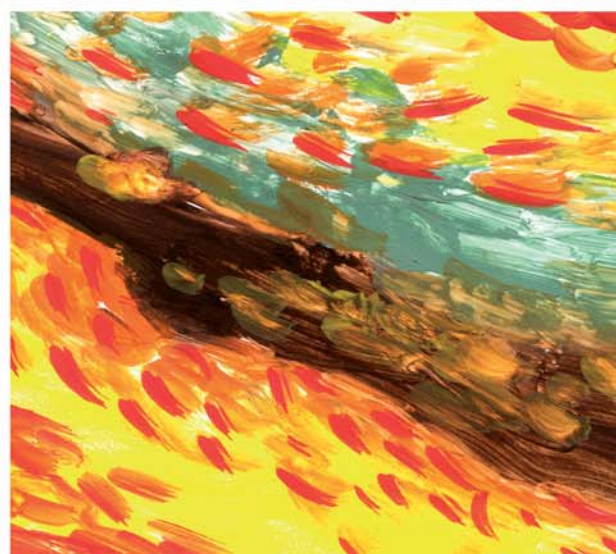


MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES. DETECTAR, PREVENIR Y ACTUAR DESDE LA PSICOLOGÍA

ALEJANDRA CHULIÁN HORRILLO

Psicóloga sanitaria

Programa de actuación en negligencia y malos tratos psicológicos del Ayuntamiento de Madrid en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid



FOCAD **FORMACIÓN**

continuada a distancia



Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Malos tratos a las personas mayores. Detectar, prevenir y actuar desde la Psicología	
FICHA 1.....	26
Protocolo de intervención en malos tratos	
FICHA 2	29
Algoritmos de intervención	

Documento base.

Malos tratos a las personas mayores. Detectar, prevenir y actuar desde la Psicología

*“Elder abuse is a violation of Human Rights”
(OMS, 2002)*

La sociedad actual está viviendo múltiples cambios que modifican la concepción que tenemos de las familias, de las parejas y de las personas en particular, así como las relaciones que se establecen entre ellas, en ocasiones de manera correcta y en otras ocasiones de manera totalmente errónea.

La concepción social que se tiene de la vejez se asocia habitualmente a una imagen, a veces real y a veces estereotipada, relacionada 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 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.

La violencia hacia las personas mayores, al igual que hacia otros grupos de la sociedad (violencia infantil, violencia doméstica), puede adoptar muchas formas: física, psicológica, emocional, financiera..., ocurre en todas las esferas sociales, económicas..., se ejerce de manera activa o pasiva (intencional o no intencional), y se produce en distintos contextos: familiar, instituciones y en la sociedad (discriminación por edad) (Fortes, 2007).

La falta de formación y el desconocimiento acerca de las personas mayores, así como de los malos tratos, y la falta de materiales adecuados (protocolos e instrumentos), pueden ser un factor de riesgo para la detección e intervención en situaciones de violencia contra las personas mayores, así como para el tratamiento del problema de manera episódica y no sistemática (MacNamara, 1992).

Por ello, es preciso conocer las características que distinguen a las personas mayores, erradicar mitos y estereotipos erróneos asociados a la vejez, conocer el contexto y la forma en que se producen los malos tratos que se ejercen contra ellos, las características de las personas relacionadas con las situaciones de malos tratos, etc., con el fin de poder poner en marcha estrategias de prevención, y protocolos para la detección e intervención en casos de violencia hacia los mayores.

En este documento se presenta una propuesta para la detección y la intervención psicológica en los malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito doméstico, basada en la experiencia llevada a cabo en el Programa de actuación en negligencia y malos tratos que se desarrolla en Madrid por el Ayuntamiento de Madrid con la colaboración del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid *.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y VULNERABILIDAD

Cuando pensamos en la violencia doméstica se tiende a pensar casi exclusivamente en los malos tratos físicos hacia la mujer; sin embargo, desgraciadamente, los malos tratos también se dirigen hacia otros miembros de la familia y se producen de diferentes maneras.

Las mujeres, los niños, los discapacitados y los ancianos son reconocidos como las víctimas más frecuentes de la violencia doméstica, con características y condiciones que les hacen especialmente vulnerables, y marcados por desigualdades de poder y género enraizadas en la sociedad y en las propias familias, razón por la que tiende a ser ignorada y/o justificada socialmente, por lo que la invisibiliza ante la sociedad (Casique, 2012) y dificulta su erradicación.

La vulnerabilidad es un concepto que ha sido muy utilizado en los últimos años, pero cuya acepción es tan amplia que en ocasiones se pierde en su propia definición. Como señala Casique (2012) todos somos vulnerables en potencia, dado que la vulnerabilidad es la exposición a riesgos y eventos estresantes y la incapacidad para dar respuesta o

carencia de habilidades para afrontar estos problemas, produciéndose dentro de un contexto y circunstancias que hacen que unos grupos de población sean más vulnerables que otros.

Siguiendo a esta autora, la vulnerabilidad a la violencia doméstica la padecerían las personas que ocupan una posición subordinada en la familia, por edad, capacidad o género, y que experimentan abuso, daño o abandono por parte de otros miembros de la familia o cuidadores con los que mantienen una relación de confianza y/o dependencia. Los grupos vulnerables no son excluyentes entre sí, por lo que la posibilidad de pertenecer a 2 ó 3 de estos grupos podría aumentar la probabilidad de estar más expuesto al riesgo de violencia doméstica: mujeres-ancianas/niñas-discapacitadas.

La investigación sobre la violencia doméstica o familiar se ha centrado hasta hace pocas décadas en el maltrato infantil (años 60) y en la violencia de género (años 70) (Reay y Browne, 2002); siendo de interés en todos los ámbitos sociales, sanitarios y jurídicos, contando con instrumentos de evaluación, protocolos de detección e intervención, un marco jurídico sólido, así como recursos sociales y profesionales que permiten atender a las víctimas. Sin embargo, 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).

Se describen por primera vez en los años 70 a raíz de una carta al director que se publicó en una revista científica británica “The British Medical” titulada “Granny battering”, en la que se denunciaba el maltrato físico hacia las personas mayores (aún no se mencionan otros tipos de malos tratos, como por ejemplo el psicológico, ni las consecuencias psicológicas que estos tienen). El autor de esta carta señala “Los médicos de atención primaria, las enfermeras y los trabajadores sociales deberían incluir en el “cuidado de los mayores” la atención a los mayores maltratados, tal y como lo hacen con los niños maltratados” (Baker, 1975). Posteriormente, los estudios que se desarrollan lo hacen de forma limitada y tímida (Muñoz, 2004) haciendo referencia principalmente al contexto familiar, prestándole sobre todo atención al maltrato hacia la mujer y con atención exclusivamente al maltrato físico (Pérez Rojo, 2008).

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) 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. En este documento se recogen los datos de la investigación cualitativa (“Una respuesta global al maltrato de las personas mayores”) llevada a cabo en ocho países para analizar la imagen que tienen las personas mayores de los malos y se encontró que relacionaban el maltrato con casos extremos de conductas muy violentas, que intentaban evitar tratar el tema y que, cuando se hablaban de otros tipos de maltrato, consideraban la “falta de respeto” como la forma más dolorosa de maltrato.

En España se llevó a cabo un estudio cualitativo realizado por la SEGG y el IMSERSO, y, según la opinión de los mayores españoles sobre el maltrato a las personas mayores, la imagen del mayor en nuestra sociedad es dañina, estando detrás de muchas formas de maltrato.

En ese mismo año, abril de 2002, se desarrolla en Madrid la II Asamblea mundial sobre el envejecimiento. En este encuentro de profesionales, organizaciones y mayores se analizaron y enunciaron una serie de artículos en los que se rechazan los malos tratos y se propusieron acciones para prevenirlos y erradicarlos. En el artículo 5 se comprometían a eliminar las discriminaciones por motivos de edad, reconociendo la dignidad de las personas mayores. Así mismo, exigían la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad, proponiendo una serie de medidas entre las que se incluían la sensibilización a profesionales y público en general, la promulgación de leyes y medidas legales contra los abusos, la promoción de investigación y la protección de las mujeres mayores ante los malos tratos.

Desde entonces han sido varios los estudios internacionales y nacionales llevados a cabo sobre los malos tratos hacia las personas mayores, destacando en España los estudios de Sancho et al (2011), Pérez Rojo (2008) y Pérez Rojo et al (2008), Iborra (2008), Pérez-Cárceles et al. (2008), Risco-Romero et al. (2005) y Bazo (2001), entre otros autores.

Sin embargo, como afirma Tabueña (2009) desconocemos la dimensión real del problema en nuestro entorno, pudiendo afirmar que estamos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave.

DATOS DE PREVALENCIA

En los últimos años se han llevado a cabo múltiples estudios para determinar la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica en la sociedad actual (no sólo hacia las personas mayores, sino hacia todos los grupos de pobla-

ción). Pero conocer el número real de casos es harto complicado dado que se trata de una violencia que se realiza dentro de las paredes del hogar (se la conoce también como “violencia intramuros” o “violencia invisible”), por lo que se considera que son muchos los casos que se desconocen. Se estima que sólo 1 de cada 6 casos son detectados o denunciados. Es por esto muy habitual comparar la violencia doméstica con la figura de un iceberg (del que sólo se conoce una parte del volumen total del hielo flotante).

Además, al igual que ocurre en otros tipos de violencia, la sospecha y confirmación de la existencia de malos tratos hacia las personas mayores provoca un fuerte choque emocional tanto a la sociedad como entre los profesionales que tienen que atender a las víctimas y a los responsables de malos tratos (Bazo, 2006; Tabueña, 2006; Cuesta, 2006), lo que en ocasiones puede convertirse en una barrera para detectarlos. De hecho, entre las víctimas de violencia de género se encuentra que hay un gran número de mujeres infradiagnosticadas de malos tratos y estrés postraumático, al ser muy reducido el número de profesionales que preguntan sobre este tema (Franco, 2007; Jiménez, 2005). Otras barreras como la dificultad para el acceso a la vivienda de la víctima mayor (el aislamiento social provocado por el responsable); la negación, la vergüenza o el sentimiento de culpa de la víctima o los estereotipos asociados a la vejez de los profesionales, pueden impedir que conozcamos la dimensión real de la situación.

Para poder hacernos una idea de lo que se conoce hasta ahora de los malos tratos hacia las personas mayores vamos a realizar una revisión de los principales estudios de prevalencia que se han realizado tanto nacional como internacionalmente.

Los estudios llevados a cabo sobre los malos tratos hacia los mayores muestran datos muy dispares, que oscilan entre el 0,8% y el 52,6% en el ámbito comunitario. Barajar cifras tan desproporcionadas puede darnos una idea de las dificultades que existen para tener una visión general de los malos tratos, así como de la fragilidad de los mayores ante este tema, por lo que los datos obtenidos deben ser tomados con cautela.

Algunas de las razones por las que los datos son tan desproporcionados pueden ser por la definición que se use en el estudio (hay definiciones más generales y otras más específicas), los instrumentos que utilizados y la percepción que tienen acerca de los malos tratos los profesionales que llevan a cabo las investigaciones (Pérez Rojo, 2008), así como su sensibilidad hacia los mayores.

Los problemas metodológicos y las diferentes poblaciones y concepciones sobre los malos tratos utilizados en los estudios hacen que la comparación entre los datos obtenidos no sea posible, por lo que la información que se presentan a continuación debe ser tomada de modo orientativo, siendo útil a la hora de replicar dichos estudios.

**DATOS DE PREVALENCIA EN ESTUDIOS INTERNACIONALES
(TOMADO DE PÉREZ ROJO Y CHULIÁN, 2013)**

Año	Autores	País	Muestra	Resultados
1979	Lau y Kosberg	EE.UU.	404 PM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 9,6% síntomas de malos tratos ✓ Más de un tipo de maltrato ✓ 77% eran mujeres
1979	Block y Sinnott	EE.UU.	73 PM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4% eran maltratadas física, psicológica o económicamente ✓ Víctimas y Responsables eran con mayor frecuencia mujeres
1983	Gioglio y Blakemore	New Jersey	342 PM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1% admitieron sufrir algún tipo de malos tratos (el más frecuente fue el económico).
1989	Pillemer y Finkelhor	Boston	2020 PM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3,2% víctima de algún tipo de malos tratos ✓ 52% de las víctimas eran hombres ✓ 58% de los responsables eran cónyuges, hijos (24%)
1989	Tornstam	Suecia y Dinamarca		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 17% de los participantes conocían a una persona mayor que había sido maltratada.
1990	Horner y Gilleard		51 cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 45% admitió alguna forma de malos tratos
1992	Podnieks	Canadá	2008 PM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4% sufrían uno o más tipos de malos tratos por su pareja, su familia u otras personas significativas
1992	Kivela et al.	Finlandia	1125 PM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 17% conocía algún mayor maltratado ✓ 6,7% había experimentado malos tratos ✓ la violencia psicológica fue el tipo más común de malos tratos
1992	Ogg y Bennet	Reino Unido	2130 PM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 5% había experimentado malos tratos psicológicos ✓ 2% maltrato físico y 2% económico ✓ por un familiar cercano
1992	Kurrlle y Sandler	Australia		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4,6% de casos de malos tratos
1993	Bennet y Kingston	Gran Bretaña		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 5,4% de malos tratos psicológicos (verbales), 1,5% malos tratos físicos y 1,5% malos tratos económicos.
1993	Pittaway y Westhues	Canadá	385 PM de 55 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 14,3% para malos tratos físicos, ✓ 14% para el psicológico (verbales), ✓ 20% malos tratos económicos ✓ 14% negligencia ✓ Más frecuentes en mujeres

**DATOS DE PREVALENCIA EN ESTUDIOS INTERNACIONALES
(TOMADO DE PÉREZ ROJO Y CHULIÁN, 2013) Continuación**

Año	Autores	País	Muestra	Resultados
1993	Hydle	Dinamarca, Finlandia y Suecia		✓ 1,8% de malos tratos eran causados por parte de familiares cercanos
1995	Pitsiou-Darroug y Spinellis	Grecia	506 PM	✓ 15,5% habían sufrido al malos tratos ✓ Víctimas con más frecuencia mujeres ✓ Responsables con mayor frecuencia un pariente (cónyuges o hijos).
1997	Compton et al	Irlanda del norte	38 cuidadores de mayores con demencia	✓ 37% malos tratos psicológicos (verbales) ✓ Ningún caso de negligencia
1997	Kurrlle et al	Australia	5246 personas mayores	✓ 8% malos tratos físicos y psicológicos (verbales) ✓ 1,2% de malos tratos ✓ Más frecuente el maltrato psicológico ✓ Mujeres maltratadas con mayor frecuencia ✓ 57% Responsables eran hombres ✓ 38% cónyuges y 43% hijos
1997	Lachs et al		2812 personas mayores	✓ 1,6% había experimentado malos tratos ✓ el más común la negligencia (64%) ,seguida de los malos tratos físicos o psicológicos (19%) y los malos tratos económicos (17%) ✓ Responsables los hijos (45%)los cónyuges (26%).
1998	Conijs et al	Holanda	1797 personas mayores	✓ 5,6% eran víctimas de malos tratos ✓ Más frecuente el psicológico (3,2%).
1998	National Center of Elder Abuse	Estados Unidos	PM de 60 años	✓ 2,4% casos de malos tratos ✓ La negligencia el más frecuente (48,7%) ✓ Las mujeres víctimas con mayor frecuentes ✓ Los responsables frecuentemente hombres, a excepción de los casos de negligencia
1999	Hirsch y Brendebach	Bonn (Alemania)	PM	✓ 10% de casos de malos tratos ✓ Los más frecuentes los malos tratos psicológicos y los económicos
2002	Vida et al	Montreal	126 PM	✓ de psiquiatría geriátrica 16% de los casos con sospecha o confirmación de malos tratos ✓ El tipo más frecuente el económico (13%), seguido de la negligencia (6%).
2004	Yan y Tang	Hong Kong	276 personas mayores	✓ 27,5% habían experimentado al menos un tipo de malos tratos ✓ El más prevalente el maltrato psicológico (26,8%) seguido de la violación de los derechos personales (5,1%) y del físico (2,5%).
2006	Oh et al	Corea	15230 PM	✓ El 6,3% víctimas de malos tratos ✓ El más frecuente el maltrato psicológicos ✓ Los responsables con más frecuencia fueron los hijos e hijas, seguidos de las nueras.
2006	Cooney et al	Irlanda	82 cuidadores	✓ El 52% admitió haber cometido malos tratos ✓ Los malos tratos psicológicos los que se produjeron con más frecuencia (51%), seguidos de los físicos (20%) y de la negligencia (4%).
2007	O'Keefe et al	Reino Unido	2111 PM	✓ de 66 años 2,6% de casos de malos tratos ✓ El tipo de malos tratos más frecuente fue negligencia (1,1%), seguidos de los malos tratos económicos (0,7%), psicológicos y físicos (ambos con un 0,4%) y sexuales (0,2%) ✓ más casos de mujeres que de hombres. ✓ Los responsables eran con mayor frecuencia el cónyuge (51%).
2007	Cohen et al	Israel	730 PM	✓ 5,9% víctimas de malos tratos ✓ La negligencia fue el tipo más frecuente, seguido de malos tratos psicológicos y económicos.
2008	Yaffé et al		953 PM de 65 años	✓ 11,9% de mayores con sospecha de malos tratos ✓ El tipo más frecuente era el psicológico y las víctimas más frecuente las mujeres.
2009	Lowenstein et al.	Israel.	1045 PM	✓ 18,4% víctimas de los malos tratos ✓ El más frecuente el maltrato verbal (14,2%), seguidos de la explotación económica (6,4%) ✓ Al incluir la negligencia en el análisis de los datos, fue el tipo de malos tratos más frecuente (26%).

**DATOS DE PREVALENCIA EN ESTUDIOS NACIONALES
(TOMADO DE PÉREZ ROJO Y CHULIÁN, 2013)**

Año	Autores	País	Muestra	Resultados
2001	Bazo	España	Usuaris de SAD	✓ El 4,7% de personas mayores eran víctimas de malos tratos ✓ Las víctimas más frecuentes mujeres ✓ Los responsables más frecuentes los hijos/as ✓ El tipo más habitual la negligencia
2005	Risco et al	Badajoz	209 PM de 72 años	✓ Sospecha de malos tratos en un 52,6%.
2008	Pérez-Cárceles et al		460 PM de centros de salud	✓ 44,6% de los casos existía sospecha de malos tratos ✓ el tipo más frecuente la negligencia ✓ El perfil de las víctimas que obtuvieron fue el de mujeres con 75 o más años, solteras/os o viudas/os, que vivían solos o con hijos y con bajo nivel socioeconómico.
2008	Pérez-Rojo, Izal y Montorio	España	396 PM de 65 años	✓ 12,1% víctimas de malos tratos ✓ El tipo más frecuente el maltrato psicológico ✓ presencia simultánea de varios tipos.

**DATOS DE PREVALENCIA EN ESTUDIOS NACIONALES
(TOMADO DE PÉREZ ROJO Y CHULIÁN, 2013) Continuación**

Año	Autores	País	Muestra	Resultados
2008	Iborra	Centro Reina Sofía contra la violencia	2401 PM de 64 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0,8% consideraban que estaban siendo maltratadas por alguno de sus familiares ✓ 1,5% en el caso de personas mayores dependientes.
2008	Iborra	Centro Reina Sofía contra la violencia	789 cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perfil del responsable de los malos tratos era mujer de edad media, con algún trastorno psicológico y sobrepasada por la situación.
2009	Garré Olmo et al	Girona	676 PM de 75 años o más	<ul style="list-style-type: none"> ✓ sospecha de malos tratos en un 29,3% ✓ El tipo más frecuente fue el de negligencia (16%), seguido de los malos tratos psicológicos (15,2%), económicos (4,7%) y físicos (0,1%) ✓ La presencia simultánea fue de 3,6%.
2011	El Gobierno Vasco	País Vasco	1207 PM de 60 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0,9% malos tratos percibidos por el mayor ✓ 1,5% malos tratos percibidos por los entrevistadores ✓ El tipo de maltrato percibido con mayor frecuencia fue el psicológico, seguido de la negligencia, los malos tratos físicos y los sexuales, no encontrándose malos tratos económicos.
2013	DGMAS Ayuntamiento de Madrid	Madrid	456 PM mayores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 66 casos de maltrato

MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS MALOS TRATOS A MAYORES

Desde la psicología evolutiva, al igual que desde otros ámbitos como la biología, la sociología o la antropología, se ha intentado dar respuesta a las diferentes formas de envejecimiento, con el fin de conseguir un “envejecimiento con éxito” (Buendía, 1994). De igual modo, se han realizado diferentes propuestas para dar explicación a las razones por las que se producen los malos tratos hacia las personas mayores. Partir desde ambas perspectivas será clave para la posterior intervención.

Las distintas teorías del envejecimiento relacionan el envejecimiento con diferentes características y objetivos de vida, pudiendo considerarse que algunas de estas teorías muestran una visión negativista de la vejez, con creencias e ideas muy ancladas en la sociedad, y que podrían llevar a plantearse como origen de malos tratos:

1. Teoría de la desvinculación, que defiende que durante el envejecimiento la persona deja de relacionarse con los demás progresivamente, fruto del abandono personal, natural y de carácter adaptativo hacia el envejecimiento (Bazo, 1990; Yanguas, Leturia, F., Leturia, M. & Uriarte, 1998), dejando el poder a los más jóvenes, al abandonar socialmente su rol. Esta teoría lleva a pensar que las personas mayores son las que buscan apartarse de la sociedad y se sienten a gusto con ello.
2. Teoría de la actividad, opuesta a la teoría anterior, considerando que las personas mayores que se mantienen activas y con compromisos sociales todo el tiempo que les es posible, evitando la pasividad y el aislamiento, les hace sentirse más felices y con mejor autoimagen.
3. Teoría del apego, que defiende que las personas mayores tienen disminuido el compromiso afectivo con otras personas.
4. Teoría del etiquetaje, donde cobran importancia las etiquetas que se les adjudican a las personas mayores, habitualmente asociadas a mitos y estereotipos.
5. Teoría de la continuidad, en el que el envejecimiento es una prolongación de las actividades llevadas a cabo durante toda la vida del individuo.

Con respecto a los malos tratos hacia los mayores las teorías y modelos existentes son múltiples y variados, dado que es difícil dar respuesta a las razones por las que se produce un fenómeno multidimensional y tan complejo como éste (Iborra, 2008; Cuesta, 2006; Quinn y Tomita, 1997).

Las principales teorías que explican el fenómeno de los malos tratos en la vejez son las siguientes (Pérez Rojo e Izal, 2007):

1. Modelo situacional, relacionado con factores que incidirían en el malestar de los cuidadores y que aumentarían la probabilidad de riesgo de malos tratos.
2. Modelo patológico, centrado en los problemas mentales y emocionales de los responsables de malos tratos.
3. Teoría del intercambio social, que relaciona los malos tratos con la descompensación entre recompensas y castigos en las interrelaciones personales.
4. Teoría del interaccionismo simbólico, en el que existe la posibilidad de que se produzca una representación inadecuada de la situación y de la persona, lo que provocaría un desfase en la interacción social.

5. Modelo feminista, basado en el desequilibrio entre mujeres y mayores.
6. Perspectivas teóricas de las políticas de envejecimiento, que hace referencia a la imagen de los mayores en la sociedad y al impacto que tiene sobre ésta dicha imagen.
7. Teoría de demandas excesivas, que defiende que el cuidador se puede ver sobrecargado por el comportamiento abusivo del mayor.
8. Transmisión intergeneracional de la violencia, basada en la transmisión de la violencia entre las distintas generaciones dentro de las familias.
9. Modelo ecológico (Iborra, 2008; Tabueña, 2009), es el más seguido y se basa en la teoría de Bronfenbrenner sobre la conducta humana. Explica la violencia como resultado de la interacción entre cuatro sistemas que interactúan y se influyen mutuamente: factores individuales, factores interpersonales, contexto social y contexto sociocultural. Este es el modelo más seguido en la actualidad, no sólo para dar explicación a los malos tratos, sino también para intervenir en ellos.

PERFILES Y FACTORES DE RIESGO

Siguiendo el Modelo Ecológico, sería importante analizar los factores de riesgo de maltrato que están incluidos en cada uno de los sistemas de interacción.

Los factores de riesgo son aquellas características (personales, relacionales, sociales o culturales) que hacen que las personas mayores sean más vulnerables y sensibles a situaciones, conductas o actitudes violentas hacia ellas (Iborra,). Conocer las características de estas personas, de los responsables de los malos tratos y de las situaciones que influyen en la aparición o mantenimiento de los mismos, nos permitirá poder estar alerta no sólo para detectar situaciones de malos tratos, sin que también para prevenir la aparición de los malos tratos o actuar ante ellos si es necesario.

Aunque es preciso tener en cuenta que la presencia de uno o varios distintos factores de riesgo no pueden ser utilizado como una justificación para determinar la ocurrencia de los malos tratos, sino como escenarios en los que existe un mayor riesgo de que estos ocurran, dado que todos los mayores son potenciales víctimas de malos tratos (Cuesta, 2006).

Además, la detección de los malos tratos en el domicilio es bastante difícil y compleja, dado que se producen dentro de la intimidad del hogar, y en ocasiones encubiertos por la privacidad de la familia.

Es habitual encontrar documentos que intentan identificar el perfil de la víctima y del responsable de los malos tratos, con el fin de facilitar la detección de los mismos. Sin embargo es una tarea que puede llevar a error dado que los malos tratos pueden ocurrir a cualquier edad, en diferentes niveles socioeconómicos y en ambos géneros. Por ello, intentar obtener un perfil en el que cumplir una serie de "requisitos", en las características de las víctimas y del responsable de los malos tratos, puede llevarnos a descartar posibles casos de malos tratos (falsos negativos) o a determinar falsos positivos basados sólo en los factores de riesgo, sin determinar si realmente existe dicha situación de maltrato.

Los factores individuales son aquellas características de la víctima y con el responsable que pueden aumentar el riesgo de ocurrencia de malos tratos. Como señala Iborra (2008) son las características del responsable de los malos tratos, y no las de la víctima, las que incrementan el riesgo de sufrir malos tratos, aunque hay características comunes en las víctimas que es interesante conocer.

Las características relacionadas con las víctimas son:

- ✓ Mujer, aunque también hay hombres, ellas sufren casos más graves de maltrato físico y emocional, además de ser las principales víctimas de abuso sexual.
 - ✓ Mayor de 75 años
 - ✓ En algunos estudios consideran que las casadas (los responsables serían los cónyuges) y en otros que las viudas corren más riesgo (los responsables serían los hijos).
 - ✓ Presencia de trastornos de conducta en personas con demencia
 - ✓ Presencia de deterioro cognitivo
 - ✓ Problemas de comunicación
 - ✓ Trastornos psicológicos o emocionales (depresión, ansiedad...)
 - ✓ Abuso de sustancias
 - ✓ Dependencia física, mental, económica o social del mayor
 - ✓ Bajos ingresos económicos
- Con rasgos de personalidad negativos (Cuesta,2006)

Las características relacionadas con el responsable de malos tratos:

- ✓ Hombre (responsable de malos tratos físicos), mujer (negligencia) (Pérez Rojo, 2008)
- ✓ Hija/o o pareja de la víctima
- ✓ Escasa preparación para cuidar y no comprender la enfermedad (no mantener expectativas reales respecto a la persona mayor). Cuidador único, inmaduro o aislado
- ✓ Presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, demencia): que pueden dificultar las interacciones interpersonales.
- ✓ Abuso de sustancias y/o drogas
- ✓ Presencia de sentimientos negativos, como ira, hostilidad o resentimiento (Pérez Rojo, 2008)
- ✓ estrés: con datos contradictorios, dado que hay estudios que demuestran que los cuidadores tienen alto nivel de estrés pero pocos son los que maltratan a sus familiares
- ✓ percibir el cuidado como una carga: con datos contradictorios, porque, como en el caso anterior, son muchos los cuidadores los que están sobrecargados pero muy pocos los que maltratan
- ✓ historia previa de violencia en el ambiente familiar

Los factores ligados a las interacciones entre víctima y responsable:

- ✓ Un alto nivel de exigencias de atención del mayor y excesivas demandas de ayuda
- ✓ otras características: culpar al mayor de la situación, no comprender sus necesidades, etc.
- ✓ Víctimas demandantes, desagradecidas o desagradables (Pérez Rojo, 2008)
- ✓ Víctima con comportamientos agresivos
- ✓ Otras características: culpabilización de la situación, lealtad, excesiva hacia el responsable de malos tratos o resignación
- ✓ Dependencia económica
- ✓ Condiciones de convivencia

Relacionados con la situación:

- ✓ la cantidad de ayuda formal e informal recibida
- ✓ aislamiento social: falta de contactos informales y/o formales
- ✓ desgaste de los vínculos intergeneracionales
- ✓ dificultades económicas
- ✓ calidad de la relación anterior y actual
- ✓ las dificultades de tipo económico, de habitabilidad del hogar, el número de hijos, la ausencia de recursos de apoyo social, la presencia de problemas de alcoholismo o toxicomanías

Relacionados con la imagen de los mayores en la sociedad (Quinn y Tomita, 1997):

- ✓ Edadismo: aceptar como ciertos mitos y estereotipos asociados a la vejez que provocan la discriminación de los mayores sólo por la edad
- ✓ Cultura de tolerancia de la violencia (Iborra, 2008)
- ✓ Falta de sensibilización ante los malos tratos
- ✓ Dependencia: percepción de que las personas son una carga económica para la sociedad
- ✓ Sexismo: mayores con una educación donde ha imperado el poder del hombre sobre la mujer
- ✓ Violencia intergeneracional
- ✓ Codicia: arruinar a los mayores a través de engañarlos para obtener derechos económicos y propiedades, recurriendo al engaño y al chantaje emocional

El documento que elaboró el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ, 2009) recoge también factores de protección que pueden estar presentes en la persona mayor (actividad física, ocio y tiempo libre que favorecen la autonomía; apoyo psicológico; seguimiento de los “abuelos golondrina”, reconocimiento de experiencias de malos tratos; y respeto de los derechos de las personas mayores) y en el responsable de los malos tratos (disponibilidad para recibir ayuda en el cuidado principal; formación sobre las necesidades de los mayores; estabilidad/independencia económica del cuidador; empatía y relaciones sociales). También hacen referencia a otros factores protectores como la accesibilidad a los servicios de respiro familiar, la atención domiciliar y la adaptación de las viviendas adecuadas a las necesidades.

Es importante en este momento que paremos y analicemos los mitos y estereotipos asociados al envejecimiento, “caldo de cultivo” como hemos visto de los malos tratos hacia las personas mayores.

Tomado del inglés Ageism, es el término que aúna los mitos y estereotipos asociados al envejecimiento, por razón de la edad, las actitudes y los prejuicios que hay contra ellos. Se le considera como el "tercer istmo", al compartir los mismos efectos y consecuencias para las personas que son objeto de él, que son el racismo y el sexismo.

Los estereotipos generan una imagen homogeneizadora de todos los miembros de este grupo de población con un componente cognitivo, otro conductual y otro emocional. La aceptación de hechos que no son reales, pero que son admitidos por la sociedad como tales, pueden tener el efecto sobre las personas mayores de profecía autocumplida, dando cumplimiento a lo que se espera de ellos.

La vejez ha sido vista y valorada por la sociedad desde dos perspectivas, una positiva que la considera como un sabio, con gran experiencia y al que se le debe respeto, y una negativa que asocia la edad con características deficitarias (físicas y cognitivas), económicamente dependiente y socialmente aislado (Carbajo, 2009).

La aceptación de estas imágenes erróneas de la vejez puede generar falta de inquietud y el deseo por mantener un envejecimiento activo y saludable; y favorecer la aparición de dependencia, discapacidad, depresión, reducción del sentimiento de autoeficacia, disminución del rendimiento o incluso aumentar el riesgo de mortalidad. Además, esta imagen negativa de la vejez, cuando se acompaña de conductas discriminatorias hacia las personas mayores, juicios negativos y discriminación social se convierten en malos tratos sutiles que pueden llegar a pasar inadvertidos como el infantilismo, el trato de silencio, ignorarles o la violación de derechos (Pérez Rojo y Chulián, 2013).

CONCEPTUALIZACIÓN (Definición y tipología de malos tratos a personas mayores)

La violencia familiar o doméstica ha sido estudiada o explicada principalmente desde dos perspectivas, aquella que la explica desde la violencia ejercida entre los miembros de la misma familia (no sólo la violencia de la pareja) y la otra corriente, más feminista, que alude a la violencia ejercida del hombre contra la mujer.

La Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la define como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

En esta definición no se hace referencia a la edad de la víctima, aunque los datos de las investigaciones llevadas a cabo sobre el tema, están basados en muestras principalmente de mujeres menores de 65 años.

La violencia hacia las personas mayores constituye una violación de los derechos fundamentales hacia los mayores, pero, tratándose de un término tan amplio, llegar a un concepto único está resultando bastante complicado.

El concepto de malos tratos a personas mayores tiene su origen, como se señaló anteriormente en la carta publicada en la revista "The British Medical". Posteriormente se publicaron algunos artículos sobre el "Síndrome de la Anciana Apaleada" hasta llegar al término de "Malos tratos en Personas Mayores" (Muñoz, 2004).

Sin embargo, el uso del término, "Malos Tratos en Personas Mayores" hace referencia a una gran variedad de definiciones, determinadas por las diferentes disciplinas que hacen uso de esta expresión (legales, médicas o sociales que utilizan distinta terminología para referirse a los malos tratos), por las diferentes problemáticas y por la perspectiva a partir de la que se aborda el tema: desde la víctima, desde el cuidador, etc. (Bazo, 2001). Hay autores que consideran que llegar a un consenso sobre su definición es una aspiración difícil de conseguir (Casique, 2012).

Le Conseil de l'Europe en 1992 (citado en Muñoz, 2004) define los malos tratos hacia las personas mayores como "Todo acto u omisión cometido contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar o institucional, y que atente contra su vida, seguridad económica, integridad física-psíquica, libertad o comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad"

En 1996, la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA), aceptada por la Organización Mundial de la Salud (2002) calificó "el maltrato a personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una Persona Mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza". (OMS, U. Toronto, INPEA, 2002)

En España, en 1996, se promulgó la Declaración de Almería, en la que se consideraba el maltrato hacia las personas mayores como "cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 o más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente" (Kessel et al, 1996).

El uso de los términos “malos tratos”, “maltrato”, “trato inadecuado”, etc., también crean controversia, dado que se utilizan indistintamente, pero crean una imagen mental diferente, por lo que ese uso indiferenciado no es el adecuado. En este caso, Moya y Barbero (2006) señalan que el término de “malos tratos” debe ser usado de manera general, sin diferenciar entre tipos y categorías, utilizando el término “maltrato”, en singular, para determinar la acción sólo en determinados casos de malos tratos, habitualmente para casos más graves, como el maltrato físico.

Esta falta de acuerdo ante una definición única de maltrato hacia las personas mayores ha llevado a que se produzca entre otras consecuencias (Pérez Rojo e Izal, 2007):

- ✓ Confusión en la discriminación entre el conflicto familiar normal y el maltrato hacia la persona mayor.
- ✓ Problemas para determinar los aspectos que debe incluir la intervención necesaria para la posible víctima o el posible responsable del maltrato para ser eficiente.
- ✓ Obstáculos en la identificación del maltrato por parte de los profesionales cuando éste ocurre.
- ✓ Imposibilidad de evaluar o construir conocimiento adecuado sobre el tema.

Con respecto al uso de la terminología a utilizar para referirnos al responsable de los malos tratos encontramos problemas de consenso. Dado que la mayor parte de la literatura existente sobre los malos tratos es anglosajona, las traducciones del término han llevado a utilizar palabras como: *maltratador*, *agresor*, *perpetrador*, *victimizador*, etc. Dado que las situaciones y circunstancias en las que se producen los malos tratos son muy diferentes entre sí, el uso de maltratador en situaciones de maltrato físico es muy adecuado y fácil de utilizar, sin embargo, cuando los malos tratos son no intencionales infringidos por un cuidador que por diferentes factores no cuida adecuadamente, el uso de este término puede provocar más rechazo por parte de los profesionales que les atienden.

El término que se ha considerado como más adecuado para hacer referencia a la persona que ejerce los malos tratos es *responsable* de los malos tratos. Este término permite responsabilizar a la persona de su conducta inadecuada, pero también la posibilidad de ofrecerle trabajar para que ésta se reconduzca, reduciendo la posibilidad de aparición de sentimientos negativos como la culpa que podrían perjudicar la intervención (Pérez Rojo y Chulián, 2013)

Del mismo modo que existen problemas para llegar a un acuerdo acerca del concepto de malos tratos en las personas mayores, no existe consenso para agrupar los tipos de maltrato y/o negligencia (Pérez Rojo, 2004).

No obstante, conocer y realizar una completa clasificación de los tipos de malos tratos nos permitirá realizar una apropiada detección e identificación del maltrato y/o negligencia mediante indicadores específicos, que puedan poner en marcha las estrategias y protocolos de intervención más adecuados.

Entendemos como **maltrato físico** la acción que causa daño o lesión física llevada a cabo por parte de otros (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc.). Los indicadores que nos llevarían a sospechar que existe maltrato físico son: moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido restricciones de algún tipo (como marcas de cuerdas), hipotermia, niveles anormales de fármacos, dolor al ser tocado, etc.

El **maltrato psicológico** es toda agresión verbal, amenazas, abuso emocional, malestar psicológico, y cualquier acto de intimidación y humillación cometido contra una persona mayor, así como decidir sobre el futuro de una persona mayor sin contar con su opinión. La existencia de sentimiento de impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables, indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, se muestra disgustado o agitado, etc., nos indicaría la presencia de malos tratos psicológicos.

El **abuso sexual** implica cualquier contacto sexual para el que la persona mayor no haya dado su consentimiento, por haber sido forzada, por no ser capaz de dar su consentimiento o porque se produce mediante engaño. El abuso sexual puede ser detectado, entre otros, por moratones alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre, etc.

La **negligencia** es todo acto de omisión, fallo intencional (negligencia activa) o no intencional (negligencia pasiva) en el cumplimiento de atención a las necesidades vitales de una persona mayor que no puede realizarlas por sí misma (malnutrición, deshidratación, higiene personal, etc.) por parte del cuidador (Negligencia física, Negligencia emocional/psicológica, Negligencia económica/material). Algunos de los indicadores de hacen sospechar la existencia de negligencia son úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, ignorar a la persona mayor o aislar a la persona mayor.

Y finalmente, **abuso económico**, que conlleva el robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, o la persuasión o instigación para cambiar el testamento de una persona mayor, haciéndose visibles a

través de un patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc., firmas de cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor, etc.

CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS

Cuando hablamos de malos tratos, es fácil establecer una relación directa entre una lesión física y sus secuelas posteriores, avaladas por el seguimiento médico, pero es mucho más complejo establecer esta relación cuando se trata de un daño psicológico. Además, los malos tratos, sean de la etiología que sean provocan una serie de consecuencias psicológicas en la víctima que precisan atención.

Cuando se analizan las semejanzas con la violencia de género, los malos tratos hacia las personas mayores no difieren en gravedad, tipos de heridas o presencia de culpa, pero sí que se encuentran diferencias relacionadas con los problemas de salud que estos provocan, tanto a nivel físico como emocional (físicas: problemas óseos, digestivos, dolor crónico, presión arterial o problemas cardíacos, abuso de medicación (ansiolíticos y antidepresivos); consecuencias psíquicas o emocionales: somatización, ansiedad, baja autoestima, depresión, angustia, irritabilidad, reducción de la capacidad de memoria y la expresión aislamiento social, alteración de la percepción y de la valoración de lo que sucede y tentativas autodestructivas como el suicidio, etc.; y una peor percepción de su salud en general, tanto objetiva como subjetiva) (Pérez Rojo, 2009; Celdrán, 2013; OMS, 2006). Incluso hay autores que señalan que el maltrato hacia las personas mayores están asociados a un incremento de la mortalidad (XinQi Dong, 2009).

Cuanto más severa y continuada sea la situación de maltrato, mayor será el impacto que provocará en su salud, tanto física como mentalmente.

Es importante señalar que las consecuencias de los malos tratos pueden continuar aún después de que la situación de malos tratos haya cesado y que estas consecuencias podrán estar presentes no sólo en las personas mayores sino también en personas relacionadas con ellas, que también se pueden ver afectadas (familiares, amigos e incluso profesionales implicados en el tema).

Finalmente, es preciso analizar las distintas consecuencias que tienen los malos tratos hacia las personas mayores, y es que es importante tener en cuenta que durante el proceso de envejecimiento se reduce la capacidad de recuperación ante situaciones traumáticas, por lo que las consecuencias de los malos tratos empeoran en las personas mayores, habiendo investigaciones que señalan que la víctima no llega a recuperarse nunca del todo (física o emocionalmente) (OMS, 2006; Cuesta, 2006).

BARRERAS

Tanto en el momento de la valoración como en la intervención nos podemos encontrar multitud de barreras que nos impidan hacer nuestro trabajo.

Es cierto que nosotros podemos valorar o saber que se están produciendo unos determinados malos tratos, y que consideramos importante y necesario comenzar a poner en marcha nuestra actuación. Pero tanto la víctima, como el responsable o la situación en la que se producen los malos tratos pueden estar influenciados por multitud de causas que impidan o dificulten el acceso a la información y a la intervención.

A continuación veremos algunas de esas causas (Moyá y Barbero, 2006):

La víctima puede *negar* la existencia de los malos tratos por desconocimiento de que el trato que recibe no es adecuado, por *miedo* a las consecuencias que pueda tener el reconocimiento de los mismos (tanto para la víctima como para el responsable), por *vergüenza* o sentimientos de *culpabilidad* al considerar que parte de lo que sucede se debe a actos propios ocurridos en el pasado o en el presente, por necesidad de *protección* al responsable para evitarle problemas, por *deterioro cognitivo* que le impide expresar lo que le sucede o incluso por *dependencia física, económica o emocional* de la víctima.

En la mayoría de las ocasiones las víctimas tienen una concepción errónea de la realidad, y la información que reciben a través de los medios de comunicación, en muchos casos errónea o distorsionada, les hace mostrarse cautas o recelosas ante cualquier intervención profesional. Es por ello que, ante toda intervención, el profesional debe estar bien informado acerca de los recursos y estamentos disponibles para ofrecer esta información a las víctimas de malos tratos, y poder orientar acerca de los pasos que hay que realizar, tiempo de tramitación y espera, y consecuencias que pueden tener cada una de las actuaciones que se lleven a cabo con ellas y con los responsables de los mismos.

En relación al responsable de los malos tratos, las causas pueden ser también variadas, encontrándonos que en ocasiones *nieguen* la existencia de los malos tratos, bien por desconocimiento de que están dando un trato inadecuado a

la persona mayor o bien con intención de ocultar el mismo. Al ser una violencia que se da habitualmente en el domicilio de los mayores, el responsable puede impedir el acceso a la víctima mediante su *aislamiento* en el mismo o incluso evitando que la víctima pueda acudir a lugares donde pueda contar su situación, como por ejemplo al médico de cabecera. Hay ocasiones en las que el responsable permite el acceso a la entrevista con la víctima pero la tiene “preparada” ante las entrevistas con los profesionales, utilizando las *amenazas* y el *chantaje emocional* para evitar que la víctima pueda contar lo que le sucede. Y el *temor al fracaso* puede ser otra de las barreras que puede presentar el responsable de los malos tratos, principalmente cuando nos encontramos con cuidadores/as que sienten la responsabilidad de cuidar adecuadamente y que temen que otros (sobre todo los profesionales) les digan que no hacen bien sus tareas de cuidado.

Finalmente, nos podemos encontrar otras barreras para acceder a la víctima y/o al responsable de los malos tratos. Entre otras muchas, barreras como dificultad para acceder al domicilio por las barreras arquitectónicas o por estar la víctima encerrada en el mismo, por encontrarse la víctima en centros privados o públicos en los que no podemos entrevistarlas, por falta de coordinación entre profesionales que lleva en ocasiones a dar informaciones contrarias, por la aparición de “colaboradores” no profesionales (familiares, amigos...) que en ocasiones intentan ayudar y pueden impedir que se realice la intervención adecuadamente.

Conocer estas barreras pueden ayudarnos a poner medios para impedir su aparición y, en el caso de que así ocurriera, poder afrontarlas con los métodos más adecuados.

Las estrategias más útiles para abordar estas barreras, que, aunque deben estar presentes en cualquier tipo de intervención psicológica, en ocasiones dada la magnitud de estos casos podemos descuidarlas, son:

1. Empatía
2. Respeto
3. Tacto al tratar los temas
4. Evitar juicios de valor
5. Calidez y amabilidad
6. Escucha activa y silencio empático
7. Evitar enfrentamientos
7. Dedicarles tiempo

En cualquier caso, en ningún caso podemos forzar a la víctima y al responsable de malos tratos a aceptar la intervención, sobre todo cuando no ha sido la víctima quien ha solicitado la misma, siendo preciso que le expliquemos las razones por las que solicitó nuestra intervención y explicar la situación y valorar conjuntamente por qué es precisa la misma. Es obligación del psicólogo informar y obtener la aceptación libre y no coaccionada de la persona de la evaluación y la intervención.

Para la aceptación de cualquier tratamiento o terapia, y al margen de lo que a nosotros nos pueda parecer, existe la obligación de que la persona mayor perciba adecuadamente, e incluso utilizando varios métodos o estrategias, qué es lo que queremos hacer, qué objetivos nos marcamos y qué medios vamos a emplear. Será la persona mayor, en el ejercicio de ese principio de dignidad personal, la que decida plena y libremente la aceptación de la intervención (Fernández-Ballesteros, 1990). Utilizaremos 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 el centro de salud para que estén alerta ante la aparición de algún indicador de maltrato, coordinar con servicios sociales para que activen recursos de atención al mayor como la teleasistencia, contactar con familiares o personas de apoyo, etc.).

Eso sí, ante cualquier cambio en la situación que implique un riesgo para la víctima, o si consideramos que el rechazo de la víctima hacia la intervención pueden conllevar un riesgo para su vida o para terceros, deberemos cerrar la intervención psicológica e iniciar los trámites judiciales que consideremos más adecuados o denuncia ante la autoridad competente, en coordinación con otros profesionales, si es posible. En aquellos casos en los que el Psicólogo estime que existe un riesgo real para la integridad física o psíquica del mayor, y no pueda conseguir su autorización por causas suficientemente justificadas, se podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas (incluyendo la revelación de información) 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 con él (Pérez, Muñoz y Ausín en Caballo, 2006).

EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS MALOS TRATOS

Toda intervención debe estar basada en una valoración exhaustiva de la situación en la que se sospecha que existen malos tratos, de la víctima y del responsable de los malos tratos; pero también se deberá realizar una valoración exhaustiva de los malos tratos, teniendo en cuenta factores como el tipo de malos tratos, la intensidad, la frecuencia y la gravedad de los mismos.

Las causas que originan los malos tratos pueden ser muy diferentes, y es por ello que una valoración adecuada nos permitirá conocer cuáles son las razones que iniciaron la situación de malos tratos para poder intervenir en ellas y eliminarlas o “reorientarlas”.

Analizados los factores de riesgo, comentados anteriormente en el texto, y vistas las barreras a las que el profesional deberá enfrentarse, partiremos de una recogida de datos pormenorizada acerca de la víctima y del responsable de los malos tratos, y un análisis de la situación de la que se sospecha que están ocurriendo los malos tratos; es por ello que una de las premisas principales para el trabajo con mayores en malos tratos será el TIEMPO que le dediquemos tanto al análisis de la información, como a la planificación de la intervención como a las personas con las que trabajemos, dado que de ello dependerá en buena medida el éxito posterior de la intervención.

Antes de iniciar la valoración de los malos tratos, deberemos solicitar el consentimiento de la persona mayor a ser evaluada, y al responsable de los malos tratos, así como también solicitarles permiso para contactar con otros profesionales o familiares.

Será muy importante poder llevar a cabo la evaluación, siempre que sea posible, sin la presencia del cuidador/responsable de los malos tratos, dado que al estar presente durante la misma puede influir en las respuestas que nos aporte la víctima. Por ello, si es posible, puede ser muy útil contar con otro profesional que acuda al domicilio en las entrevistas de valoración, dado que esto nos permitirá poder conversar con la víctima en solitario, sin desatender al responsable. Además, el objetivo no será realizar la valoración en la primera entrevista, sino obtener la mayor cantidad de información posible en cada una de las visitas que realicemos sin abrumar ni a la víctima ni al responsable de los malos tratos, con el fin de poder seguir acudiendo al domicilio y no provocar el recelo del responsable o de la víctima y que ello conlleve a que no podamos continuar la intervención.

Será importante recoger datos de la víctima relacionados con su estado físico (información relativa al estado de salud anterior a la situación de malos tratos y la presencia de dependencia física), sobre su estado emocional y psicológico, el estado cognitivo de la víctima (sobre todo a la hora de tener en cuenta su capacidad para decidir e informar con claridad sobre lo que le sucede, y su relación con su entorno social).

Con respecto al responsable deberemos obtener información relativa a su estado de salud, su estado emocional (sobre todo si existen sentimientos de sobrecarga emocional) y psicológico (problemas psiquiátricos y de abuso de tóxicos), y su red social y el ambiente en el que se relacionan.

Aún son pocos los instrumentos válidos y suficientemente sensibles y específicos que existen en España y que pueden ser utilizados para la valoración de los malos tratos (Chulián y Pérez Rojo, 2014). Por ello, será muy importante no sólo la elección de los cuestionarios, sino también las entrevistas personales que podamos mantener, la observación durante las entrevistas, y la información que puedan aportarnos los profesionales que estén implicados (salud, servicios sociales, etc.). Cada persona y situación es particular, por lo que la evaluación deberá ser específica para las necesidades de cada caso; es por ello que la evaluación debe ser integral, basada en el modelo biopsicosocial, multidimensional e interdisciplinar.

Por tanto, a la hora de seleccionar las técnicas para la valoración de los malos tratos debemos seguir los tres criterios básicos para cualquier tipo de elección de instrumentos: Aplicabilidad, Rigor y Competencia técnica. Al seleccionar las técnicas de evaluación se tendrán en cuenta también las características propias de las personas mayores: atender a los cambios sensoriales, problemas de salud física o psíquica, nivel educativo... (Leturia et al, 2011), y las habilidades del profesional que las aplique para las distintas situaciones ante las que se pueda encontrar, como por ejemplo una persona mayor con deterioro cognitivo y víctima de maltrato físico (Tabueña, 2006).

Así pues, la entrevista personal será una de las técnicas prioritarias para la valoración de estas situaciones. Mediante la entrevista podremos conseguir, no sólo obtener información, sino que también establecer la alianza terapéutica tanto con el responsable como con la víctima, valorar el interés y las posibilidades de cambio y comenzar la intervención para la reducción o eliminación de los malos tratos. La escucha reflexiva, la empatía, el respeto evitando la discusión, la discriminación de discrepancias, etc. serán algunas de las tácticas a seguir.

La entrevista deberá adaptarse al mayor, elegir el momento adecuado será fundamental para el éxito de la misma. El lugar donde se lleve a cabo la entrevista, las personas presentes durante la misma y el desarrollo de la misma (el lenguaje que utilice el profesional, el tiempo de la entrevista, la estructura de la misma...) influirán en los resultados que se obtengan de la misma.

La comunicación no verbal también será importante, sobre todo en estos casos en los que la víctima podrá expresar mediante las miradas y gestos cómo se siente y qué sentimientos le genera el responsable de los malos tratos (temor, angustia, antipatía...). Para las personas mayores, y sobre todo en el caso de los malos tratos, es muy importante el tema de las emociones y los sentimientos, es por ello que deberemos prestarle gran importancia durante la evaluación. Estrategias como permitir la expresión de emociones, el interés por las necesidades y deseos de la víctima, la comprensión y la proximidad (emocional y física) favorecerán un clima de confianza entre el profesional y la víctima.

Para un desarrollo adecuado de la entrevista en caso de malos tratos será conveniente seguir algunas pautas como:

1. Entrevistar por un lado por la víctima y por otro lado al responsable, si es posible. Con ese fin obtendremos una información más certera y adecuada. Esto no será siempre posible, dado que en la mayoría de las ocasiones el responsable querrá estar presente para ver qué habla la víctima, por ello tendremos que utilizar diferentes técnicas de persuasión que nos permitan permanecer a solas; quizás no lo consigamos en la primera entrevista, y tendremos que esperar a establecer la confianza con el responsable.
2. Del mismo modo, intentaremos que en la conversación no intervenga nadie, al menos en los momentos iniciales en los que estamos entrevistando a la víctima.
3. Deberemos escuchar sin emitir juicios de valor ni conclusiones o suposiciones antes de conocer toda la información, además pueden darse situaciones contradictorias en las historias contadas por la víctima y el responsable.
4. Deberemos garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos durante la entrevista. En caso de que necesitémos comunicarnos con otros profesionales o personas relacionadas con la víctima, deberemos pedirle permiso a ésta para utilizar la información obtenida durante la entrevista.

De manera complementaria, contamos con una amplia variedad de cuestionarios que nos pueden resultar de utilidad, principalmente para contrastar la información obtenida a través de la entrevista, y que pueden ser utilizados de forma combinada, en función del tipo de malos tratos al que nos enfrentemos:

- ✓ EASI (Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores): valora la sospecha de malos tratos y su frecuencia
- ✓ FEST (Formulario de Evaluación de Trabajo Social): evaluar en mayor profundidad a personas mayores en riesgo de sufrir malos tratos.

- ✓ EDMA (Escala de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes en personas mayores),

Otros cuestionarios:

- ✓ IOA (Indicators of Abuse Screen): Evalúa a víctimas y responsables de malos tratos mediante 29 ítems que se rellenan tras 2 ó 3 horas de valoración.
- ✓ CASE (Caregiver Abuse Screen for the Elderly): Cuestionario indicado para evaluar los malos tratos por parte de los cuidadores.
- ✓ BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly): Indicado para gente mayor con cuidadores. son 5 preguntas que se aplican en 1 minuto.
- ✓ EAI (Elder Assessment Instrument): Cuestionario de 41 ítems que revisan signos, síntomas y quejas subjetivas acerca de los malos tratos.

Para valorar el grado de sobrecarga del cuidador, en caso de que se sospeche que la situación se está agravando por este motivo, los cuestionarios a aplicar serán:

- ✓ Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit
- ✓ Test del Informador de Jorn y Kortén

Y de forma sistemática, se deberá recoger por escrito la siguiente información:

- ✓ Valorar si es una situación de emergencia
- ✓ Si sigue el patrón de malos tratos
- ✓ Aumentan en intensidad y frecuencia con el tiempo
- ✓ Conocer cuándo comenzó la situación y se desencadenó, la frecuencia e intensidad de inicio, la reacción de la víctima y las consecuencias
- ✓ Intencionalidad (Valorar si el cuidador tiene la intención o no de causar daño)
- ✓ Determinar quién puede ser el responsable de malos tratos (1 ó más personas)

- ✓ Recursos (Comprobar los recursos con los que cuenta la persona)
- ✓ Aspectos de la dinámica familiar (Relaciones familiares, actuales y pasadas)
- ✓ Nivel de estrés del supuesto responsable de malos tratos

Además de la valoración de la situación de malos tratos mediante cuestionarios y la entrevista, la observación de distintos indicadores, situaciones o conductas puede ser útil para su evaluación.

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 su objetivo es tratar de determinar y cuantificar las dimensiones de la conducta o conductas problema, así como las variables que las mantienen. La observación permite recoger información en el medio natural de la víctima y del responsable con un mínimo de interferencia, y proporciona una cuantificación precisa del nivel de conducta antes y después de la intervención (de la Puente, Labrador y García en Labrador et al., 2002).

Los indicadores van a permitirnos obtener una descripción detallada del tipo y amplitud de los malos tratos, de su severidad, así como de la frecuencia de los mismos (pueden consultarse en Moya y Barbero, 2006).

- ✓ Los indicadores pueden facilitar las labores de detección de los malos tratos.
- ✓ La constatación de un único indicador no prueba la existencia de malos tratos.
- ✓ La presencia reiterada de uno de ellos, la combinación de varios, o la aparición de lesiones severas, han de alertar sobre la probabilidad de encontrarse ante una situación de sospecha de malos tratos.
- ✓ La propia queja de malos tratos es uno de los indicadores más sensible y específico, común a todos los tipos de malos tratos, siendo necesario prestarle mucha atención.

Así pues, a continuación se presenta un listado con los principales indicadores de malos tratos a personas mayores, por un lado en función de las personas implicadas y por el otro, del tipo de malos tratos (Moya y Barbero, 2006):

1. En función de las personas implicadas

VÍCTIMA

- ✓ Parece tener miedo de alguna persona
- ✓ Cuando le preguntan no quiere responder o mira a alguna persona antes de responder
- ✓ Su comportamiento cambia cuando entra o sale de la habitación
- ✓ Manifiesta sentimientos de soledad, dice que no tiene amigos, familia, dinero, medio de transporte, etc.
- ✓ Baja autoestima: "no sirvo para nada", "aquí estoy molestando"
- ✓ Se refiere a alguna persona como una persona "con genio" o frecuentemente "enfadada"
- ✓ Muestra excesivo respeto a alguna persona

RESPONSABLE DE LOS MALOS TRATOS

- ✓ Padece un importante nivel de estrés o de sobrecarga
- ✓ Intenta evitar que el profesional y la persona mayor hablen en privado, negándose, p.ej. a salir de la habitación durante la exploración
- ✓ Insiste en contestar a las preguntas que se le hacen a la persona mayor
- ✓ Pone obstáculos para que se le proporcione la asistencia sociosanitaria que necesita el mayor en el domicilio, p.ej. la visita de una enfermera
- ✓ Olvida las citas del mayor al médico
- ✓ Las expectativas hacia la persona mayor no son realistas o no tienen conciencia sobre el proceso "normal" de envejecimiento.
- ✓ Carencia de formación o capacidad suficiente para cuidar a la persona mayor, p.ej. para dar correctamente la medicación.
- ✓ No está satisfecho con la convivencia o el cuidado de la persona mayor
- ✓ Muestra un escaso autocontrol, está a la defensiva, se observa negación, etc.
- ✓ Muestra estar más preocupado por un problema particular de la persona mayor que por la salud, en general, de la misma
- ✓ Es verbalmente abusivo, o por el contrario, extremadamente atento o encantador con la persona mayor o el profesional
- ✓ Se muestra excesivamente "controlador" de las actividades que la persona mayor realiza de la forma cotidiana
- ✓ Intenta convencer a los profesionales de que la persona mayor no es competente o está "loca"
- ✓ Culpabiliza al mayor con frases como "se orina encima para fastidiar... que lo conozco"

- ✓ Está excesivamente preocupado por los costos de determinadas necesidades de la persona mayor (prótesis dental, audífonos, etc.)

INTERACCIÓN

- ✓ Cuentan historias incongruentes, contradictorias o extrañas sobre como ha ocurrido un determinado hecho
- ✓ Se observa una relación conflictiva entre el cuidador y la persona mayor, con frecuentes discusiones, insultos, etc.
- ✓ Recientemente ha habido conflictos o crisis familiares
- ✓ El responsable de los malos tratos se muestra hostil, enfadado o impaciente durante la visita y la persona mayor está agitada o demasiado tranquila en su presencia
- ✓ La relación entre ambos es de indiferencia mutua

2. En función del tipo de malos tratos

MALOS TRATOS FÍSICOS

- ✓ Lesión incompatible con el relato o no tratada correctamente
- ✓ Cortes, laceraciones, heridas punzantes
- ✓ Fracturas múltiples
- ✓ Hematomas o eritemas en la piel en distintos estadios de evolución
- ✓ Lesiones en zonas escondidas del cuerpo
- ✓ Déficit de higiene cutánea. Ropa o camas sucias
- ✓ Pérdida de peso inexplicable
- ✓ Quemaduras por cigarrillos, estufas, fricción de objetos
- ✓ Errores reiterados al dar la medicación. Sospecha de supra o inframedicación
- ✓ Alopecia parcheada (falta de pelo en partes del cuero cabelludo)
- ✓ Cambios inesperados del comportamiento

MALOS TRATOS DE TIPO SEXUAL

- ✓ Hematomas en las mamas o áreas genitales
- ✓ Infecciones genitales o enfermedades venéreas inexplicables
- ✓ Sangrados vaginales o anales inexplicables
- ✓ Sangre o manchas en la ropa interior
- ✓ Comportamiento sexual desinhibido
- ✓ Queja de asalto sexual o violación

MALOS TRATOS PSICOLÓGICOS/EMOCIONALES

- ✓ Sensación de desamparo. Búsqueda de atención y afecto
- ✓ Deliberado aislamiento de sus relaciones sociales
- ✓ Queja de que no cuentan con ella para tomar decisiones
- ✓ Vacilaciones para hablar abiertamente
- ✓ Relato de historias "imposibles"
- ✓ Confusión o desorientación
- ✓ Ira hacia o miedo de extraños, cuidadores, etc.
- ✓ Depresión. Baja autoestima
- ✓ Agitación
- ✓ Cambio de carácter cuando está presente el posible responsable de malos tratos
- ✓ Infantilización

MALOS TRATOS ECONÓMICOS/FINANCIEROS

- ✓ Pérdida inexplicable de dinero, cheques, etc.
- ✓ Firmas que no se parecen a la de la víctima o de personas que no saben o no pueden escribir
- ✓ Cambios o recientes realizaciones de testamentos, transmisión de poderes, etc. cuando la persona mayor no es capaz de tomar decisiones
- ✓ Desconocimiento de la persona mayor de su estado económico, preocupación por el mismo
- ✓ Inusitado interés de alguna persona por hacerse cargo de la persona mayor
- ✓ Queja de la persona mayor de que le tocan sus efectos personales sin autorización.
- ✓ Falta en el domicilio del confort que se consideraría adecuado a su nivel socioeconómico

ABANDONO/NEGLIGENCIA

- ✓ Queja de abandono
- ✓ Suciedad, olor a heces u orina
- ✓ Erupciones en la piel no tratadas
- ✓ Úlceras por presión
- ✓ Malnutrición o deshidratación
- ✓ Enfermedades no tratadas. Mal cumplimiento terapéutico
- ✓ Deterioro progresivo de la salud sin causa evidente
- ✓ Número de medicamentos excesivo o insuficiente en relación con los problemas de salud que presenta la persona mayor
- ✓ Condiciones de inseguridad o presencia de barreras arquitectónicas en el domicilio
- ✓ Vestido inadecuado
- ✓ Dejar sola a una persona mayor en un centro sanitario
- ✓ Dejar sola durante largo tiempo a una persona mayor impedida en su domicilio
- ✓ Trato de silencio

Además de toda la información obtenida mediante las técnicas comentadas, deberemos tener en cuenta la información que puedan aportarnos los profesionales que atienden a la víctima y/o al responsable de los malos tratos (médico, trabajadora social, auxiliar de ayuda a domicilio, etc.), los agentes de apoyo informal (voluntario), familiares y amigos.

Para recopilar toda la información que se haya obtenido en esta fase o “previo al plan de actuación” y en las posteriores, se abrirá una “Historia del caso”, en la que se recogerá la información correspondiente a la persona que se sospecha que está siendo víctima de malos tratos y de la persona que se sospecha que es responsable de los mismos.

La “Historia del caso” contará con una Ficha de Recepción de Datos (en la que se recogerá toda la información inicial recibida sobre el caso), una Ficha de Actuaciones Previstas (donde se planificarán las actuaciones que se esperan realizar y su temporalización) y una Ficha de Seguimiento (que recogerá los resultados de todas las actuaciones realizadas con el mayor).

Una vez determinado que se están produciendo malos tratos así como el/los tipo/s de maltrato presente deberemos evaluar la frecuencia, la intensidad y la gravedad de los mismos, conocer si la víctima y el responsable son conscientes de que se están produciendo malos tratos y si existe sufrimiento en alguno de ellos o en ambos. El resultado de dicha valoración nos indicará la urgencia de la intervención y la necesidad de colaborar con otros profesionales, personas o estamentos.

Es muy importante que seamos conscientes, al realizar la valoración de los malos tratos, de que los profesionales podemos cometer algunos errores al enfrentarnos a estas situaciones. Por un lado, podemos correr el riesgo de culpabilizar al responsable o a la persona mayor de la situación que está teniendo lugar, por tener información sesgada o contradictoria. Ante esto es muy importante tener en cuenta que muchas de las situaciones de malos tratos hacia las personas mayores que se producen son “no intencionales”, es decir, el responsable no tiene intención de hacer daño a la persona mayor, e incluso puede que no sea consciente de que lo que está haciendo sea constitutivo de malos tratos, y es que, hacer una inadecuada interpretación inicial, puede llevarnos a una intervención incorrecta. Por otro lado, realizar una valoración de los casos de malos tratos incompleta puede influir en los resultados de las intervenciones, como por ejemplo una denuncia poco fundamentada en el Ministerio Fiscal.

INTERVENCIÓN EN MALOS TRATOS

Antes de iniciar cualquier tipo de intervención, 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 valorar si la persona mayor víctima de malos tratos tiene capacidad cognitiva para tomar decisiones, y en caso de que esté intacta, 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. Es importante que, aunque debemos garantizar estos derechos fundamentales, estu-

diaremos cada caso individualmente, y que las actuaciones y decisiones que se lleven a cabo estén basadas en las particularidades de cada una de las víctimas y de los responsables de los malos tratos.

Una adecuada intervención deberá basarse en una evaluación completa de la situación, fundamentada y documentada. Una vez obtenida toda la información necesaria deberá realizarse un completo plan de actuación en el que se recojan los objetivos y las actuaciones que se llevarán a cabo para eliminar los malos tratos. Se elaborará un plan de intervención individualizado y específico para cada situación de malos tratos (víctima, responsable y contexto), siendo muy útil el Modelo de Johnson para valorar el daño potencial en la víctima (Bazo, 2001), que señala la urgencia de la intervención en función del tipo, gravedad, intensidad y frecuencia de los malos tratos.

La intervención debe estar enfocada al tipo, gravedad, intensidad y frecuencia de los malos tratos, por lo que no podemos fijar un modelo único de intervención, sino tener unas directrices básicas que nos permitan orientar el trabajo posterior de intervención. Por ello, es muy importante que no perdamos de vista en ningún momento el riesgo que puede estar corriendo la víctima, la gravedad de la situación y la posibilidad de una intervención de emergencia para proteger a la víctima.

Otro de los factores claves de la intervención en los malos tratos hacia las personas mayores es el trabajo no sólo con la víctima, sino también con el responsable de los mismos. Ninguna intervención estará completa si no intervenimos también con el responsable de los malos tratos, dado que podemos hacer consciente a la víctima y empoderarla ante los malos tratos, pero si no intervenimos con el responsable, la situación continuará produciéndose. Del mismo modo que hacemos con la víctima, será muy importante trabajar con el responsable en la aceptación de la misma (Echeburúa y Corral, 2009; Echeburúa et al, 2004; Echeburúa et al, 2001). Además, debemos recordar que los malos tratos hacia las personas mayores tienen la particularidad de que en ocasiones son no intencionados, por lo que la educación en cuidados adecuados y el respeto serán puntos a trabajar con el responsable de los mismos. Atender únicamente a la víctima dejaría incompleta la intervención y correríamos el riesgo de que ésta quedara interrumpida por cualquier cambio en el responsable de los malos tratos. También deberemos dirigir nuestra intervención hacia el entorno psicosocial de ambos y de los profesionales que les atienden (Caballero y Remolar, 2000).

El trabajo inter y multidisciplinar será otro de los puntos clave dentro de la intervención. Como se ha señalado anteriormente, el trabajo con la víctima debe realizarse desde una perspectiva biopsicosocial, con un trabajo coordinado de todos los profesionales que están relacionados tanto con la víctima como con el responsable (establecer objetivos comunes, planificar tareas de cada profesional, mantener a todos los miembros informados de los cambios que se produzcan, etc.).

Es nuestra responsabilidad analizar y tener en cuenta las consecuencias de nuestra intervención, por lo que cada decisión o cada actuación llevada a cabo deberá ser estudiada a corto, medio y largo plazo, para poder garantizar en todo momento que el bienestar y la seguridad de la víctima no se vean dañadas por nuestra intervención.

Es adecuado pensar, además que, aunque los profesionales consideremos necesaria la intervención en los malos tratos, tanto la víctima como el responsable pueden negarse a ella, o no colaborar en los objetivos propuestos. En estas ocasiones deberemos valorar si nuestra intervención está siendo la más adecuada y si nuestra figura podría ser sustituida por otro profesional, psicólogo o no, que pueda ayudar de algún otro modo a la víctima a revertir la situación.

Los profesionales deberemos analizar la concepción que tenemos acerca de la vejez y de los malos tratos, y los estereotipos y prejuicios que tenemos asociados a los mismos (qué sabemos, qué hacemos para comprender la violencia y a partir de qué valores intervenimos en un caso de malos tratos), con el fin de que podamos garantizar la objetividad de nuestra intervención. Sería muy interesante poder realizar sesiones grupales de presentación de casos en las que poder exponer de forma organizada la información de los mismos, intercambiando y compartiendo información desde las distintas perspectivas profesionales, y, además, poder expresar o exteriorizar nuestras sentimientos, pensamientos o reacciones ante estas situaciones que tienen tanta carga emocional, también para los profesionales.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MALOS TRATOS

Por todo lo expuesto anteriormente, y antes de iniciar la intervención psicológica, una vez realizada la valoración de los malos tratos, deberemos (Fernández-Alonso et al, 2006):

- ✓ Estimar el riesgo de la situación y urgencia de la intervención, analizando si la intervención psicológica es la más adecuada o es precisa una intervención más urgente y dejar la intervención psicológica para más adelante (por ejemplo apoyo emocional tras una denuncia).

- ✓ Procurar realizar la intervención tanto con la víctima como con el responsable, si es posible.
- ✓ Analizar y tener en cuenta el interés de ambos por colaborar en la intervención
- ✓ Determinar la capacidad cognitiva de la víctima para entender la situación, dado que nos encontraremos casos en los que el deterioro cognitivo de la víctima impedirá su entendimiento de la situación o la toma de decisiones.
- ✓ Establecer un equilibrio entre autonomía de la víctima para la toma de decisiones y las medidas de protección por parte de los profesionales intervinientes
- ✓ Realizar una intervención completa, Bio-Psico-Social
- ✓ Crear y/o fortalecer la relación con otros profesionales relacionados con el caso
- ✓ Registrar la valoración y la intervención llevada a cabo por si es solicitado por orden judicial.

Las intervenciones que se realizan en malos tratos proceden de muchos ámbitos, sociales y sanitarios, con objetivos muy diversos. Desde la psicología buscamos dar atención a aquellos problemas y consecuencias psicológicas y emocionales que derivan de los malos tratos, como pueden ser la depresión, la ansiedad o la baja autoestima.

Pese a de todas las investigaciones llevadas a cabo para estudiar la prevalencia de los malos tratos y la detección de estos, apenas existen investigaciones controladas sobre la intervención en malos tratos, sin tener en cuenta la gran carga psicológica que tienen los malos tratos.

Autor	Tratamiento
Walker (1991)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento de la manipulación y el control externo 2. Tratamiento de los síntomas de disociación 3. Tratamiento de síntomas de rabia y miedo 4. Tratamiento de la confusión entre la intimidad sexual y la emocional 5. Tratamiento de la sumisión y síntomas de resentimiento
Dutton-Douglas (1992)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo terapéutico del trauma 2. Disminución de los síntomas específicos 3. Reestructuración cognitiva 4. Reconstrucción de una nueva vida
Webb (1992)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de la relación terapéutica 2. Evaluación de los síntomas 3. Identificación de objetivos 4. Diseño del plan de acción 5. Intervención cognitiva (modelado, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva e inoculación de estrés) 6. Evaluación de los logros conseguidos
Echeburúa y Corral (1998)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión emocional 2. Reevaluación cognitiva 3. Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento
Villavicencio (2000)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar apoyo y comprensión a la víctima y facilitarle un espacio para su desahogo emocional 2. Aumentar la seguridad de la víctima y de sus familiares 3. Ayudarle a reestablecer el control sobre su propia vida domando sus propias decisiones 4. Hacerle comprender que ella no es responsable de la rabia ni de las conductas violentas de su pareja y que nadie tiene derecho a maltratar 5. Ayudarle a aclarar las expectativas de roles de género y mitos sobre la violencia doméstica 6. Entregarle información sobre violencia doméstica y sus consecuencias más comunes 7. Ayudarle a reconocer sus fortalezas y habilidades 8. Ayudarle en la expresión de emociones, sobre todo en los sentimientos contradictorios hacia el agresor 9. Ayudarle a afrontar los sentimientos de pérdida y duelo en el caso de una separación 10. Ayudar a la víctima a proyectarse hacia el futuro

Si analizamos la intervención en violencia doméstica, Arinero (2006) realiza un repaso de las principales estrategias de intervención planteadas por distintos autores:

Con respecto a las personas mayores apenas contamos con referentes de intervención en malos tratos hacia personas mayores, con el hándicap añadido de que esta intervención puede no haber sido solicitada por la víctima.

La mayor parte de los programas de intervención que se han desarrollado han tenido como destinatarios a los cuidadores de personas mayores con demencia con el objetivo de atender a diversas variables como el malestar, los pensamientos disfuncionales, la frustración, la depresión y los sentimientos de sobrecarga emocional. Estos programas no fueron diseñados para la intervención en malos tratos, pero la atención a estas variables pueden reducir o evitar la aparición de los mismos (Pérez Rojo y Chulián, 2013).

Lo que planteamos a continuación es una propuesta de intervención basada en la experiencia profesional de atención a personas mayores que son maltratadas en el Programa de actuación en negligencia y malos tratos psicológicos del Ayuntamiento de Madrid en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid *. Esta intervención es meramente descriptiva, y no se pueden ofrecer datos sobre la evolución de los síntomas ni la eficacia del tratamiento. La planificación de la intervención se basó en un primer momento en la intervención en maltrato infantil y violencia doméstica, habiéndose adaptado a las necesidades concretas de este tipo de maltrato.

Es importante recordar que este programa se desa-

rolla con un equipo multidisciplinar, y que, aunque sólo se especificará la tarea del psicólogo, es importante hacer hincapié en la importancia del trabajo conjunto entre todos los profesionales, para atender a todas las esferas (Bio-psico-social).

Las técnicas y terapias de intervención que se utilizarán en la intervención en malos tratos a personas mayores serán variadas, combinándose en función de las situaciones, personas, problemas, tipo/gravedad/frecuencia/intensidad de los malos tratos, etc., siendo necesario que el trabajo del profesional sea en esta fase muy flexible. Por eso, es muy importante que, una vez realizada la valoración del caso, se realice una propuesta de intervención con objetivos y actuaciones que se llevarán a cabo, siendo conscientes de que este plan de actuación se irá modificando y adaptando conforme avance la intervención.

Es por ello que no podremos planificar ni el tipo ni la longitud del tratamiento, ni podremos basarnos en estándares de intervención, dado que durante el desarrollo del mismo pueden intervenir multitud de factores que harán que cada caso sea particular y único en el proceso (la intervención de otros profesionales, la aparición de enfermedades incapacitantes o el empeoramiento en la salud de la víctima, problemas sociales, físicos o económicos del responsable, etc.). Aun así, podemos establecer una serie de pasos que a modo de guía pueden servir al iniciar la intervención psicológica:

El primer paso que llevaremos a cabo una vez que hemos recibido la alerta de los malos tratos (bien a través de la víctima, bien a través de otras personas relacionadas con la misma, como por ejemplo profesionales relacionados con ella) será intentar establecer una alianza terapéutica, no sólo con la víctima, sino también con el responsable. Es decir que, incluso antes de iniciar la valoración de los malos tratos, deberemos crear un vínculo de confianza que permita la aceptación de la intervención y la adherencia al tratamiento desde los momentos iniciales.

Una vez establecida la confianza, el psicólogo deberá informar y formar a la víctima sobre los malos tratos, por qué se están produciendo, cuáles son los indicadores, la importancia y la gravedad que tienen y cuál es el ciclo de funcionamiento de los malos tratos. Todo esto deberá ser valorado en toda situación y contexto, analizando el momento y la pertinencia de dar toda esta información a la víctima y al responsable (realizarlo de manera brusca o a destiempo podría entorpecer o perjudicar la intervención).

Además, deberemos hacer conscientes de toda esta información a la víctima y ayudarla a canalizarla, para que no tenga un efecto rebote sobre ella, pudiendo aparecer sentimientos o emociones negativas que le provoquen más daño emocional o que le pongan en contra del profesional con el fin de proteger al responsable de los malos tratos.

Así mismo, toda la información sobre los malos tratos (tanto en casos en los que son intencionales como en los que no lo son) deberá ser transmitida al responsable buscando el momento más adecuado para que no se levanten barreras en contra de la intervención.

Deberemos analizar cuáles son los objetivos generales de la intervención y a partir de ahí plantear las actuaciones que se llevarán a cabo, dado que el objetivo terapéutico podrá variar en función de las distintas realidades. Puede que la intervención se encamine a apoyar a la víctima en la denuncia del responsable, a su ingreso en un centro gerontológico o a la continuidad en el domicilio junto al responsable o responsables de los malos tratos.

En función de los resultados obtenidos en la valoración realizada, de las necesidades e inquietudes de la víctima y del objetivo general que nos planteemos tras la valoración de los malos tratos, los objetivos y las actuaciones que deberá llevar a cabo el psicólogo en la fase de la intervención serán:

- ✓ Atender a la resolución de problemas, planificar acciones y apoyar en la toma de decisiones
- ✓ Fomentar la expresión emocional y dar soporte emocional tanto a la víctima como al responsable. Debemos tener en cuenta que hacer conscientes, tanto a la víctima como al responsable, de la ocurrencia de los malos tratos (en el responsable, principalmente, cuando tiene carácter no intencional) puede tener efectos emocionales que afecten a su conducta de forma negativa (por ejemplo claudicación en los cuidados) o la aparición de algún problema emocional o psicológico (por ejemplo depresión).
- ✓ Reducir el estrés y la ansiedad. Una de las técnicas a utilizar será el entrenamiento en relajación y respiración. Además se analizarán los hábitos de sueño y alimentación, con el fin de establecer pautas que permitan el alivio físico que disminuya la tensión. La mejora de las relaciones sociales y la promoción de actividades sociales serán otras de las propuestas que se llevarán a cabo.
- ✓ Dar apoyo emocional para la desculpabilización de la víctima, principalmente de ideas irracionales relacionadas con la educación dada a los hijos
- ✓ Ante las conductas disruptivas de los mayores con demencia, que un cuidador no entrenado puede malinterpretar como intencionales, formar en los cambios que se producen durante la demencia y las estrategias a seguir ante la aparición de conductas que puedan alterar la convivencia.

- ✓ Realizar reestructuración cognitiva (eliminación de ideas irracionales o erróneas, como por ejemplo el papel sumiso de la mujer en la familia que aún podemos detectar o la creencia de poder de “sanar” a un hijo alcohólico en casa; disminución de emociones dolorosas: culpabilidad, vergüenza...)
- ✓ Combatir barreras e Identificar los pensamientos distorsionados y eliminarlos (visión túnel, culpabilidad, los debería...)
- ✓ Ayudar a expresar sentimientos y temores, que en muchas ocasiones se convierten en barreras que impiden la intervención.
- ✓ Entrenar en habilidades sociales (saber decir no o saber responder ante demandas excesivas del responsable, con respuestas que no comprometan a la víctima y no supongan un enfrentamiento posterior con el responsable, pero que hagan valer sus decisiones)
- ✓ Aprender y 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 y las consecuencias posteriores)
- ✓ Favorecer y apoyar la Resolución de problemas: Análisis del problema, generación de alternativas posibles, extrapolación de los resultados, análisis de consecuencias, toma de decisiones
- ✓ Ensayar mediante modelaje las situaciones de riesgo, ayudando a dar las respuestas más adecuadas y más positivas para la situación. Con ello conseguiremos darle más seguridad ante la aparición de problemas (en el entrenamiento siempre se le explicará a la víctima que el objetivo principal es su seguridad y se la invitará a desarrollar las conductas más adecuadas y convenientes en función de la situación.
- ✓ Apoyar y fomentar el apoyo social, con el fin de evitar el aislamiento social y buscar más apoyos tanto para la víctima como para el responsable de los malos tratos, dado que en ocasiones la soledad del responsable puede ser el caldo de cultivo del inicio de los malos tratos.
- ✓ Mejorar la autoestima tanto de la víctima como del responsable, cuando lo veamos necesario. La víctima puede ver muy mermada su autoestima por el sufrimiento de los malos tratos, dado que una de las consecuencias de los mismos es la infravaloración personal y la culpabilidad. En el responsable trabajaremos la autoestima por ejemplo cuando se han producido malos tratos no intencionales y el conocimiento de ello pueda provocar malestar emocional y sentimientos de incapacidad para llevar a cabo los cuidados adecuados.
- ✓ Realizar entrevista motivacional con el responsable trabajando el “darse cuenta” (malos tratos, consumo de sustancias tóxicas, búsqueda de trabajo...)
- ✓ Establecer un contrato conductual con el responsable, con el fin de que se establezca un compromiso entre profesional y responsable de las tareas a realizar por ambos y de las consecuencias de la realización o no de dichas tareas. De este modo, estableceremos un compromiso hacia la ejecución de dichas tareas y un cambio de su conducta, así como evitar que se deleguen en los profesionales el cambio de la situación de malos tratos, basándose sólo en la obtención de recursos sociales.
- ✓ Ayudar a la víctima a entender los riesgos y evitar la minimización y la tolerancia que se genera en las situaciones de maltrato. En este sentido es conveniente analizar las distintas acepciones que tiene la palabra “tolerar” como son: aceptar, admitir, aguantar, soportar, disculpar, resistir, sobrellevar ... (Fuente: wordreference); sufrir, llevar con paciencia; permitir algo que no se tiene por lícito, sin aprobarlo expresamente (Fuente: RAE). Viendo estas acepciones encontramos que la tolerancia no implica que la víctima acepta sin más la ocurrencia de los malos tratos, sino que se trata de una acción que conlleva una gran carga emocional negativa. Es por ello que no debemos censurar a la víctima ante la tolerancia de los malos tratos, sino más bien ayudarla a conocer por qué se produce esta tolerancia, las consecuencias que entraña tolerarlos y enseñarla a enfrentarse a ellos de una forma más positiva, con menor coste emocional negativo y con resultados más óptimos. En ocasiones, cuando los malos tratos vienen dados desde el inicio del matrimonio, la víctima no es consciente de la gravedad de los hechos, y “acepta” que las relaciones se establezcan de este modo. Así mismo, en otras ocasiones, cuando el responsable es uno de los hijos de la víctima, ésta se siente en la obligación de aceptar lo que ocurre en la convivencia o en la situación de cuidados.
- ✓ Analizar el carácter y actitud de la víctima con respecto al responsable (si reclama más atención o cuidados de los que necesita, si es exigente o manipuladora, si provoca enfrentamientos entre distintos miembros de la familia, etc.) y la presencia de trastornos mentales que puedan dificultar la convivencia. En caso de haberlos, trabajar con la víctima los efectos negativos de dichos comportamientos y la necesidad de eliminarlos, y con el responsable el afrontamiento de las situaciones y la actitud ante ellos, con el fin de erradicarlos.

- ✓ En caso de encontrar problemas como estrés o frustración en el cuidador sobrecargado, y que estos sean en parte responsables de la presencia de negligencia no intencional, apoyar al responsable con acciones como adiestramiento en cuidados, reducción de estrés mediante la formación en relajación y respiración, búsqueda de ayuda formal e informal, etc.
- ✓ Recordar y fomentar los derechos y deberes convivenciales tanto de la persona mayor como del responsable de los malos tratos.
- ✓ Ayudar a la víctima a superar el trauma o sufrimiento psicológico provocado por los malos tratos, dado que vienen dados por personas en las que depositan su confianza.
- ✓ Ayudar a la víctima a recuperar su dignidad y hacer valer sus derechos

Pero, todos estos objetivos no tendrán consistencia y no se conseguirán si el profesional no es empático con la víctima, con el responsable y con la situación. Esto no implica que el profesional deba aceptar y estar de acuerdo con la situación de malos tratos o con las conductas o discursos de la víctima o del responsable de los malos tratos, sino que el profesional sea capaz de ponerse en su lugar para entender por qué se ha producido esa situación, y partiendo de la perspectiva inicial de cada uno de los protagonistas, poner en marcha todas las acciones necesarias para modificar la situación que ha llevado a que se originen los malos tratos.

Además, deberemos evitar los juicios de valor determinados por la información inicial que tengamos de la situación, realizada a veces de forma apresurada o incompleta, o derivada por profesionales que no han ahondado o no han podido conocer en profundidad la situación, y que nos puede dar una visión sesgada del mismo. Basarnos desde el inicio en nuestra propia escala de valores para llevar a cabo la intervención, puede conducirnos a una situación de fracaso y a un enfrentamiento directo tanto con el responsable como con la víctima. Por tanto, será preciso conocer cuál es la perspectiva desde la que parten cada uno de ellos, reorientar la situación y conseguir que la persona mayor reciba un buen trato por parte de las personas que le rodean.

Por ello, y para terminar, será muy importante ante toda intervención que (Tabueña, 2009):

1. Reconozcamos nuestros mitos y estereotipos sobre los malos tratos y sobre la vejez (qué sabemos, qué hacemos para comprender la violencia y a partir de qué valores intervenimos en un caso de malos tratos).
2. Realicemos formación continua acerca de las personas mayores y los malos tratos, y plantearnos y analizar la intervención de cada uno de los profesionales.
3. Valoremos la actitud de la persona mayor, su capacidad para decidir, y en caso de que ésta esté intacta, aceptar sus decisiones, siempre y cuando su integridad física y psicológica no esté en peligro.
4. Analicemos las consecuencias de nuestra intervención.
5. Realicemos un trabajo multiprofesional e interdisciplinar, dado que se trata de situaciones muy duras, “descargar las emociones”, intercambiar y compartir información (Cuesta, 2006).
6. Se consiga la coordinación entre administraciones y el trabajo conjunto de todos los profesionales (tarea que en ocasiones se consigue gracias a la buena voluntad de los profesionales), promoviendo el trabajo en red y las dinámicas participativas.

En conclusión, el abordaje de un fenómeno con unas consecuencias tan negativas e importantes para las personas mayores es complejo y difícil. Por ello es importante que se siga estudiando y trabajando en los malos tratos, partiendo de la difusión de información y formación de los profesionales que trabajan con personas mayores.

* En el seno del programa de atención a mayores vulnerables y fruto de una larga trayectoria (Martín Tejedor, 2009), desde el año 2009 hasta la actualidad, se viene desarrollando desde la Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid el Programa de Actuación en Negligencia y Malos Tratos Psicológicos a Personas Mayores, en el que un equipo interdisciplinar, compuesto por una Trabajadora Social, una Enfermera y una Psicóloga, atienden a las personas mayores víctimas de negligencia y malos tratos psicológicos y a los responsables de los mismos que son derivados por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, cuyos resultados de valoración e intervención serán publicados próximamente. Las indicaciones sobre la intervención psicológica que se han mostrado anteriormente están basadas, además de en la bibliografía referenciada, en la experiencia práctica de los años en los que se lleva desarrollando este programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Amor, P. y Bohórquez, I. (2006). *Mujeres víctimas de maltrato doméstico*. Facultad de Psicología. Madrid: UNED.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Bain, P. y Spencer, C. (2007). *Abuse of older adults: signs and effects*. Federal/Provincial/Territorial Ministers responsible for seniors in Canada.
- Baker, A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5(8), 20-24.
- Bazo, M.T. (2006). Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores. En: J. L. de la Cuesta Arzamendi (Ed.), *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar* (págs. 40-59). San Sebastián: Hurkoa Fundazioa
- Bazo, M.T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 36(1), 8-14
- Blanco P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., Martín-García, M. (2004). La violencia de la pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1), 182-188.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Carbajo, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *ENSA-YOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87-96.
- Caballero, J.C. y Remolar, M.L. (2000). Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria Gerontología*, 10(3),177-188
- Caballo, V.E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: 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
- Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 57-64
- Chulián, A. y Pérez Rojo, G. (2014). Malos tratos hacia las personas mayores. Causas, consecuencias y estrategias de intervención psicológica. *Guía del Psicólogo*, 34, 3-5.
- Consejo General Del Poder Judicial (CGPJ) (2009). *Personas mayores vulnerables: Maltrato y abuso*. Madrid: Centro de documentación judicial.
- Cuesta, J.L. (coord) (2006). *El Maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Donostia (San Sebastián): Hurkoa Fundazioa.
- Dong, X., Simon, M., Mendes de Leon, C., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., Dyer, C., Paveza, G. y Evans, D. (2009). Elder Self-Neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. *American Medical Association*, 302(5), 517-526
- Echeburúa, E. y Corral, P. de (2009). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI
- Echeburúa, E. et al (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?. *Papeles del psicólogo*, 25 (088), 10-18.
- Echeburúa, E. et al (2001). Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (2), 19-31.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI
- Fernández-Alonso, M.C. et al (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 37(2),113-115
- Fernández, M.C. (2003). *Violencia doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fortes, P. (2007). *Guía de prevención del maltrato en personas mayores*. Gobierno de Chile. Chile: SENAMA
- Franco, M. (2007). Posttraumatic stress disorder and older women. *Journal of women and aging*, 19(1-2), 103-117.
- García Fuster,E. (2002). Visibilidad y tolerancia social de la violencia familiar. *Psychosocial Intervention*, 11(2), 201-211.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).
- Jiménez, M.L. y Ruiz, I. (2005). *Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Informes, estudios, trabajos y dictámenes*. Madrid: Observatorio de salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Kessel, H. et al. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 31, 367-372
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (2002). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lorente Acosta, M: (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica. Ares y mares.
- Moya, A. y Barbero, J. (coord.) (2006). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO.
- Muñoz Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.
- OMS, Universidad de Toronto y Ryerson, INPEA. (2002). Declaración de Toronto para prevención global de maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37, 332-333.
- OMS (2006). *Maltrato de ancianos y alcohol*. Ginebra: World Health Organization (WHO/OMS).
- Osorio, A.B. y Sánchez, M.P. (2002). Calidad de vida en los mayores y apoyo social. *Revista Mágina*, 13, 9-20
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussin screening for elder abuse at primary health care level*. Ginebra: World Health Organization (WHO/OMS).
- Pérez, J. y Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*, 13 (2), 155-161.
- Pérez Rojo, G. (2004). Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. *Portal Mayores IMSERSO, Informes Portal Mayores*, n°16. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>
- Pérez Rojo, G. e Izal, M. en Imsero, OMS y SEGG (2007). *Malos Tratos a personas mayores. Adaptación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Madrid: Colección Documentos Serie Documentos Técnicos n° 21013
- Pérez Rojo, G. (2008). *Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha de maltrato hacia personas mayores en el ámbito familiar*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Pérez Rojo, G. et al. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 105-117.
- Pérez Rojo, G. y Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Revista Sociedad y Utopía*, 41,127-167.
- Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1989).The prevalence of Elder abuse: A random simple survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.
- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of elderly in Canada. *Journal of elder abuse and neglect*, 4, 5-58.
- Quinn, M.J. y Tomita, S.K. (1997). *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis and Intervention Strategies*. 2ª ed. New York: Springer
- Reay, A. M. y Browne, K. D. (2002). The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(4), 416-431.
- Risco, C; Paniagua, M.C.; Jiménez, G.; Poblador, M.D.; Molina, I. y Buitrago, F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de malos tratos en la población anciana. *Medicina clínica*, 125(2), 51-55.
- Sáez Narro, N. Meléndez Moral, J. C. Aleixandre Rico, M. (1994). Los estereotipos en los ancianos: un estudio empírico y sus resultados. *Revista de Psicología de la Educación*, 14, 75-89.
- Sancho, M. et al (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- Serrano Garijo, P. (2013). Atención a mayores vulnerables: El acercamiento a quienes no demandan. *Revista Sociedad y Utopía*, 41, 299-327.
- Straka, S., Montminy, L. (2006). Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence against women*, 12 (3), 251-267.
- Tabueña, M (2009). *Los malos tratos a las personas mayores. Una realidad oculta*. Barcelona. Obra Social de Caixa Catalunya.
- Tabueña, M (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 275-292.
- Yanguas, J.J., Leturia, F., Leturia, M. y Uriarte, A. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología. Manual práctico*. Madrid: Cáritas Española.
- Willis, C., Hallinan, M. y Melby, J. (1996). Effects of sex role stereotyping among European American students on domestic violence culpability attributions. *Sex Roles*, 34 (7-8), 475-491.

Ficha 1.

Protocolo de intervención en malos tratos

La intervención en casos de malos tratos a personas mayores debe realizarse dentro de un protocolo establecido que tenga un desarrollo continuado y permanente.

Los protocolos son documentos formalizados que aportan una metodología de actuación a seguir ante la aparición de un caso de malos tratos, detallando en las distintas fases o etapas los pasos a seguir.

Dicho proceso deberá ser único y adaptado a cada caso de malos tratos, en función del tipo o tipos de malos tratos que se estén desarrollando, así como la frecuencia, la intensidad y la gravedad de estos.

El protocolo debe realizarse con el fin de que pueda ser seguido por profesionales de distintos ámbitos (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, abogados...), con una perspectiva integral y desde un modelo biopsicosocial. Puede ser que no todos los profesionales intervengan en todos los casos, pero será necesario el trabajo interdisciplinar y coordinado. Es por ello que, en cada caso a tratar, será preciso contar con una persona que coordine el equipo y que pueda regular y analizar toda la información (puede ser cualquiera de los profesionales relacionados con el caso) y mantener informados a todos los profesionales del desarrollo del mismo. Eso sí, los profesionales implicados deberán estar formados en la atención y valoración de personas mayores y, sobre todo, en malos tratos a mayores.

La sospecha de malos tratos puede proceder de la propia víctima o del responsable de los malos tratos, de cualquier profesional que haya atendido a la víctima y/o al responsable (desde servicios sociales, centro de salud, servicio de atención de centro gerontológico, servicio de emergencias sanitarias o sociales...) o de alguien del entorno de la víctima y/o del responsable. Desde el principio hablaremos de sospecha de malos tratos, dado que hasta que no se confirmen los mismos mediante una evaluación exhaustiva de los mismos, no podremos hablar de malos tratos.

Deberá garantizarse la confidencialidad de la información recibida, y solicitar el permiso para informar a otras personas o profesionales (excepto en el caso de que sea preciso denunciar la situación por el riesgo que corre la víctima, porque se inflija el código penal por agresiones, amenazas o robo o porque se produzcan daños a terceros).

Será importante tener en cuenta la capacidad cognitiva de la víctima, su sufrimiento y sus necesidades de atención y cuidados, respetando en todo momento las decisiones de la víctima, el riesgo al que se enfrenta y las consecuencias de nuestra intervención.

El protocolo en un caso de malos tratos, debe ser un proceso en el que se incluya una valoración, una intervención y un seguimiento de los resultados de la intervención.

La valoración debe ser pormenorizada y exhaustiva, basada en una evaluación completa (sanitaria, psicológica y social) tanto de la víctima, como del responsable y del contexto en el que se desarrolla la situación de malos tratos.

Podrán utilizarse distintas técnicas como la entrevista, la observación y el uso de cuestionarios, así como el uso de documentación e informes aportados por otros profesionales, siendo muy importante que se recoja por escrito toda la información obtenida durante la valoración y durante la intervención, ya que cabe la posibilidad de que pueda ser necesario aportar esta documentación en caso de que hubiera que denunciar los malos tratos.

En el momento en el que se recibe información sobre un caso de malos tratos deberemos plantearnos distintas preguntas:

1. ¿Quién nos deriva la información? ¿Somos los profesionales más adecuados para dar respuesta a la víctima? ¿Y al responsable? En ocasiones es mejor no intervenir y derivar el caso a otros profesionales o entidades que hacerlo inadecuadamente.
2. ¿Se trata de un caso de malos tratos? Puede ser que nos llegue derivado por sospecha de malos tratos, pero que en realidad se deba a problemas de conducta de una persona que esté desarrollando demencia.
3. ¿Qué actuaciones podríamos llevar a cabo? Con el fin de analizar si podemos dar respuesta a la situación de malos tratos o deben ser otros profesionales u organismos quienes den respuesta a la víctima.
4. Analizar las características del incidente (tipo de malos tratos, gravedad, frecuencia e intensidad, historia previa de malos tratos).

5. ¿Es urgente la intervención? A partir de esta respuesta deberemos poner medidas de protección para la víctima, y valorar si es necesario interponer denuncia o apoyar a la víctima para que sea ella misma quien la interponga.

Si se considera que no es necesaria una intervención de urgencia y se puede reconducir la situación de malos tratos, tras poner medidas de protección para la víctima (servicio de teleasistencia, teléfonos de urgencia, red de apoyo formal e informal) pasaremos a una segunda fase en la que valoraremos el caso de malos tratos.

Para ello intentaremos resolver las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los indicadores que han llevado a sospechar la situación de malos tratos?
2. ¿Existen barreras que dificulten la valoración y la intervención?
3. ¿Tiene la víctima capacidad cognitiva para entender lo que sucede y tomar decisiones?
4. ¿Es consciente la víctima de los malos tratos? ¿Tiene historia previa de malos tratos?
5. ¿Se puede intervenir con el responsable? ¿Es consciente de los malos tratos? ¿Tiene capacidad para cuidar a la persona mayor?
6. ¿Hay otras personas del entorno implicadas o que pueden colaborar?
7. ¿Qué opinan otros profesionales sobre la denuncia de los malos tratos?

Para completar la Historia del caso, intentaremos obtener la siguiente información:

1. Datos de identificación
2. Composición familiar
3. Fuentes de información y metodología llevada a cabo por los profesionales para la obtención de dicha información.
4. Historia previa en Servicios Sociales y en el Centro de Salud
5. Situación socioeconómica de la familia (vivienda, situación económica, situación laboral).
6. Historia personal, antecedentes familiares de malos tratos, salud, relaciones sociales,
7. Estado físico, cognitivo, emocional y social de la víctima. Situación de vulnerabilidad de la víctima. Comportamiento ante la presencia del responsable y sin la presencia de éste. Capacidad para protegerse y buscar ayuda.
8. Estado físico, cognitivo, emocional y social del responsable. Habilidades para el cuidado. Consumo de drogas y/o alcohol. Historia previa de malos tratos con la misma víctima u otra. Atención a su propia persona (presencia de autonegligencia).
9. Relaciones y dinámica familiar. Antecedentes familiares. Otros miembros familiares presentes en el domicilio.
10. Red social y apoyos formales e informales con los que cuentan la víctima y el responsable de malos tratos.
11. Informes obtenidos por otros profesionales

Una vez analizada toda la información obtenida, deberemos realizar un diseño de intervención, que en ocasiones se comienza a poner en marcha desde la obtención de los primeros datos de la valoración del caso, aunque es importante contar con la mayor cantidad de información posible. Es por ello importante señalar que el diseño de intervención tendrá una estructura flexible que deberá ir adaptándose a los cambios constantes que puedan producirse (como por ejemplo cambios en la salud de la víctima).

Para realizar el diseño de intervención deberemos plantearnos las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el objetivo principal de la intervención? ¿Cuál es la finalidad de la misma?
2. ¿Cuáles son los objetivos que nos plantearemos a corto, medio y largo plazo?
3. ¿Qué actuaciones serán precisas llevar a cabo para cumplir dichos objetivos?
4. ¿Qué profesionales intervendrán?
5. ¿Cuáles son los servicios disponibles para atenderles?, ¿con qué recursos cuentan y qué recursos necesitan?
6. Tiempo para desarrollar el plan de intervención

Una vez diseñado el plan de intervención procederemos a llevarlo a cabo, en coordinación con el resto de profesionales.

Deberemos garantizar los cuidados básicos y la asistencia necesaria de la víctima: alimentación, cuidados de salud, vestimenta y contactos sociales. Además de informarle de sus derechos civiles y legales, y su capacidad de autodeterminación.

Si el riesgo no es importante o la intervención no es urgente, podremos proponer también la intervención con el responsable de los malos tratos.

Si la intervención es urgente, si la vida o la integridad física de la víctima están en riesgo, deberemos ponerlo en conocimiento de la autoridad competente, y plantearnos la intervención de cara al apoyo que deberemos darle a la víctima una vez iniciados los trámites legales o judiciales.

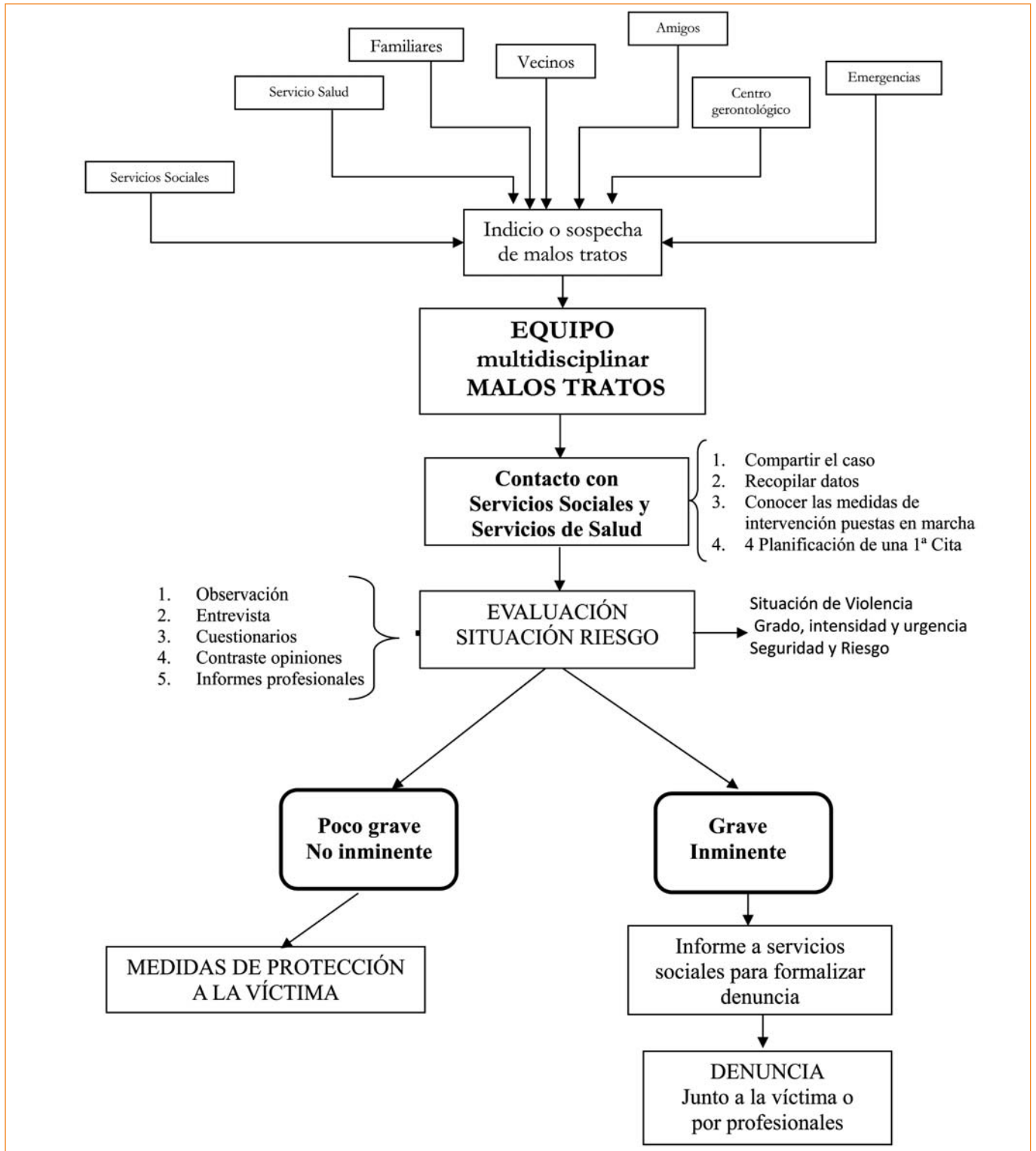
Conforme se vaya desarrollando el plan de actuación deberemos ir revisando el mismo, con el fin de analizar si se han conseguido los objetivos previstos y periódicamente valorar el riesgo que está corriendo la víctima y el sufrimiento que puede tener. Si es preciso, habrá que modificar el diseño de intervención, por lo que deberá ser un plan flexible y adaptado a las diferentes situaciones.

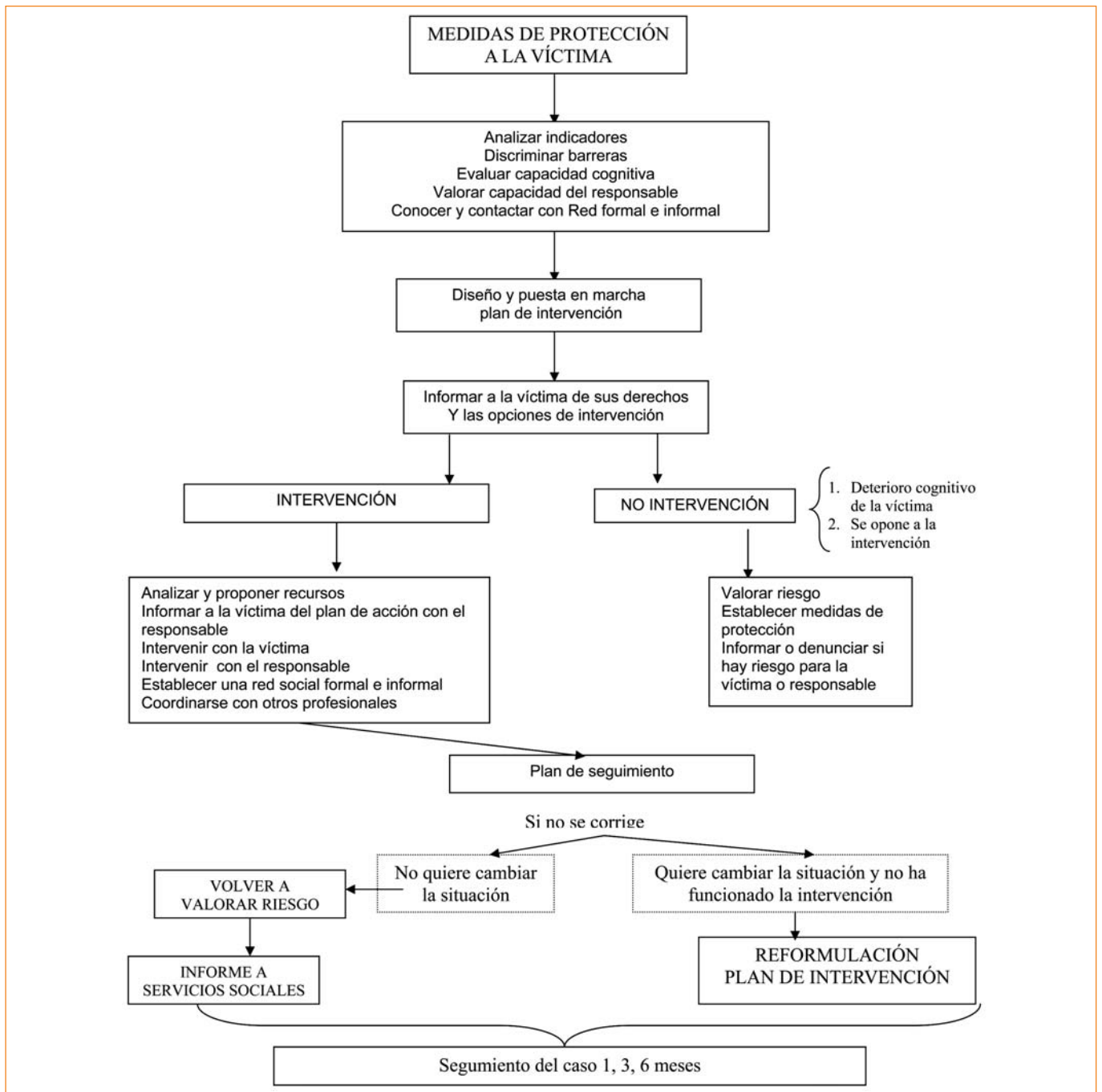
Si no se han conseguido los objetivos previstos, si la situación ha empeorado o han aparecido barreras que impiden la intervención, deberemos tomar nuevas decisiones que garanticen la seguridad de la víctima y minimicen el riesgo, como por ejemplo la decisión de presentar denuncia, informar a la Fiscalía de mayores o ponerlo en conocimiento de la Fiscalía de Incapacitaciones y Tutelas. El apoyo emocional del psicólogo con la víctima será crucial en este momento. Toda intervención deberá ser meditada en equipo y valoradas las consecuencias de cada uno de los pasos que se lleven a cabo. Volveremos de nuevo al punto base de intervención y analizaremos un nuevo diseño de plan de intervención.

Si los resultados han sido positivos y se han conseguido los objetivos propuestos, podremos dar por finalizada nuestra intervención. Será necesario informar a todos los profesionales que han intervenido en el caso de la finalización de nuestra intervención y garantizar que se dejan puestas medidas de protección eficaces para garantizar la seguridad de la víctima, como pueden ser el Servicio de Teleasistencia. Aun así, sería conveniente realizar un seguimiento del caso a los 3, 6 y 12 meses, con el fin de confirmar que la situación de malos tratos no se ha vuelto a producir.

Ficha 2.

Algoritmos de intervención





BIBLIOGRAFÍA

Edmonton, Alberta: Capital Health (2002) Elder Abuse Protocol.
 APEA (2013). Elder abuse protocol. Guidelines for action. <http://www.communities.wa.gov.au/Documents/Seniors/SO103%20Elder%20Abuse%20Protocol%20v4.pdf>
 South West Regional Elder Abuse Network (2011). Guidelines for developing elder abuse protocols. A south west Ontario approach. Canadá <http://www.thehealthline.ca/pdfs/ElderAbuseGuidelines2011.pdf>
 The action group on Elder Abuse (AGEA) (2007) Elder Abuse Protocol. Canadá <http://static.squarespace.com/static/53a3568be4b07cf349cc12cf/t/53ab949ee4b03b3c565bb524/1403753630530/Elder%20Abuse%20Protocol%20M anual%202007.pdf>
 Alberta Council of Women’s Shelters (). Abuse of older Adults: guidelines for developing coordinated community response models <http://www.onpea.org/english/pdfs/ACWSguidelines.pdf>