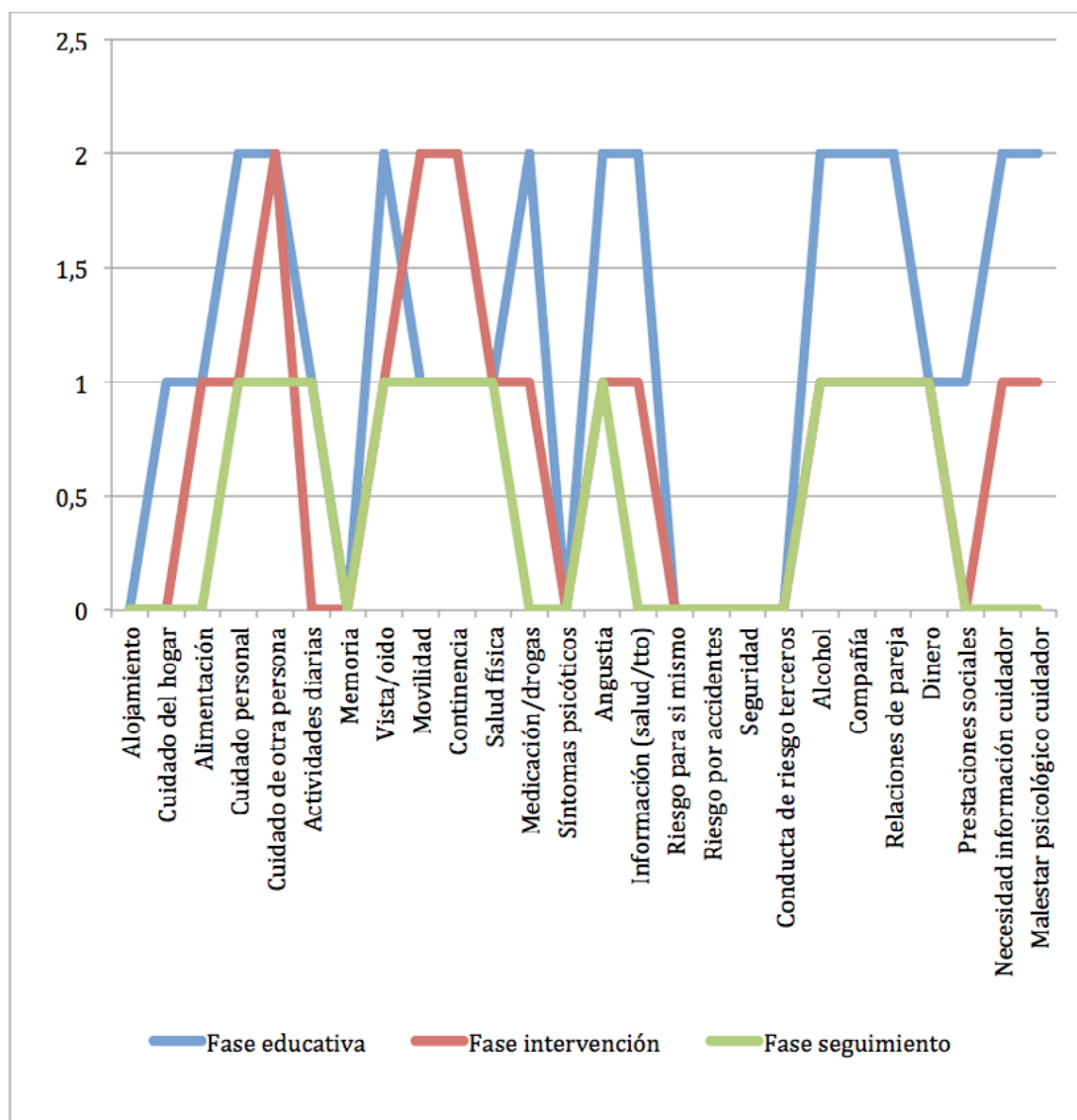


Figura 4. Resultados de prueba CANE para la detección de necesidades.

**Tabla 1. Evaluación pretest-postest (por cuestionarios)**

	VÍCTIMA			RESPONSABLE	
	Pre	Post		Pre	Post
Salud autopercebida	Mal	Mal	Salud autopercebida	Muy mal	Regular
MEC víctima	28	26	Estrés expresado	Muy alto	Medio
GDS víctima	Puntuación 10: indica depresión establecida	Puntuación 11: indica depresión establecida.	Zarit	Puntuación: 63. Sobrecarga intensa.	Puntuación: 50. Sobrecarga leve.
Subescala de ansiedad de Goldberg	Puntuación total ansiedad: 7 Existe malestar psíquico.	Puntuación total ansiedad: 6 Continúa existiendo malestar psíquico.	Consumo sustancias	Consumo diario	Tratamiento y reducción del consumo a una cerveza al día

En la víctima no se aprecian cambios significativos en el pretest-postest, causado principalmente por los graves problemas de salud a los que se enfrentó la víctima a mediados de la intervención. Pero es preciso destacar que los resultados iniciales de las pruebas administradas estaban relacionadas con los malos tratos ejercidos por su hijo y los resultados posteriores por sus problemas de salud, debiendo ser la información obtenida a través de las entrevistas con la mayor la que nos orienta a una mejora en el estado emocional de la víctima relacionado con la convivencia con su hijo.

A pesar de haber terminado el tratamiento, por la disminución de indicadores que señalaban la presencia de conductas relacionadas con maltrato psicológico y negligencia en los cuidados, se ha mantenido un seguimiento del caso, con el fin de garantizar el mantenimiento de estos cambios, tras la reducción de la presencia de las profesionales en el domicilio, y valorar, si se producen nuevos cambios en la salud de la mayor, si éstos afectan a la convivencia y puede aparecer, de nuevo, algún tipo de maltrato.

Se ha creado alrededor de la unidad de convivencia una red coordinada de colaboración y protección integrada, no sólo por profesionales, sino, también, por familiares que no estaban vinculados con los cuidados de la mayor, haciéndoles más partícipes de la importancia de su presencia en el domicilio y el apoyo emocional e instrumental para los cuidados de la mayor y el afrontamiento del tratamiento de la adicción al alcohol del responsable.

## Discusión

Los malos tratos dirigidos contra las personas mayores tienen diferencias con respecto a otros tipos de malos tratos domésticos, que pueden generar en los profesionales que los atienden sentimientos encontrados de frustración, malestar o enfado con el responsable pero también con la víctima. Y es que, en casos como el que se ha presentado en este documento, nos podemos encontrar con que el sentimiento de “obligación” de protección de la víctima hacia su hijo o su habituación a situaciones de ira y agresividad, impidan un adecuado acercamiento a la víctima, que puede rechazar la intervención al considerarla como un “peligro” para el responsable.

La Teoría de la trampa psicológica (Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006) explica en violencia de género que la víctima se mantiene en esa relación junto a su pareja por los esfuerzos que ha debido realizar para conseguir una relación armoniosa. Posteriormente, cuando la violencia aumenta en frecuencia e intensidad, siguen invirtiendo tiempo y esfuerzo en la relación, para justificar las inversiones realizadas con anterioridad. Si esto lo aplicamos a casos de malos tratos a personas mayores en los que la víctima es la madre y el responsable es el hijo, el cálculo de la inversión realizada en tiempo, esfuerzo y energía para criar y educar

al hijo es incalculable, así como lo puede ser la decepción ante el maltrato por parte de éste y la esperanza por modificar esta situación.

En el caso que se ha presentado en este documento se detectó esta tolerancia a los malos tratos y la protección de la madre con su hijo, a pesar de la agresividad de éste contra ella y los perjuicios en su salud por sus cuidados negligentes. Consideramos que se consiguió la complicidad de la víctima (fue capaz de contar los malos tratos que sufría por parte de su hijo), se pudieron trabajar con ella los sentimientos provocados por estos malos tratos, que tanto sufrimiento físico y emocional le provocaban, y se la empoderó hasta hacerla sentir dueña de su voluntad y de la toma de sus decisiones. Aunque no se consiguió que dicha tolerancia hacia los malos tratos disminuyera, ya que la víctima sigue protegiendo a su hijo para evitar las consecuencias a nivel legal que pudiera tener el reconocimiento de los malos tratos y la separación de ambos, siendo clave para comprobar que la intensidad, duración y gravedad de los malos tratos ha ido disminuyendo, gracias a la intervención directa realizada con el hijo.

Con el responsable se consiguió un compromiso firme para cuidar de su salud y reducir el consumo de alcohol (aunque no se eliminó el consumo por completo), así como la confianza necesaria en las profesionales para que, en momentos de gran sobrecarga emocional, pudiera llamar por teléfono y desahogarse o pedir ayuda si lo precisaba.

Los cambios positivos han sido posibles en gran medida, gracias al trabajo realizado con el responsable, que desde un inicio confía en el equipo del Programa y es colaborador en prácticamente todos los objetivos terapéuticos propuestos y consensuados con él. Dicha confianza en la intervención ha ayudado a que la víctima no percibiese la intervención como un recurso que iba a juzgarles o separarles, sino como una ayuda para su hijo, y por consiguiente para ella. Así se ha conseguido que la víctima pueda desahogarse emocionalmente, sentirse apoyada y segura, y con la fortaleza suficiente para contar relatos de las situaciones de maltrato vividas en la unidad familiar (actuales y las vividas con su marido, ya fallecido), trabajando temas tan importantes como el aprendizaje de modelos de conducta y relacionales por parte del responsable, a la habituación y tolerancia al maltrato de la víctima, e incluso la posible influencia en los sentimientos de culpa de la madre y en las racionalizaciones-justificaciones de ésta hacia las conductas del responsable.

La técnica más efectiva para el trabajo con la víctima fue la reestructuración cognitiva de algunas de sus distorsiones y pensamientos negativos relacionados con sus sentimientos de culpa referentes al esfuerzo que realiza su hijo para cuidarla, reduciendo en gran medida la rumiación de sus pensamientos.

Respecto al responsable, la entrevista motivacional y las técnicas de relajación, lograron reducir su nivel de estrés y ansiedad ante las demandas de cuidado de su madre, ya que se produjo un cambio desde la propia persona, recuperando las razones por las que el hijo inició los cuidados de su madre y reorientando su implicación en los mismos y fomentar la reducción de consumo de alcohol al reconocer la influencia que ejercía en los enfrentamientos con su madre (además de reforzar la continuidad de la asistencia al CAID). Con esto, junto con la formación para actuar ante conductas de un mayor dependiente físicamente (cambio de pañales, movilizaciones, alimentación, etc.) y reestructuración de pensamientos negativos relacionados con esta temática, se logró que fuera más empático con su madre, que entendiera las enfermedades de la misma y que fuera consciente de que las demandas de su madre eran reales y no para hacerle daño.

El empeoramiento en la salud de la víctima supuso un freno ante la intervención, distorsionando los resultados relacionados con el estado emocional de la víctima y su autoestima, así como la dependencia emocional hacia el responsable. Sin embargo, en éste, se produjo una reacción ante la cercanía o posibilidad del pronto fallecimiento de su madre que generaron sentimientos orientados a la búsqueda de ayuda y apoyo para tratarla de forma más adecuada, no sólo en los cuidados, sino, también, en su relación con ella.

Las dificultades encontradas con la víctima han sido, sobre todo, las relacionadas con la sobreprotección que ha ejercido sobre su hijo, ya que le protegía ante los profesionales, ocultando conductas de maltrato y consumo de alcohol del responsable. Todo ello por miedo a que éstos tomaran acciones legales contra él y les separaran.

Respecto al responsable, seguimos con la dificultad de control de la ira/impulsos, porque, a pesar de reducir su nivel de estrés y ansiedad ante las demandas de cuidado de la víctima, continúa consumiendo alcohol (aunque en menor cantidad con respecto al inicio de la intervención), y constituye un estímulo desencadenante

que le sigue llevando a perder el control en determinadas situaciones, las cuales él experimenta como de gran exigencia de cuidados por parte de su madre.

Este caso se encuentra actualmente en seguimiento y se mantiene un contacto telefónico con el responsable, además de visitas al domicilio más espaciadas en el tiempo. Actualmente las visitas continúan para seguir siendo un apoyo profesional de la unidad familiar, desahogo emocional con la víctima y la labor de concienciación y empatía del responsable hacia su madre.

Hemos pretendido, con la presentación de este caso, mostrar que, tal y como define el Modelo ecológico, los malos tratos hacia las personas mayores pueden estar influenciados por múltiples factores asociados a todos los protagonistas de estas situaciones, y que no tener en cuenta la presencia de familiares, entorno o profesionales que interactúen con la unidad familiar, o no contar con ellos en la posterior intervención, pueden determinar el éxito o el fracaso de la misma, y por tanto, la continuidad o no de los malos tratos.

### Referencias

- Action Group on Elder Abuse (AGEA) (2007). Elder Abuse Protocol. Canadá. Recuperado de: <http://static.squarespace.com/static/53a3568be4b07cf349cc12cf/t/53ab949ee4b03b3c565bb524/1403753630530/Elder%20Abuse%20Protocol%20Manual%202007.pdf>
- Aguado, C., Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R. M., Albert, C. y Espejo, J. (2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria*, 26 (supl 1), 328.
- Amor, P. J., Bohórquez, I. y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratada? *Acción psicológica*, 4 (2), 129-154.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Bazo, M. T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36, 8-14.
- Caballo, V. E. (Dir.) (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Casique, I. (2012). Vulnerabilidad a la violencia doméstica. Una propuesta de indicadores para su medición. Realidad, datos y Espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía*, 3(2), 46-65.
- Chulián, A. (2015). Malos tratos a las personas mayores. *Detectar, prevenir y actuar desde la psicología*. FOCAD (Formación continuada a Distancia). Madrid, España: Consejo General de la Psicología de España.
- Chulián, A. y Pérez-Rojo, G. (2014). Malos tratos hacia las personas mayores. Causas, consecuencias y estrategias de intervención psicológica. *Guía del Psicólogo*, 346, 3-5.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 141-159.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.
- Edmonton, A. (2011). Abuse of older Adults: guidelines for developing coordinated community response models. Recuperado de: <http://www.onpea.org/english/pdfs/ACWSguidelines.pdf>
- Edmonton, A. (2002). Elder Abuse Protocol. APEA (2013). Elder abuse protocol. Guidelines for action. Recuperado de: <http://www.communities.wa.gov.au/Documents/Seniors/SO103%20Elder%20Abuse%20Protocol%20v4.pdf>

- Fernández-Alonso, M. C. y Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 37(2), 113-115.
- Fortes, P. (2007). *Guía de prevención del maltrato en personas mayores*. Gobierno de Chile. Chile: SENAMA.
- Izal, M. y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6, 181-198.
- Jiménez, J. F., Moreno, V., Rodríguez, E. y Torres, F. (1995). *Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell*. Granada, España: Grupo de investigación de salud mental de Granada Sur.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2002). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado* (España), 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Lobo, A. y Ezquerro, J. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.
- Martín, F. (2009). Atención a mayores especialmente vulnerables desde el Ayuntamiento de Madrid. En Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales (Eds.), *Malos tratos a mayores: observa y actúa* (pp 133-148). Madrid, España: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Jornadas-2008-Malos-tratos-a-mayores-observa-y-actua?vgnextfmt=default&vgnextoid=81c009c4c3105210VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=cf30b7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J. M., Lanz, P. y Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- McNamara, R. M., Rousseau E. y Sanders A. B. (1992). Geriatric emergency medicine: a survey of practicing emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 21, 796-801.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España: Paidós Iberica.
- Montón, C., Pérez Echeverría, M., Campos, R., García, J., Lobo, A. y GMMPPZ. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- Montorio, I. e Izal, M. (2000). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Moya, A. y Barbero, J. (coord.) (2006). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid, España: IMSERSO.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C., Estados Unidos. Recuperado de: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- ONU (2002). Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (8-12 de abril 2002-Madrid, España). Recuperado de: [http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing\\_assembly2/](http://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/)
- Phelan, A., Fealy, G., Downes, C. y Donnelly, N. (2014). *The Elder Abuse Suspicion Index: A Pilot Study to Test its Reliability in an Irish Context*. Dublin, Ireland: Health Sciences Centre University College Dublin Belfield.
- Pérez Rojo, G. y Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Revista Sociedad y Utopía*, 41, 127-167.
- Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 1. Recuperado de: [www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf)
- Serrano Garijo, P. (2013). Atención a mayores vulnerables: El acercamiento a quienes no demandan. *Revista Sociedad y Utopía*, 41, 299-327.
- South West Regional Elder Abuse Network (SWREAN) (2011). Guidelines for developing elder abuse protocols. A south west Ontario approach. Canadá. Recuperado de: <http://www.thehealthline.ca/pdfs/ElderAbuseGuidelines2011.pdf>
- Tabueña, M. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 15, 275-292.
- Tomita, S. K. y Quinn, M. J. (1997). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis and intervention strategies*

(Segunda edición). New York, Estados Unidos: Springer.

Touza, C. (dir.), Segura, M. P., Prado, C., Ballester, L. y March, M. (2009). *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia*. Madrid, España: Pirámide.

Yaffe M., Weiss D. y Lithwick M. (2012). Selfadministration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A feasibility study, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 277-292.

Artículo recibido: 30/01/2017

Revisión recibida: 16/02/2017

Artículo aceptado: 16/02/2017