



boletín

sobre el envejecimiento

perfiles y tendencias

Nº 31

OCTUBRE 2007

Maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario

EDITORIAL

La celebración de la II Asamblea Mundial del envejecimiento en Madrid (2002), supuso un impulso definitivo para la investigación acerca de los malos tratos hacia las personas mayores. Sus recomendaciones, junto a las formuladas desde la OMS y la Red INPEA, han dado lugar a múltiples iniciativas para conocer sus especiales características, las percepciones de las propias personas mayores y de los profesionales en torno a este gravísimo problema, la elaboración de instrumentos y otros materiales didácticos para la detección, prevención e intervención ante estas situaciones. El IMSERSO, en colaboración con la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, ha asumido el papel protagonista que le correspondía en este proceso. Actualmente continua avanzando en esta línea del conocimiento a través de la financiación de investigaciones en su programa de I+D+I, y de la difusión de sus publicaciones y documentación electrónica especializada disponible en nuestro portal mayores.

Una de las líneas de investigación sobre maltrato hacia las personas mayores se centra en el estudio de los factores de

riesgo. Es en esta perspectiva donde se enmarca el trabajo recogido en este nuevo número de nuestro boletín, Perfiles y Tendencias. El análisis de los estudios existentes sobre los factores de riesgo arroja resultados contradictorios, poniendo en evidencia la complejidad de este fenómeno. La investigación de Gema Pérez Rojo (Universidad Autónoma de Madrid) pretende contribuir a esta área del conocimiento centrándose en una de las situaciones que generan mayor fragilidad entre las personas mayores: las situaciones de dependencia generadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Las personas que padecen estas enfermedades requieren unos cuidados de intensidad creciente, a lo largo de un período de tiempo superior a 10 años. Esta gran dependencia propicia la aparición de situaciones de estrés en las personas cuidadoras; estrés que puede generar malos tratos. En el estudio que se presenta a continuación, se midieron las diferencias de dos muestras de cuidadores con bajo y alto riesgo de recibir maltrato en diferentes variables del cuidador, de la persona y del contexto. Los resultados obtenidos vienen a confirmar el papel de las variables

que cuentan con mayor evidencia en la literatura científica como predictoras de riesgo de maltrato: la carga percibida por la persona cuidadora con respecto a las situaciones de cuidado y la frecuencia de conductas agresivas exhibidas por la persona cuidada. Aunque se requieran más estudios que profundicen en los factores de riesgo, estos resultados ponen de manifiesto que el estrés de los cuidadores puede desembocar en conductas tipificadas como maltrato, aspecto esencial a tener en cuenta al elaborar programas preventivos.

Sin duda este estudio va a contribuir a clarificar el conocimiento sobre los malos tratos hacia este grupo de población especialmente vulnerable, y que han permanecido prácticamente ocultos hasta ahora. Si desea ampliar información sobre éste u otros temas relacionados con los malos tratos, le sugerimos que consulte nuestro «especial maltrato» de Portal Mayores

(<http://www.imsersomayores.csic.es>).

**Observatorio
de Personas Mayores**

Primera edición: 2007

© IMSERSO, 2007

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales,
Familias y Discapacidad
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 216-07-006-2

Depósito Legal: BI-3.170-07

Imprime: Grafo, S.A.

Maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario.
Por Gema Pérez Rojo. Universidad Autónoma de Madrid.

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Definición de Maltrato hacia las Personas Mayores	4
3. Tipos de Maltrato hacia las Personas Mayores	7
3.1. Maltrato físico	7
3.2. Abuso sexual	7
3.3. Negligencia	8
3.4. Maltrato psicológico	8
3.5. Abandono	9
3.6. Violación de los derechos básicos	9
3.7. Abuso económico	9
4. Factores de Riesgo en el Maltrato hacia las Personas Mayores	10
5. Barreras para la identificación del Maltrato a Mayores	12
5.1. Método	13
5.2. Resultados	16
6. Discusión	19
Bibliografía	21

1 ♦ Introducción

El maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores se engloba dentro de la categoría general de violencia que puede tener como objeto a diferentes poblaciones (mujeres, niños, personas mayores, etc.). El maltrato hacia las personas mayores puede tener lugar en diferentes ámbitos: comunitario, institucional, sociedad, etc. Si ocurre en el ámbito comunitario, una de las categorías en las que se puede incluir es en la de violencia doméstica o familiar, en la que también se incluye el maltrato infantil y la violencia de pareja (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Estas categorías, aunque comparten algunas características (como por ejemplo, el hecho de que las víctimas dependan, generalmente, del responsable del maltrato para sus necesidades básicas), incluyen aspectos específicos (por ejemplo el hecho de que la violencia tenga lugar en distintos niveles sociales e individuales) (Steinmetz, 1990; Biggs, Phillipson y Kingston, 1995).

Hasta hace relativamente pocos años, la investigación sobre violencia familiar ha estado centrada exclusivamente en el maltrato infantil (tema en el que se comienza a investigar y publicar en los años sesenta) y el maltrato de pareja (emerge a partir de los años setenta), siendo por tanto, el maltrato a mayores la última categoría por la que se han preocupado los investigadores (Reay y Browne, 2002). El interés por este tema comienza a emerger a partir de la segunda mitad de los años setenta y principios de los ochenta (Hudson, 1986; Pillemer, 1985), con los artículos de Baker (1975) y Burston (1975), si bien en estos primeros estudios el maltrato a mayores se encuadraba exclusivamente dentro del contexto familiar, dirigido hacia mujeres mayores y haciendo referencia básicamente al maltrato físico (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Bennett y Kingston, 1993; Block y Sinnott, 1979; Lau y Kosberg, 1979; Pillemer, 1985).

Entre las razones por las que el maltrato a mayores ha sido la última categoría de violencia familiar a la que se ha prestado atención, se encuentran los pro-

blemas que han surgido alrededor de la definición del término en cuestión (Bennett y Kingston, 1993; Kingston y Penhale, 1995; Papadopoulos y La Fontaine, 2000), y a los tipos a los que hace alusión la misma, debido a que cada autor ha elaborado su propia definición y a partir de ahí su tipología.

Poco a poco este concepto ha ido cambiando con el descubrimiento, por ejemplo, de que el maltrato a mayores no sólo tiene lugar en el ámbito familiar (infligido por familiares, amigos, vecinos, etc.) sino también en el institucional (residencias, centros de día), por parte de profesionales y también por parte de la sociedad en general que, a través de ciertas actitudes edadistas, mantienen una visión negativa de la persona mayor, percibiéndola como una persona dependiente que necesita continuamente ayuda y apoyo, o a través de actitudes infantilizadoras (tratar a la persona mayor como si fuera un niño) (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Gordon y Brill, 2001). No obstante, a pesar de que durante muchos años se ha percibido a la familia como el ámbito en el que se proporcionaba cariño/afecto, siendo considerada lugar de protección para sus miembros (Steinmetz, 1990), es en este ámbito en el que existe la mayor frecuencia de maltrato hacia las personas mayores, siendo los parientes o familiares que están más frecuentemente en contacto con una persona mayor, en particular hijos y cónyuges, quienes con más frecuencia, son los responsables del mismo (Schiamberg y Gans, 2000; Papadopoulos y La Fontaine, 2000, National Center on Elder Abuse, 1998),

El maltrato a mayores no sólo se dirige hacia mujeres mayores sino también hacia hombres, si bien hay más mujeres mayores maltratadas. Esto puede ser explicado por varias razones, en primer lugar las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, por lo que, al ser proporcionalmente más numeroso este grupo, es mayor también la probabilidad de maltrato. En segundo lugar, es más frecuente que el resultado del maltrato recibido por una mujer requiera atención

sociosanitaria, posiblemente por la mayor probabilidad de que en el caso de la mujer se trate de maltrato físico. También, es más probable de que una mujer informe que está siendo maltratada que un hombre, debido por ejemplo a la vergüenza o al miedo a que no le crean. Además, en ocasiones, el maltrato a mujeres mayores es una continuidad de maltrato de género que se ha venido produciendo con anterioridad a la vejez.

Existen diferentes tipos de maltrato hacia las personas mayores incluyendo el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional, económico, negligencia, etc. (Gordon y Brill, 2001).

Aunque, poco a poco, progresivamente se va prestando mayor atención al tema de los malos tratos hacia las personas mayores, sin embargo, todavía queda mucho por hacer para que alcance el grado de atención que tienen otros tipos de violencia como el maltrato infantil y el de pareja (Papadopoulos y La Fontaine, 2000) en especial en España donde hace poco tiempo que este tema ha empezado a adquirir

relevancia. La concienciación y sensibilización de los profesionales que trabajan con personas mayores puede favorecer que se aborde este problema (Bennett y Kingston, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000) al permitir que tanto las personas mayores en riesgo de maltrato como aquellas que ya están siendo maltratadas o están sufriendo algún tipo de negligencia, lleguen a reconocer su situación.

No obstante hay que admitir que el maltrato a mayores podría ser más difícil de identificar que el maltrato infantil o de pareja debido, a la presencia de barreras que pueden estar presentes en la persona mayor, en el cuidador, en los profesionales y en la sociedad en general. Por ejemplo, el aislamiento social de la persona mayor maltratada, la negación de la situación tanto por parte de la persona mayor como por parte del responsable del maltrato, la falta de concienciación en el tema por parte de los profesionales, el edadismo, es decir, la discriminación de las personas mayores simplemente por su edad, todas ellas actúan como barreras para la identificación de esta forma de maltrato (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

2. Definición de Maltrato hacia las Personas Mayores

El problema fundamental con la definición del maltrato hacia la persona mayor es que no existe una definición universal. Entre las razones que pueden explicar esta situación destacan (Pérez, 2004; Papadopoulos, y La Fontaine, 2000):

- La diferencia en valores, actitudes y creencias individuales o, de un grupo de personas, cuando definen el maltrato a personas mayores.
- El concepto de maltrato ha sido desarrollado desde la perspectiva de los profesionales sin consultar a las propias personas mayores sobre qué creen ellas que es un comportamiento abusivo.
- La falta de voluntad, por parte de la sociedad, las instituciones y los profesionales, para reconocer que el maltrato es una cuestión importante.
- La falta de discusión y cooperación entre los diferentes organismos de profesionales que trabajan con personas mayores.
- Las diferentes perspectivas con que los investigadores/as se han aproximado a este tema: desde la víctima, la persona cuidadora, el profesional (médico, enfermera, trabajador social), organismo de servicios sociales, etc. (Glendenning, 1993).
- Esta falta de consenso ha provocado que los profesionales tengan problemas para identificar el maltrato cuando éste ocurre (Glendenning, 1993).
- Se ha creado confusión entre la discriminación de un conflicto familiar normal y una situación de maltrato (Henderson, Buchanan, y Fisher, 2002; Pillemer y Suito, 1988). Por ello, es muy importante tener en cuenta la percepción de la conducta y del contexto cultural por parte de la persona mayor para la identificación y el tratamiento de los casos, puesto que, una misma situación (por ejemplo, que un cuidador grite a la persona mayor) puede ser percibida como algo normal, si éste es un comportamiento habitual en su relación, o como una situación de maltrato, si ésta no es una interacción normal entre ambos (Wolf, 1998).
- Se han observado dificultades para comparar resultados de diferentes estudios realizados, dificultades para determinar lo que debe incluir el tratamiento para la persona mayor o el responsable del maltrato para ser efectivo y las dificultades en la comunicación de los resultados de investigación a la sociedad (Henderson, Buchanan, y Fisher, 2002; Pillemer y Suito, 1988; Johnson, 1986).
- Si no existe un marco de referencia definicional común, es imposible evaluar o construir conocimiento sobre el tema del maltrato a mayores (Johnson, 1986).

Por estas razones, diferentes autores han desarrollado numerosas definiciones, que han sido utilizadas para propósitos muy diferentes, creando, al mismo tiempo, barreras a la hora de conseguir un entendimiento común del maltrato hacia las personas mayores. Entre estas barreras destacan las siguientes (Pérez, 2004; Papadopoulos, y La Fontaine, 2000):

- El uso contradictorio de la terminología. Esto ha dificultado alcanzar un acuerdo acerca de la naturaleza del maltrato a personas mayores.
- Los términos de «maltrato» y «negligencia» han sido intercambiados en los diferentes estudios, causando a menudo confusión, dando como resultado, una falta de validez en las comparaciones que se han hecho en las investigaciones publicadas respecto al tema.

Desde los comienzos de la investigación sobre el maltrato y/o negligencia a personas mayores, se observaron dos tendencias en cuanto a su definición. Por una parte, se intentó llegar a una tipología/clasificación de los diversos tipos de maltrato y/o negligencia a mayores (Lau y Kosberg, 1979; Block y Sinnott, 1979) y, por otra, se buscaba conceptualizar el maltrato y/o la negligencia a mayores (Johnson, 1986). Por ejemplo, en 1987, la Asociación Médica (AMA) propuso esta definición: *«El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación de la comida*

necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de una persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de una persona mayor.» Esta definición distingue entre diferentes tipos de maltrato y/o negligencia, y, además los diferencia en función de su intencionalidad. Además, se contraponen a los primeros trabajos realizados que, limitaban las definiciones al maltrato físico, siempre dirigido hacia una mujer mayor y únicamente dentro de la situación de cuidado familiar (Papadopoulos, y La Fontaine, 2000). Posteriormente, O'Malley et al. (1979) sólo diferenciaba entre maltrato y negligencia y los incluía dentro de la categoría de cuidado inadecuado, lo cual fue criticado por Hudson y Johnson (1986). Según esa definición, la etiqueta de maltrato sólo se podía aplicar si había una clara intención por parte del cuidador de hacer daño, en caso contrario, se debía utilizar la etiqueta de negligencia (Glendenning, 1993; Hudson, 1986; Johnson, 1986).

Para algunos el maltrato es visto como un continuo que va desde la negligencia al maltrato físico (Papadopoulos, y La Fontaine, 2000). Otros, en cambio, diferencian entre maltrato físico, psicológico y material (Papadopoulos, y La Fontaine, 2000, Pillemer y Suito, 1988; Weiner, 1991), y, mientras que algunos han incluido el abuso sexual dentro de la categoría de maltrato físico (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1999; Glendenning, 1993), otros lo señalan como un tipo independiente de maltrato (Ahmad y Lachs, 2002).

Una de las definiciones más aceptadas ha sido la acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995) que indica que «el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor». En España, en el año 1996, se celebró la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado surgiendo como resultado de la misma la Declaración de Almería, según la cual, «maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionali-

dad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones)» (Kessel, Marín y Maturana, 1996).

Otros autores, también diferencian no sólo entre tipos de maltrato, sino también en base a la intencionalidad del maltrato (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Douglas, 1987; Glendenning, 1993), o según su frecuencia (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

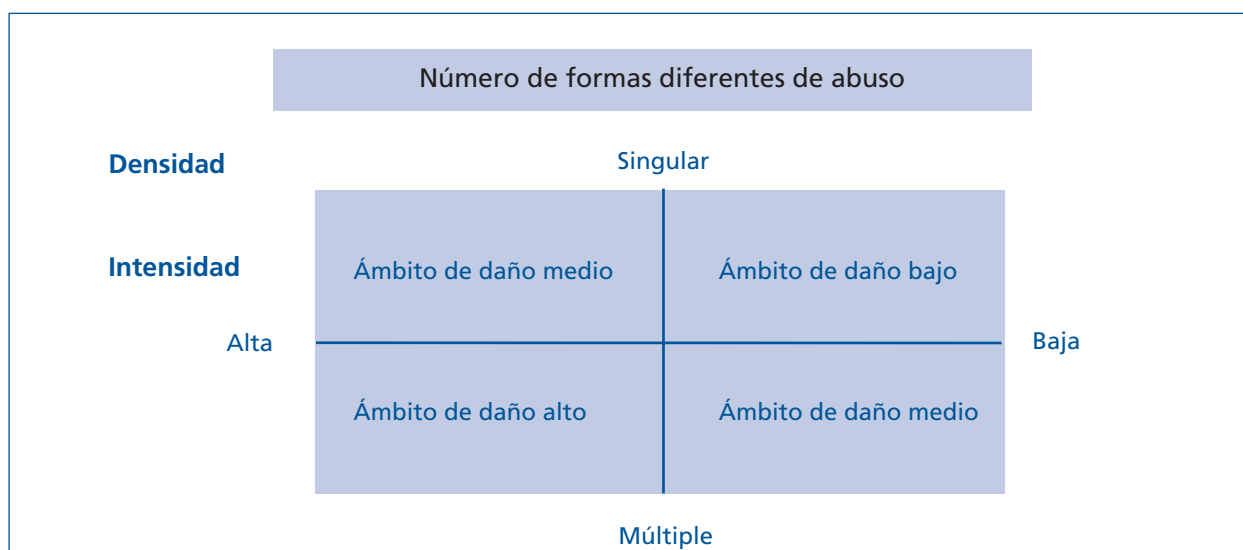
En definitiva, ante la imposibilidad de evaluar o construir conocimiento sobre este tema en ausencia de un marco de referencia definicional común, se han propuesto una serie de criterios para la formulación de una definición con sentido para el maltrato a mayores. Concretamente, se han definido cuatro fases en este proceso (Pérez, 2004; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Johnson, 1986):

1. **Definición intrínseca:** el primer procedimiento en el proceso del desarrollo de una definición intrínseca (lo que algunos autores han llamado definición nominal) es la conceptualización (Pillemer y Suito, 1988). El maltrato a mayores se conceptualiza como el sufrimiento innecesario que puede ser infligido por la propia persona (tan dañino como el infligido por otras personas) o por otros (extraños, familiares, amigos, conocidos, profesionales, etc), para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor (Pillemer y Suito, 1988). En esta etapa, la definición es muy amplia y se centra únicamente en si la persona mayor ha experimentado algún tipo de dolor o sufrimiento, sin tener en cuenta cuándo o dónde ha ocurrido, si fue intencional o quien lo causó (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Y, para poder conocer el nivel de gravedad del maltrato es imprescindible el análisis de la interacción en la que se ha producido la posible situación de maltrato, puesto que, lo que para una persona puede significar maltrato, puede que no lo sea para otra (Pillemer y Suito, 1988). En esta etapa, la definición se mide mediante la determinación de la intensidad (frecuencia de ocurrencia del dolor y/o angustia y la severidad del maltrato) y la densidad de las manifestaciones de la conducta (número y variedad de éstas). Además, permite considerar el maltrato desde la perspectiva de la víctima y del profesional que interviene. Pudiendo así evaluar las conductas por el grado.

2. **Definición extrínseca real:** en esta etapa, se deben establecer que manifestaciones conductuales (físicas, psicológicas, sociológicas, legales) que están presentes. Johnson (1986) sugiere que, este proceso de etiquetar facilita la identificación del proceso, permitiendo a los profesionales determinar cuales son las estrategias de intervención requeridas.
3. **Definición extrínseca operacional:** en esta etapa, las manifestaciones conductuales de la etapa anterior son transformadas en unidades que puedan ser medidas mediante la determinación de la intensidad (frecuencia y severidad del maltrato) y densidad (número y diferentes tipos de maltrato) de las manifestaciones de la conducta, permitiendo así que el trabajador identifique que elementos son claramente discriminantes entre lo que es maltrato y lo que no, cuales son las estrategias de intervención que se requieren y la urgencia con la que son requeridas.
4. **Definición causal:** en la etapa final de la definición, se distingue entre intencionalidad y no intencionalidad y, explora si el maltrato cae bajo una de las cuatro categorías siguientes: abuso (comisión de

una acción o acciones que resultan en maltrato) activo o pasivo, y negligencia (omisión de una acción o acciones, dando como resultado el maltrato) activa o pasiva. El tipo de causa determinará cómo se va a formular la intervención partiendo de un continuo desde medidas pasivas, como la educación, medidas agresivas, hasta acciones legales. Para trabajar de forma efectiva las definiciones tienen que centrarse en el grado, es decir, en la experiencia del maltrato y el problema más que en las partes involucradas (Pillemer y Suito, 1988).

A partir de la consideración de estas etapas se puede realizar un esquema con dos ejes, uno con respecto a la densidad y el otro a la intensidad (Figura 1). La densidad hace referencia al número de formas distintas de maltrato que puede ir desde una a varias. La intensidad indica un continuo en la gradación, en la frecuencia y severidad de la conducta. En los cuatro cuadrantes que se forman se indica el grado de peligro que corre la persona mayor que sufre maltrato y puede ser bajo, medio o alto (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Johnson, 1986).



Fuente: Papadopoulos y La Fontaine (2000).

Muchos de los problemas que han surgido para dar respuesta a preguntas básicas, como por ejemplo, qué es el maltrato y qué es la negligencia, han sido debidas a que algunos autores han elaborado definiciones extrínsecas (tipologías) sin desarrollar previamente definiciones intrínsecas (conceptualización). Esto ha llevado a que, al igual que en el caso de la definición del maltrato, existan diferentes clasificaciones de los tipos de maltrato, conllevando esto a su vez, a la existencia de

contradicciones relacionadas con la epidemiología del maltrato y sus tipos. Por ejemplo, mientras algunos autores encuentran el maltrato físico como la forma más común (Lau y Kosberg, 1979), para otros es el maltrato psicológico el tipo más frecuente de maltrato a mayores (Block y Sinnott, 1979). La importancia de definir el maltrato a mayores es clara si consideramos, por ejemplo, que las estimaciones de prevalencia pueden variar sustancialmente en función de tal definición.

3. Tipos de Maltrato hacia las Persona Mayores

Como se señalaba anteriormente, debido a las dificultades encontradas por los expertos para definir el maltrato y/o negligencia hacia personas mayores, cada especialista ha realizado una clasificación en función de sus propios criterios. Esto ha llevado a que, al igual que en el caso de la definición del maltrato y/o negligencia a personas mayores, no exista un consenso en la clasificación de los tipos de maltrato y/o negligencia.

Es preciso tener en cuenta que los diferentes tipos de maltrato pueden encontrarse tanto en el ámbito domiciliario como en el institucional (Hegland, 1992) y que es probable que estén presentes de forma simultánea varios tipos de maltrato en la misma persona. Por ejemplo, una persona mayor puede estar siendo maltratada física y psicológicamente al mismo tiempo por un hijo alcohólico (Adelman et al., 1998).

Es muy común utilizar el término «maltrato a personas mayores» como una categoría que incluye todos los tipos de maltrato o de comportamiento abusivo hacia las personas mayores. Este maltrato puede ser una acción u omisión, intencional o no intencional, de uno o más tipos: físico, psicológico/emocional, abuso sexual, económico, negligencia, abandono y violación de los derechos, que provoca un sufrimiento innecesario, lesiones, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y una disminución en la calidad de vida (Hudson, 1991). Que un comportamiento sea etiquetado como abusivo, negligente o de explotación podría depender de su frecuencia, duración, intensidad, gravedad, consecuencias y contexto cultural (Perez, 2004).

3.1. Maltrato físico

Este tipo de maltrato implica una acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc.) que causa, como consecuencia, daño o lesión física (Reay y Browne, 2002; Adelman et al., 1998; Sengstock y O'Brien, 2002; Ahmad y Lachs, 2002; Lafata y Helfrich, 2001).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato que es importante conocer son:

- Moratones.
- Quemaduras.
- Huesos fracturados o rotos.
- Signos de haber sufrido restricciones de algún tipo, como marcas de cuerdas, etc.
- Hipotermia, niveles anormales de fármacos, dolor al ser tocado.

3.2. Abuso sexual

Implica cualquier contacto de carácter sexual para el que la persona mayor no haya dado su consentimiento (Wolf, 1998), bien porque el contacto haya sido forzado (Bass, et al., 2001), bien porque no sea capaz de dar su consentimiento (Sengstock y O'Brien, 2002; Brandl y Horan, 2002) o porque el contacto sexual tenga lugar mediante engaño (Bass, et al., 2001). El abuso sexual puede ir desde el exhibicionismo a las relaciones sexuales incluyendo caricias orales, anales o vaginales, además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas (Lafata y Helfrich, 2001; Ahmad y Lachs, 2002; Brandl y Horan, 2002). Algunos autores incluyen el abuso sexual dentro del maltrato físico (Sengstock y O'Brien, 2002; Brandl y Horan, 2002; Bass, et al., 2001, Adelman, et al., 1998), otros, sin embargo lo describen como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001; Gordon y Brill, 2001; Ahmad y Lachs, 2002).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato que es importante conocer son:

- 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.

3.3. Negligencia

Consiste en un acto de omisión (Reay y Browne, 2002), fallo intencional o no intencional en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor por parte del cuidador (Lafata y Helfrich, 2001; Brandl y Horan, 2002; Ahmad y Lachs, 2002). Dentro de la negligencia se puede distinguir (Bass et al., 2001):

- **Negligencia física:** que el cuidador no proporcione a una persona mayor los servicios o productos necesarios para un funcionamiento físico óptimo. Un ejemplo de este tipo de negligencia podría ser no proporcionar el necesario cuidado de la salud, como comida o agua, terapia física, no proporcionarle gafas, audífonos, bastones o cualquier otro dispositivo de ayuda necesario (Sengstock y O'Brien, 2002; Bass, et al., 2001).
- **Negligencia emocional / psicológica:** en este caso el cuidador no suministra el apoyo o la estimulación social y/o emocional adecuada y necesaria para una persona mayor (Bass et al., 2001). También se incluye dentro de este tipo que el responsable del maltrato le aisle de amigos y familiares o de sus actividades cotidianas, darle «tratamiento de silencio» (no hablarle), negarle, por ejemplo, oportunidades para establecer interacciones sociales, o dejándole sólo durante largos periodos de tiempo. Otros ejemplos incluyen ignorar las peticiones que realiza la persona mayor y no darle noticias o información que pueda interesarle.
- **Negligencia económica o material:** en este caso, el cuidador no utiliza los fondos o recursos que son necesarios para proporcionar una óptima calidad de vida a la persona mayor.

Otra posible clasificación de la negligencia hacia personas mayores podría ser la siguiente:

- **Negligencia activa:** consiste en no proporcionar el cuidado necesario para la persona mayor de forma intencional en un intento de castigarle, causarle angustia física o emocional, abandonarle de forma deliberada, o negarle intencionadamente comida o servicios relacionados con la salud (por ejemplo, medicamentos, comida o agua) (Ahmad y Lachs, 2002; Lafata y Helfrich, 2001).

- **Pasiva:** en este caso el cuidador (de forma no intencional) no proporciona el cuidado necesario debido a que ignora cuales son los cuidados que necesita la persona a la que está cuidando o no sabe cómo facilitárselos, a que carece de habilidades o tiene incapacidad real para completar la tarea o a problemas de salud del propio cuidador. Por ejemplo, no cambiarle los pañales con suficiente frecuencia puede dar lugar a la presencia de úlceras (Ahmad y Lachs, 2002; Lafata y Helfrich, 2001).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato que es importante conocer son:

- Úlceras por presión.
- Suciedad, olor a orina o heces.
- Vestido inadecuado.
- Malnutrición, deshidratación.
- Ignorar a la persona mayor.
- Aislar a la persona mayor.
- Excluirle de sus actividades.

3.4. Maltrato psicológico

Dentro de este tipo se incluyen agresión verbal, uso de amenazas (de institucionalización, por ejemplo), abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor (Bass et al., 2001; Sengstock y O'Brien, 2002; Wolf, 1998; Ahmad y Lachs, 2002; Lafata y Helfrich, 2001). También se considera maltrato psicológico negar a la persona mayor la oportunidad de participar en la toma de decisiones que conciernen a su vida. El comportamiento edadista en forma de infantilismo, tratando a la persona mayor como si fuese un niño, también constituye un ejemplo de maltrato psicológico (Adelman et al., 1998; Lafata y Helfrich, 2001).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato que es importante conocer son:

- Sentimientos de impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables.
- Indecisión para hablar abiertamente.
- Comportamiento inusual.
- Emocionalmente disgustado o agitado.

3.5. Abandono

Implica el abandono de una persona mayor por parte de una persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o por parte de la persona que posee la custodia física de la persona mayor. Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de negligencia (Bass et al., 2001; Brandl y Horan, 2002), mientras que otros se refieren al abandono como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001).

La forma más habitual de este tipo de maltrato es el abandono de la persona mayor en un hospital, centro comercial o gasolinera.

3.6. Violación de los derechos básicos

La violación de los derechos básicos (humanos y civiles) a menudo está relacionada, con el maltrato psicológico y consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que legalmente le corresponden, desde el derecho a la intimidad hasta la libertad de opción religiosa (Sengstock y O'Brien, 2002; Wolf, 1998). Por tanto, en este caso, se ignoran los derechos de la persona mayor y su capacidad de toma de decisiones, negándole por ejemplo, su intimidad, su autonomía a la hora de tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud y a otras cuestiones personales (por ejemplo, el matrimonio), ingresándole a la fuerza en una residencia, no dejándole asistir a la iglesia, abrir su correo (Lafata y Helfrich, 2001). Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de explotación (Bass et al., 2001).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato serían acciones hacia la persona mayor del tipo:

- Ocultarle o abrirle el correo.
- No permitirle ir a la iglesia.

- No permitirle tener la puerta de su habitación abierta.

3.7. Abuso económico

Implica el robo, el uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona (Adelman et al., 1998; Sengstock y O'Brien, 2002, Wolf, 1998, Ahmad y Lachs, 2002, Brandl y Horan, 2002).

Algunos de los indicadores de este tipo de maltrato que es importante conocer son:

- Patrón irregular de gastos o retirada de dinero.
- Cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc.
- Firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor.

Parece que al igual que ocurre con la definición de maltrato, los distintos autores no se han puesto de acuerdo para establecer una tipología consensuada acerca del maltrato y/o la negligencia a mayores lo cual es muy importante, ya que, en función del tipo de maltrato y/o negligencia que esté presente se pondrán en marcha unas determinadas estrategias de intervención u otras.

Por otro lado, la idea de una tipología universal es también deseable de cara a la detección del maltrato, de manera que, si se existe una clasificación bien definida de los tipos de maltrato y/o negligencia, los profesionales conocerán de forma exacta cuáles son los indicadores de cada tipo específico, lo cual facilitaría mucho la tarea de la detección e identificación de los posibles casos de maltrato y/o negligencia.

4. Factores de Riesgo en el Maltrato hacia las Personas Mayores

A pesar de que la gran mayoría de los familiares cuidan bien de sus parientes mayores, desafortunadamente, algunas personas mayores pueden estar confiando su cuidado a personas que son totalmente incapaces de cuidar de ellos. Buenas intenciones pueden derivar en consecuencias negativas, por ejemplo, el deseo de cuidar de una persona mayor podría agobiar a un cuidador y al sistema familiar y dar como resultado un aumento de tensiones y presiones que pueden desembocar en conductas abusivas debido a la frustración y la fatiga (Kosberg, 1988).

Debido a que, como se ha comentado anteriormente, el maltrato a mayores es un problema extremadamente complejo, a continuación, se describen algunos de los posibles factores de riesgo relacionados con el maltrato a mayores (Wolf, 1998). Es importante tener en cuenta que el maltrato a mayores no es la consecuencia de un único factor sino que es el resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato o en el contexto de la situación de cuidado (Pérez-Rojo, Izal y Montorio, en prensa; Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2005). Algunos factores de riesgo están presentes tanto en el ámbito comunitario como institucional. Aquí se expondrán únicamente los asociados al ámbito familiar, contexto en el que se produce el maltrato hacia las personas mayores con mayor frecuencia.

En primer lugar, entre los factores de riesgo presentes en la persona mayor cabe destacar el género aunque existen resultados contradictorios, es decir, unos señalan que ser mujer es un factor de riesgo (Penhale, 1993) mientras que otros señalan que lo es ser hombre (Pillemer y Finkelhor, 1988). Otro factor de riesgo sería la edad, de manera que, a mayor edad, mayor riesgo (National Center on Elder Abuse, 1998); el estado civil, siendo las personas casadas las que presentarían más riesgo (Schiamberg y Gans, 2000); determinados rasgos de personalidad, como que la per-

sona se culpe de la situación (Quinn y Tomita, 1997; Schiamberg y Gans, 2000), que muestre lealtad excesiva hacia el responsable del maltrato (Kosberg, 1988), o se resigne (Schiamberg y Gans, 2000); la presencia de comportamientos provocadores y/o agresivos, presentes especialmente en personas con demencia (Kosberg, 1988); presencia de deterioro cognitivo (demencia, enfermedad de Alzheimer) (Kosberg y Nahmiash, 1996); mala salud, aunque se han encontrado resultados contradictorios con respecto a este factor, de manera que algunos estudios indican que las personas mayores con buena salud pueden tener más probabilidades de ser maltratadas, mientras otros han encontrado lo contrario (Kosberg y Nahmiash, 1996); problemas de comunicación (Kosberg, 1988); dependencia (física, económica, etc.), aunque también con respecto a este factor se han encontrado resultados contradictorios (Pillemer y Finkelhor, 1988; Kosberg, 1988; Glendenning, 1993), no pudiendo asumirse una relación directa entre la dependencia y el maltrato (Pillemer y Sutor, 1988) como hacen algunos autores.

En segundo lugar, entre los factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato cabe señalar, el género, siendo las mujeres las que, al asumir con mayor frecuencia el cuidado de la persona mayor, pueden presentar mayor riesgo de ser responsables del maltrato (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Kosberg, 1988). Otras investigaciones señalan que el género está relacionado con el tipo de maltrato (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 1993) (los hombres serían más frecuentemente responsables del maltrato físico, mientras que las mujeres lo serían de negligencia), la inexperiencia (falta de conocimientos y entrenamiento adecuados) en el cuidado de una persona mayor (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), la presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, demencia) (Quinn & Tomita, 1997), determinados factores de personalidad (como que culpe a la persona mayor de la situación y no se tenga paciencia o que no comprenda sus necesidades) (Quinn & Tomita, 1997), el abuso de sustancias como el alco-

hol y/u otras drogas, (Godkin, Wolf & Pillemer, 1989), la presencia de sentimientos negativos, como la ira y la hostilidad, como consecuencia de determinadas características de la situación de cuidado (Adelman et al., 1998), el estrés (Hudson, 1986), la sobrecarga, la dependencia económica de la persona mayor (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), son factores que han sido relacionados con la probabilidad de maltrato hacia las personas mayores.

Finalmente, entre los factores de riesgo presentes en la situación de cuidado, se puede indicar que entre los que pueden aumentar el riesgo de maltrato se encuentran, la cantidad de ayuda (formal e informal) recibida, siendo los cuidadores que menos ayuda reciben los que presentan mayor riesgo de maltrato

(Wolf y Pillemer, 1989; Kosberg y Nahmiash, 1996); la falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador (Kosberg, 1988; Schiamburg y Gans, 2000) como en la persona mayor (Homer y Gilleard, 1990) aumenta la probabilidad de maltrato; el desgaste de los vínculos intergeneracionales; dificultades económicas (Kosberg, 1988); que el cuidador y la persona mayor vivan juntos (Kosberg, 1988); la calidad anterior (Homer y Gilleard, 1990) y actual (Glendenning, 1993) de la relación entre el cuidador y la persona mayor, siendo más probable el riesgo cuando peor es la calidad de la relación en ambos momentos y que la vivienda sea compartida por demasiadas personas provocando falta de espacio e intimidad (Kosberg & Cairl, 1986).

5. Barreras para la identificación del Maltrato a Mayores

A pesar de la información disponible sobre los factores de riesgo del maltrato a personas mayores, existe en la actualidad un porcentaje muy bajo de detección de casos de maltrato, debido, fundamentalmente, a la presencia de barreras que obstaculizan la identificación tal situación. Estas barreras pueden estar presentes en la persona mayor (posible víctima de maltrato), en el cuidador (posible responsable del maltrato), en familiares, amigos y/o vecinos bien que hayan sido testigos del maltrato o que la persona mayor se lo haya contado, en los profesionales y en la sociedad en general (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).

Dentro de las características presentes en la persona mayor que pueden actuar como posibles barreras para la identificación del maltrato caben destacar las relacionadas con la negación de la situación de maltrato (por ejemplo, para proteger al cuidador de posibles consecuencias negativas) (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), el miedo (por ejemplo, a represalias por parte del cuidador, a que le ingresen en una residencia, a perder el contacto con el cuidador y otros miembros de la familia como los nietos) (Haviland y O'Brien, 1989; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), la dependencia económica del cuidador (Haviland y O'Brien, 1989), vergüenza de que la gente se entere de que se está siendo maltratado, sobre todo si el responsable es un familiar (principalmente el cónyuge o un/a hijo/a) (Haviland y O'Brien, 1989; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998), sentimientos de culpa acerca de la propia situación de maltrato (Allison, Ellis, y Wilson, 1988; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), determinadas creencias (por ejemplo, «nadie me puede ayudar», «nadie me va a creer», etc.) (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), mala salud física o algún tipo de deterioro cognitivo (Haviland y O'Brien, 1989), desconocimiento de los servicios que puede utilizar ante estas situaciones (Allison, Ellis, y Wilson, 1988), etc.

Con respecto a las características presentes en el cuidador que pueden actuar como barreras para la de-

tección del maltrato se pueden señalar la negación (Ahmad y Lachs, 2002; Krueger y Patterson, 1997), al igual que en el caso anterior, por miedo a posibles consecuencias negativas, oposición a que se evalúe a la persona mayor en privado, aislamiento social al que se somete a la persona mayor (Ahmad y Lachs, 2002), resistencia a la aplicación de diferentes intervenciones una vez que el maltrato ha sido identificado (Krueger y Patterson, 1997), etc.

Por su parte, entre las barreras que pueden estar presentes en familiares, amigos, vecinos, etc. de la persona mayor que conozcan que ésta está siendo maltratada se incluye que no sepan con quien hablar del tema o qué pueden hacer, que no quieran involucrarse en la situación (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), etc.

Los profesionales, especialmente de Atención Primaria, se encuentran en una situación idónea y privilegiada para identificar e informar del maltrato a personas mayores. De ahí la importancia de superar algunas barreras que pueden obstaculizar la identificación y detección de casos de maltrato, debido por ejemplo, a que el profesional carezca de los conocimientos generales (tipos de maltrato, indicadores, etc.) y específicos (carencia de protocolos de evaluación, intervenciones adecuadas, etc), así como de un entrenamiento adecuado (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Haviland, y O'Brien, 1989) referente al maltrato a mayores. Otra barrera que puede afectar a los profesionales es el temor a que la persona mayor pueda perder la confianza en ellos, o a que cualquier acción que lleven a cabo pueda provocar mayor daño en la persona mayor (por ejemplo, debido a que el cuidador tome represalias contra ella) (Allison, Ellis, y Wilson, 1988; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). También, puede ocurrir que a pesar de que el profesional informe de la situación, la persona mayor y/o el responsable del maltrato lo niegue, o bien no se consiga mejorar la situación. Finalmente, es posible que el propio profesional, por distintas razones (por ejemplo, por no exponerse a complicaciones legales)

no desee involucrarse en el descubrimiento de la situación (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).

Además, hay que tener en cuenta características presentes en la sociedad, en general, que dificultan la detección del maltrato a mayores, como por ejemplo, las actitudes edadistas (Allison, Ellis y Wilson, 1988; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), es decir, la discriminación de las personas mayores simplemente por su edad. La visión negativa de la vejez y la percepción de las personas mayores como indefensas, dependientes, y necesitadas de ayuda y apoyo constante, así como la falta de concienciación hacia el tema de los malos tratos hacia ellas, forman un contexto que dificulta la identificación de los malos tratos hacia esta población.

Partiendo de todo lo anteriormente expuesto, se ha realizado un estudio exploratorio sobre el riesgo de maltrato a personas mayores por parte de sus cuidadores familiares, con el que se pretende, por un lado, conocer la existencia de factores de riesgo de mal-

trato y/o negligencia a mayores y, por otro lado, explorar la capacidad discriminativa de varios de estos factores de riesgo en el maltrato y/o la negligencia a mayores, es decir, identificar qué características permiten diferenciar entre cuidadores con riesgo alto de maltrato y/o negligencia, por una parte, y cuidadores con riesgo bajo por otra.

5.1. Método

5.1.1. Participantes

Se reclutaron, a través de diferentes centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, 45 cuidadores de familiares mayores con demencia (ver tabla 1). De la muestra de cuidadores el 75.6% eran mujeres y el 24.4% eran hombres, mientras que los familiares cuidados eran un 60% mujeres y un 40% hombres. El 11.6% de los cuidadores estaban solteros, el 81.4% casados, el 2.3% divorciados y el 4.7% viudos. La media de edad de los cuidadores fue 59.5

Tabla 1 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (MEDIA, DESVIACIÓN TÍPICA Y RANGO) PERTENECIENTES A LA VARIABLE CRITERIO, A LAS VARIABLES DE RESULTADO Y A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		Variables	Media	D.T.	Rango
Variable Criterio		Riesgo de maltrato	4,2	2,4	0-8
C U I D A D O R E S	Variab les Sociodemográficas	Edad	59,5	14,7	28-84
		Nivel educativo	10,0	4,9	2-20
	Variab les de Resultado	Depresión	20,9	11,7	2-48
		Estrés asociado a conductas provocadoras	2,7	3,1	0-11
		Estrés asociado a conductas agresivas	3,9	3,9	0-12
		Carga percibida	30,4	15,5	0-63
		Ira rasgo	8,3	4,4	2-22
		Ira estado	0,6	1,4	0-7
		Expresión externa de la ira	4,4	2,4	0-10
		Expresión interna de la ira	7,3	3,9	0-16
		Control externo de la ira	11,3	4,6	3-18
		Control interno de la ira	7,8	4,9	0-18
		Índice general de expresión de la ira	-7,2	9,6	-31-13
		Estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada	7,0	6,1	0-20
Persona Mayor	V. Socio-demográfica	Edad	76,7	8,7	55-93
		V. de Resultado	Frecuencia de conductas provocadoras	2,2	2,6
	Frecuencia de conductas agresivas		4,2	3,9	0-13
	Estado funcional		27,6	17,1	0-48
Situación de cuidado	Tiempo cuidando (meses)		52,3	29,9	12-144
	Horas/día cuidando		11,1	8,9	1-24

años (dt. 14.7), la media de tiempo cuidando (en meses) era de 52.3 meses (dt, 29.9) y la media de horas al día que pasaban cuidando fue de 11.1 (dt. 8.9). En cuanto a la educación formal de los cuidadores la media fue de 10 años. La persona cuidada era el esposo/a del cuidador en el 46.7% de los casos, en el 44.4% era el padre/madre, en el 6.7% suegro/a y en el 2,2% de los casos mantenían otro tipo de parentesco.

5.1.2. Variables e instrumentos

Se evaluaron las siguientes variables:

Variables sociodemográficas: Edad y género del cuidador y la persona mayor, nivel educativo, estado civil.

Variable criterio: Riesgo de maltrato hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores: evaluado a través de la Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador (Caregiver Abuse Screen; CASE; Reis & Nahmiash, 1995). Consta de ocho ítems con dos opciones de respuesta (Rango de 0 a 8) y se utiliza para detectar riesgo de maltrato físico, psicológico o negligencia hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores. Esta escala presenta una moderada consistencia interna ($\alpha = .75$).

Variables de resultado:

1. Variables relacionadas con el cuidador:

- **Sintomatología depresiva:** evaluada a través de la escala de depresión CES-D (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale; Radloff, 1977). Esta escala se compone de 20 ítems (Rango de 0 a 60) con cuatro opciones de respuesta. Las respuestas van desde 0 = raramente o nunca a 4 = todo el tiempo. Cada uno de los ítems evalúa si se han experimentado síntomas depresivos durante la semana anterior. Esta escala presenta una buena fiabilidad en poblaciones adultas, en general, personas mayores y con cuidadores familiares (Radloff, 1977; Radloff y Teri, 1986). Su consistencia interna es moderada ($\alpha = .73$). Un punto de corte de 16 (Radloff, 1977) fue utilizado para identificar a cuidadores con depresión.
- **Estrés asociado a la presencia de conductas provocadoras y agresivas por parte del familiar que**

recibe los cuidados: se construyeron dos escalas (Rango de 0 a 16 y de 0 a 20 respectivamente) con cinco opciones de respuesta, a partir de la selección de los ítems correspondientes de la subescala MBCL-B del Inventario de Problemas de Memoria y de Conducta (MBCL, Zarit y Zarit, 1982, adaptado al castellano por Izal y Montorio, 1994). Las respuestas van desde 0 = no me estresa nada a 4 = me estresa completamente. Estas escalas presentan una baja consistencia interna ($\alpha = .49$ y $.54$ respectivamente).

- **Carga relacionada con el cuidado:** evaluada a partir de la Escala de Carga del Cuidador (The Burden Interview; Zarit et al., 1980; Zarit y Zarit, 1982). Esta escala consta de 22 ítems que miden el impacto percibido por el cuidador, acerca de la situación de cuidado, sobre su salud física, su salud emocional y actividades sociales. El cuidador responde sobre una escala de 5 puntos tipo Likert describiendo en qué medida cada afirmación se aplica a su caso. Las respuestas iban desde 0= nunca a 4 = casi siempre (Rango de 0 a 88). Examina el grado de carga experimentado a través del rol del cuidador, lo cual ha sido encontrado como relacionado altamente con la institucionalización del paciente (Deimling y Bass, 1986; Gilhooly, 1984). Esta escala presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .88$).
- **Ira y hostilidad:** la evaluación de estos sentimientos se realizó a través del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI2, State-Trait Anger Expression Inventory 2; Spielberger, 1999, adaptado al castellano por Miguel-Tobal, et al., 2001) compuesto por 49 ítems con cuatro opciones de respuesta (desde 0 = casi nunca a 4 = casi siempre) distribuidos en seis escalas: ira estado (15 ítems, rango de 0 a 45, $\alpha = .70$), ira rasgo (10 ítems, rango de 0 a 30, $\alpha = .71$), expresión interna (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = .62$) y externa de la ira (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = .32$), control interno (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = .85$) y externo de la ira (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = .86$) y un índice de expresión de la ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira.
- **Estrés asociado al estado funcional de la persona cuidada:** escala formada por 12 ítems seleccionados de la escala MBCL-B (Rango de 0 a 48) con

cinco opciones de respuesta del Inventario de Problemas de Memoria y de Conducta (MBCL, Zarit y Zarit, 1982, adaptado al castellano por Izal y Montorio, 1994). Las respuestas van desde 0 = no me estresa nada a 4 = me estresa completamente. Esta escala hace referencia al nivel de estrés mostrado por un cuidador en función del nivel de dependencia de la persona mayor en AVDs (actividades de la vida diaria) básicas e instrumentales. Esta escala presenta una moderada consistencia interna ($\alpha = .72$).

2. Variables relacionadas con la persona mayor:

- *Frecuencia de conductas provocadoras*: se mide mediante 4 ítems (Rango de 0 a 16) con cinco opciones de respuesta, a partir de la selección de los ítems correspondientes de la subescala MBCL-A del Inventario de Problemas de Memoria y de Conducta (MBCL, Zarit y Zarit, 1982, adaptado al castellano por Izal y Montorio, 1994). Las respuestas van desde 0 = nunca ocurre a 4 = ocurre siempre. Esta escala presenta una baja consistencia interna ($\alpha = .47$).
- *Frecuencia de conductas agresivas*: se mide mediante 5 ítems (Rango de 0 a 20). con cinco opciones de respuesta, a partir de la selección de los ítems correspondientes de la subescala MBCL-A del Inventario de Problemas de Memoria y de Conducta (MBCL, Zarit y Zarit, 1982, adaptado al castellano por Izal y Montorio, 1994). Las respuestas van desde 0 = nunca ocurre a 4 = ocurre siempre. Esta escala presenta una baja consistencia interna ($\alpha = .66$).
- *Estado funcional*: escala elaborada a partir de la selección de 12 ítems (Rango de 0 a 48) con cinco opciones de respuesta (desde 0 = nunca ocurre a 4 = ocurre siempre) de la subescala MBCL-A del Inventario de Problemas de Memoria y de Conducta (MBCL, Zarit y Zarit, 1982, adaptado al castellano por Izal y Montorio, 1994). Con ella se mide el nivel de dependencia de la persona mayor en actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Esta escala presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .95$).

3. Variables relacionadas con el contexto de la situación:

- *Cantidad de ayuda formal e informal recibida*: (rango 0-4). Se preguntaba a los cuidadores si

recibían o no cuatro tipos de ayudas: ayuda por parte de miembros de la familia que viven en su mismo domicilio, de otros familiares o amigos, de alguna institución (p.ej., centro de día) o ayuda privada (p.ej., una enfermera).

- *Calidad de la relación actual y anterior entre el cuidador y la persona cuidada*: medida, cada una de ellas, a través de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (rango 0-4) Las respuestas van desde 0 = muy mala a 4 = muy buena.
- Horas al día dedicadas al cuidado.
- Tiempo que lleva cuidando el cuidador (en meses).

5.1.3. Procedimiento

A través de un listado provisional proporcionado por los Centros de Servicios Sociales a los que se solicitó su colaboración, se procedió a contactar por teléfono con los cuidadores citando a aquellos que estuvieran dispuestos a participar en la investigación, para realizar una entrevista en las dependencias de los Centros colaboradores. Los entrevistadores fueron psicólogos con experiencia previa en evaluación psicológica de personas mayores, entrenados específicamente para la administración del protocolo de evaluación. En primer lugar, se garantizaba a los participantes la confidencialidad de los datos. Las entrevistas se aplicaron en formato de entrevista individualizada estandarizada, en una sola sesión cuya duración osciló entre hora- hora y media. Se utilizaron tarjetas de respuesta en las que se presentaban de forma impresa las opciones de respuesta posibles a cada una de las preguntas con el objetivo por un lado, de facilitar la comprensión de las preguntas y, por otro, evitar una posible inducción de las respuestas por parte de los evaluadores.

5.1.4. Análisis estadístico

Se realizaron diversos análisis estadísticos de acuerdo con los distintos objetivos del estudio.

Con el objeto de analizar la existencia de una relación entre diferentes variables pertenecientes a la persona mayor, al cuidador y al contexto de la situación, y, el riesgo de maltrato la muestra se dividió en dos grupos. La pertenencia a uno de estos grupos dependía

de la puntuación obtenida por los cuidadores en la Escala de Detección de Maltrato por parte del Cuidador (CASE): cuidadores con riesgo alto de maltrato hacia las personas mayores (puntuación total en el CASE igual o superior a 4) y cuidadores con bajo riesgo de maltrato hacia las personas mayores (puntuación menor a 4) (Reis y Nahmiash, 1995). Se encontró que un 60% de la muestra presentaba riesgo de maltrato elevado.

En primer lugar, se realizó un análisis t de Student para dos muestras independientes, con el fin de comparar qué variables diferenciaban significativamente entre los dos grupos de cuidadores (grupo con alto riesgo de maltrato, y grupo con riesgo bajo).

Tabla 2 CALIDAD DE LA RELACIÓN ANTERIOR AL CUIDADO ENTRE EL CUIDADOR Y EL FAMILIAR MAYOR. PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE RELACIÓN.

Relación anterior	N	%
Mala	3	6,7
Regular	5	11,1
Buena	27	60,0
Muy buena	10	22,2
Total	45	100,0

Posteriormente, se pretendía conocer cuál era la mejor función discriminante entre los cuidadores con alto o bajo riesgo de maltrato y, adicionalmente, el peso relativo de cada factor. Para ello, se realizó un análisis discriminante, utilizando el método «Introducir las variables independientes juntas», con las variables que anteriormente resultaron significativas en el análisis t de Student.

5.2. Resultados

Para la descripción de la muestra se han utilizado técnicas de análisis descriptivos de los datos (media, desviación típica y rango) (Tabla 1, 2, 3, 4).

Tabla 3 CALIDAD DE LA RELACIÓN ACTUAL ENTRE EL CUIDADOR Y EL FAMILIAR MAYOR. PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE RELACIÓN

Relación actual	N	%
Mala	1	2,2
Regular	10	22,2
Buena	22	48,9
Muy buena	12	26,7
Total	45	100,0

Tabla 4 AYUDA FORMAL E INFORMAL QUE RECIBE EL CUIDADOR. PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE AYUDA RECIBIDA

Ayuda recibida	N	%
Ninguna	2	4,4
Familiares que viven en el mismo domicilio que el cuidador	9	20,0
Otros familiares, amigos	22	48,9
Institución	11	24,4
Privada	1	2,2
Total	45	100,0

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de cuidadores con riesgo alto de maltrato y el grupo de cuidadores con riesgo bajo de maltrato en ninguna de las variables sociodemográficas analizadas.

En la tabla 5. se muestran los resultados del análisis t de Student entre la variable criterio (riesgo alto o bajo de maltrato) y las variables de resultado.

Tabla 5 COMPARACIONES DE MEDIAS EN LAS VARIABLES DE RESULTADO SEGÚN EL RIESGO DE MALTRATO (T DE STUDENT)

	Variables	Riesgo alto		Riesgo medio		t
		Media	DT	Media	DT	
Cuidador	Depresión	24,3	9,8	15,7	12,8	-2,6**
	Estrés asociado a conductas provocadoras	3,9	3,4	1,1	1,6	-3,2*
	Estrés asociado a conductas agresivas	5,3	4,0	1,9	2,6	-3,4*
	Carga percibida	37,2	13,3	20,2	12,9	-4,2*
	Ira rasgo	7,9	3,9	8,5	4,8	-,5
	Ira estado	,7	1,7	,4	1,0	-,6
	Expresión externa de la ira	4,8	2,6	3,8	1,8	-1,6
	Expresión interna de la ira	8,2	3,5	5,8	4,2	-2,1*
	Control externo de la ira	10,6	4,6	12,4	4,5	1,3
	Control interno de la ira	8,0	4,6	7,3	5,4	-,5
	Índice general de expresión de la ira	-5,2	9,0	-10,1	10,0	-1,7
Persona mayor	Estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada	8,6	5,9	4,7	5,7	-2,2**
	Frecuencia de conductas provocadoras	3,1	2,7	,9	1,7	-3,0*
	Frecuencia de conductas agresivas	5,7	4,1	1,9	2,1	-4,0*
Situación de cuidado	Estado funcional	27,3	15,9	28,1	19,2	,1
	Cantidad de ayuda recibida	1,7	,8	2,4	,8	2,6**
	Calidad de la relación anterior	2,9	,8	3,1	,7	,9
	Calidad de la relación actual	2,9	,8	3,2	,7	1,2

* p ≤ .05
** p ≤ .01

Como se puede apreciar, el grupo de cuidadores con riesgo alto de maltrato presenta mayor sintomatología depresiva ($t = -2.6$; $p < .05$), estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales ($t = -2.2$; $p < .05$), mayor frecuencia de conductas agresivas y provocadoras por parte de la persona cuidada ($t = -4.0$, $t = -3.0$; $p < .01$, respectivamente), mayor estrés asociado a la presencia de conductas agresivas y provocadoras por parte de la persona cuidada ($t = -3.4$, $t = -3.2$; $p < .01$, respectivamente), mayor carga relacionada con el cuidado ($t = -4.2$; $p < .01$), mayor expresión interna de la ira ($t = -2.1$; $p < .05$) y menor recepción de ayuda (formal e informal) ($t = 2.6$; $p < .05$) que las personas que presentan un riesgo bajo de maltrato.

Una vez conocidas qué variables de todas las analizadas diferían significativamente entre el grupo de cui-

dadores que presentaba riesgo alto de maltrato y el grupo con riesgo bajo, se realizó un análisis discriminante introduciendo todas las variables independientes. El objetivo de este análisis era analizar el peso relativo de cada una de ellas. Concretamente, las variables que se introdujeron en el análisis discriminante fueron, depresión, estrés asociado a conductas agresivas, estrés asociado a conductas provocadoras, carga percibida, expresión interna de la ira, estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada, frecuencia de conductas provocadoras, frecuencia de conductas agresivas y cantidad de ayuda recibida.

El análisis discriminante revela una correlación canónica de 0,767 equivalente a un Lambda de Wilks de 0,412 ($\chi^2 = 33,23$; $p \leq 0,01$). Como se refleja en la Tabla 6, la alta correlación canónica indica que las variables discriminantes permiten diferenciar entre los dos grupos.

Tabla 6 CORRELACIÓN CANÓNICA Y LAMBDA DE WILKS

Función	Autovalor	Correlación canónica	Lambda de Wilks	Chicadrado
1	1,426	,767	,412	33,23*

p ≤ .01

En la tabla 7 se muestran los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas y la matriz de estructura respectivamente. Los resultados

del análisis discriminante indican que la carga percibida y la frecuencia de conductas agresivas son los mejores predictores del riesgo de maltrato.

Tabla 7 MATRIZ DE ESTRUCTURA Y COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LAS FUNCIONES DISCRIMINANTES CANÓNICAS

Variables	Función ^a	Función ^b
Carga asociada al cuidado	,557	,737
Frecuencia de conductas agresivas	,466	,392
Estrés asociado a la presencia de conductas provocadoras	,418	,797
Estrés asociado a la presencia de conductas agresivas	,410	-,247
Frecuencia de conductas provocadoras	,388	-,337
Cantidad de ayuda recibida (formal e informal)	-,343	-,527
Depresión	,335	-,521
Estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada	,300	,373
Expresión interna de la ira	,297	,630

^a Matriz de estructura. Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función

^b Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

Las funciones en los centroides de los grupos fueron 0,971 para el grupo de cuidadores con riesgo alto y -1,402 para el grupo de cuidadores que presentaban riesgo bajo de maltrato, de manera que si se dispusiese de las puntuaciones de un determinado sujeto en las variables incluidas en el análisis discriminante se podría predecir o clasificar que esa persona perte-

nería al grupo de riesgo alto o bajo en función de lo próxima que su función discriminante se encontrase de las funciones en los centroides de los dos grupos.

Como se muestra en la tabla 8, la función discriminante clasifica correctamente al 90,9% de la muestra.

Tabla 8 PORCENTAJE DE CASOS CLASIFICADOS CORRECTAMENTE

Riesgo de maltrato		Grupo de pertenencia pronosticado		Total
		Riesgo bajo (%)	Riesgo alto (%)	
Original	Bajo	88,9	11,1	100,0
	Alto	7,7	92,3	100,0

Clasificados correctamente el 90,9% de los casos agrupados originales.

6. Discusión

Diversas investigaciones realizadas sobre el maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores familiares han señalado la existencia de diferentes factores de riesgo cuya presencia aumenta la probabilidad del maltrato. Debido a esto, los objetivos planteados en este trabajo eran, por un lado, comprobar la existencia de relación entre el riesgo de maltrato y diferentes variables pertenecientes al cuidador, a la persona mayor y/o al contexto de la situación, con las que, según la literatura revisada, se encuentran relacionadas.

En este estudio se ha encontrado una relación entre el riesgo de maltrato hacia las personas mayores y determinadas variables presentes en el cuidador, como la carga asociada al cuidado (Gordon y Brill, 2001), la depresión (Schiamberg y Gans, 2000), la expresión interna de la ira (Adelman et al., 1998), el estrés (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002) asociado a conductas agresivas y provocadoras exhibidas por la persona cuidada. También se ha encontrado que algunas características de la persona mayor están asociadas al riesgo de maltrato como la frecuencia de conductas agresivas y provocadoras (Lachs y Pillemer, 1995); y, por último, variables de la situación de cuidado como la cantidad de ayuda formal e informal recibida (Schiamberg y Gans, 2000) también se relacionan con el riesgo de maltrato.

A diferencia de estos resultados, coherentes con la literatura revisada, otros factores de riesgo que han sido habitualmente relacionados con el maltrato a mayores por parte de sus cuidadores familiares no se encuentran como tales en este estudio. Concretamente, no se encuentra relación entre el riesgo de maltrato hacia personas mayores y algunas características de la propia persona mayor, por ejemplo, el género, aunque también es cierto que con respecto a esta variable existen resultados contradictorios. Mientras algunos estudios señalan que ser mujer es un factor de riesgo (Penhale, 1993) en otros lo es ser hombre (Pillemer y Finkelhor, 1988). Tampoco se encontró como factor de riesgo la edad (National Cen-

ter on Elder Abuse, 1998), el estado civil (Schiamberg y Gans, 2000) y la dependencia en la persona mayor. Con respecto a esta última variable los resultados observados en la literatura revisada, al igual que en el caso del género, también son contradictorios (Glendenning, 1993). Entre los factores de riesgo que pueden estar presentes en el cuidador, en este estudio no se ha encontrado relación alguna entre el género del cuidador y el riesgo de maltrato (Kosberg, 1988). Finalmente, si consideramos los factores presentes en la situación de cuidado, no se ha encontrado relación entre el riesgo de maltrato y convivir en el mismo domicilio (persona mayor y cuidador) (Kosberg, 1988), así como tampoco entre riesgo de maltrato y calidad de la relación anterior (Homer y Gilleard, 1990) o actual entre ambos.

Una vez analizada la existencia de la relación entre el riesgo de maltrato y diversas características, se pretendía comprobar cuál era el peso de estos factores de riesgo que permitían diferenciar entre un grupo de cuidadores con riesgo alto de maltrato y un grupo con riesgo bajo de maltrato (Reis y Nahmiash, 1995). Los resultados en este estudio con respecto a este objetivo indican que las variables que mejor discriminaban el riesgo de maltrato fueron la carga percibida por el cuidador con respecto a la situación de cuidado y la frecuencia de conductas agresivas exhibidas por la persona cuidada, variables nombradas con mucha frecuencia en la literatura. No obstante, es importante tener en cuenta que con estos resultados no se pretende expresar que el resto de las variables no sean importantes ya que como se ha señalado en otro apartado de esta memoria de investigación, el maltrato hacia personas mayores no es la consecuencia de un único factor sino que es el resultado de la combinación entre factores de diversa índole (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). En el caso de este estudio y con la muestra analizada, estos resultados podrían ser utilizados para el desarrollo de programas de intervención que hiciesen hincapié en aquellos factores con más peso en su relación con el riesgo de maltrato.

En definitiva, a través de los resultados de este estudio se puede concluir, en primer lugar, que se ha podido comprobar la asociación entre diferentes factores y el riesgo de maltrato a mayores por parte de sus cuidadores informales, siendo aquellas características del cuidador informal (estrés asociado a la presencia de conductas agresivas o provocadoras por parte de la persona cuidada, estrés asociado a la dependencia de la persona mayor en AVDs, depresión, estrés percibido, carga asociada al cuidado, expresión interna de la ira), de la persona cuidada (frecuencia de conductas agresivas y provocadoras) y del contexto de la situación (ayuda formal e informal recibida).

En segundo lugar, el conjunto las variables incluidas en el análisis discriminante clasifican correctamente a la mayor parte de los cuidadores informales, concretamente a un 90,9% de los casos, siendo las variables que más contribuyen a diferenciar entre los grupos de riesgo alto y bajo de maltrato, la carga asociada al cuidado (variable propia del cuidador) y la frecuencia de conductas agresivas por parte de la persona cuidada (variable propia de la persona cuidada). La prueba utilizada para evaluar el riesgo de maltrato, la Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador es más sensible que específica (mayor capacidad para detectar lo que pretende detectar). Este dato es muy importante si tenemos en cuenta que la escala con la que se evaluó el riesgo de

maltrato es una prueba de filtrado (screening), de forma que con su aplicación se detectan tanto casos reales de riesgo alto, como casos de riesgo bajo que clasifica como riesgo alto, los cuales se verificarán tras la administración de una evaluación posterior más pormenorizada. El análisis discriminante permite, en definitiva, que ante la puntuación obtenida por una persona se pueda obtener la función discriminante y clasificarlo dentro del grupo de cuidadores con riesgo alto o bajo de maltrato.

De todas formas, los resultados obtenidos en este estudio deben ser tomados como datos exploratorios, necesitados de un análisis en mayor profundidad ya que presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra de este estudio es bastante reducida. En segundo lugar, el estudio debería ser complementado con investigaciones realizadas con cuidadores identificados como responsables de maltrato, de manera que fuese posible verificar la influencia de las variables aquí analizadas en la ocurrencia del maltrato y/o la negligencia hacia personas mayores. Por último, sería recomendable su replicación con una muestra de cuidadores familiares de personas mayores sin demencia, pero con otro tipo de dependencia (por ejemplo, con deficiencia visual) para comprobar si están presentes los mismos factores y si éstos presentan el mismo peso o importancia que lo encontrado en este trabajo de investigación.

Bibliografía

- Adelman, R., Siddiqui, H., and Foldi, N. (1998). Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. En: M. Hersen y V.B. Van Hasselt. *Handbook of Clinical Geropsychology*. New York: Plenum Publishing Company
- Ahmad, M. y Lachs, M.S. (2002). Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 69(10), 801-808.
- Allison, E.J., Ellis, P.C. y Wilson, S.E. (1988) Elder abuse and neglect: the emergency medicine perspective. *European Journal of Emergency Medicine*, 5(3), 355-363.
- Baker, A.A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5(8), 20-24
- Bass, D.M., Anetzberger, G.P., Ejaz, F.K., Nagpaul, K. (2001). Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(2), 23-38
- Brandl, B. y Horan, 2002. Domestic Violence in Later Life: An Overview for Health Care Providers. *Women & Health*, 35 (2/3), 41-54
- Bennett, G. y Kingston, P. (1993) *Elder Abuse: Theories, Concepts and Interventions*. London: Chapman and Hall.
- Biggs, S., Phillipson, C. y Kingston, P. (1995). *Elder Abuse in Perspective*. Buckingham: Open University Press.
- Block, M.R. y Sinnott, J.D. (Eds.) (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study*. University of Maryland Center on Aging :College Park, MD
- Burston, G.R. (1975) «Granny Battering». *British Medical Journal* (3), 592.
- Deimling, G. y Bass, D. (1986). Mental Status Among the Aged: Effects on Spouse and Adult-child Caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778-784.
- Douglas, R. L. (1987). *Domestic mistreatment of the elderly – toward prevention*. Washington, D.C.: Criminal Justices Services Program Department, American Association of Retired Persons.
- Gilhooly, M. (1984). The impact of care-giving on care-givers: Factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementing relative in the community. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 35–44.
- Glendenning, F. (1993). What is Elder Abuse and Neglect. En: P. Decalmer y F. Glendenning. *The Mistreatment of Elderly People*. London-Newbury Park-New Delhi: SAGE Publications.
- Godkin, M., Wolf, R. y Pillemer, K. (1989). A Case-Comparison Analysis of Elder Abuse and Neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(3), 207-225.
- Gordon, R. M. y Brill, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197
- Haviland, S. y O'Brien, J. (1989) Physical Abuse and Neglect of the Elderly: Assessment and Intervention. *Orthopaedic Nursing*, 8(4), 11-19.
- Hegland, A. 1992. «Defusing conflict. Abuse prevention strategies». *Contemporary Long-Term Care*, 15(11), 60-62
- Henderson, D., Buchanan, J. A. y Fisher, J. E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: P.A. Schewe (Ed). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Homer, A.C. y Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359-1362.
- Hudson, M. F. (1986). Elder Mistreatment: Current Research. En: K.A. Pillemer y R.S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company
- Hudson, M.F. (1991). Elder Mistreatment: A Taxonomy with Definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 3(2), 120.

- Izal y Montorio (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En: T. Del Ser y J. Peña (eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous.
- Johnson, T. (1986). Critical Issues in the Definition of Elder Abuse. In K. A. Pillemer y R. S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachusetts: Auburn House Publishing Company
- Kessel, H., Marín, N. y Maturana, N. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 31, 367-372.
- Kingston, P. & Penhale, B. (Eds.) (1995). *Family violence and the caring professions*. London: Macmillan.
- Kosberg, J.I. y Cairl, R. (1986). The Cost of Care Index: A Case Management Tool for Screening Informal Caregivers. *Gerontologist*, 26, 273-278.
- Kosberg, J.I. (1988). Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions. *The Gerontologist*, 28(1), 43-50
- Kosberg, J.I. y Nahmiash, D. (1996). Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect. En: L.A. Baumhorer y S.C. Bell (Eds.). *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Krueger, P. y Patterson, C. (1997). Detecting and managing elder abuse: Challenges in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1095-1100
- Lachs, M. y Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332, 437-443.
- Lafata, M.J. y Helfrich, C.A. (2001). The Occupational Therapy Elder Abuse Checklist. En C.A. Helfrich. *Domestic Abuse Across the Lifespan: The Role of Occupational Therapy*. The Haworth Press, Inc.
- Lau, E. y Kosberg, J. I. (1979). Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 297, 10-15
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. y Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo – STAXI – 2: Spanish Adaptation*. Madrid: TEA.
- National Center on Elder Abuse. (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Available at <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>.
- O'Malley, H., Segars, H., Perez, R., Mitchell, V., and Knuepfel, G. (1979). *Elder abuse in Massachusetts: A survey of professionals and paraprofessionals*. Boston, Massachusetts: Legal Research and Service for the Elderly.
- Papadopoulos, A. y La Fontaine, J. (2000). En: A. Papadopoulos y J. La Fontaine (Eds.). *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. United Kingdom: Winslow Press Ltd.
- Penhale, B. (1993). The abuse of elderly people: Consideration for practice. *British Journal of Social Work*, 23(2), 95-112.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M. y Montorio, I. (2005). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(Supl 3), 69-73
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Nuevo, R. (en prensa). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Pérez, G. (2004). Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. Madrid. Portal Mayores [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>]
- Pérez, G. (2004). «Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores». Madrid. Portal Mayores [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>]
- Pillemer, K. (1985). The Dangers of Dependency: New Findings on Domestic Violence against the Elderly. *Social Problems*, 33(2), 146-158.
- Pillemer, K.A. y Wolf R.S. (1986). *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachusetts: Auburn House Publishing Company
- Pillemer, K. y Suitoer, J.J. (1988). Elder Abuse. En: V. B. Van Hasselt (Ed) y R. L. Morrison (Ed). *Handbook of Family Violence*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.
- Quinn, M.J. y Tomita, S.K. (1997). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies* (2nd edition). New York, NY: Springer Publishing Company.

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measures*, 1(3), 385-401.
- Radloff, L.S. y Teri L. (1986). Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale with older adults. *Clinical Gerontologist*, 5, 119-135.
- 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.
- Reis, M. y Nahmiash, D. (1995). Validation of caregiver screen (CASE). *Canadian Journal on aging*, 14(2), 45-61.
- Schiemberg, L.B. y Gans, D.M. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329-59.
- Sengstock, M.C. y O'Brien, J.G. (2002). Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals. <http://hometown.aol.com/mcsengtoc/elderabuse.htm>
- Spielberger, C.D. (1999). *State-Trait Anger Expression-2*. Professional Manual. Psychological Assessment Resources Inc.
- Steinmetz, S.K. (1990) Elder Abuse: Myth and Reality. En T.H. Brubaker. *Family Relationship in Later Life*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Weiner, A. (1991). A Community-Based Education Model for Identification and Prevention of Elder Abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 16 (3/4), 107-119.
- Wolf, R. S. y Pillemer, K. A. (1989). *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. New York: Columbia University Press.
- Wolf, R. S. (1998). Domestic Elder Abuse and Neglect. En: I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, editors. *Clinical Geropsychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach, S. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zarit, S.H. y Zarit, J. (1982) Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1, 461-471.

OTROS NÚMEROS DE ESTE BOLETÍN

0. Las percepciones sociales sobre las personas mayores. Actitudes. Recomendaciones de la Royal Commission on Long Term Care del Reino Unido. Normativa. Proyectos.
1. El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo. El nuevo Plan español de I+D y el envejecimiento.
2. Dependencia y atención sociosanitaria.
3. La soledad de las personas mayores.
4. y 5. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
6. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
7. Naciones Unidas y envejecimiento.
8. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002.
9. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España.
10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia.
11. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas.
12. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados.
13. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.
14. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
15. Proporcionar una Asistencia Sanitaria y Social integrada a las Personas Mayores: Perspectiva Europea.
16. Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania.
17. Participación de las personas mayores europeas en el trabajo de voluntariado.
18. y 19. Redes y programas europeos de investigación.
20. Las consecuencias del envejecimiento de la población.
21. Envejecer en el Siglo XXI.
22. Servicios Sociales para personas mayores en España.
23. La situación de los Sistemas de Formación y Cualificación en la atención a los mayores dependientes.
24. Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética.
25. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Su situación actual.
26. Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual.
27. Uso del tiempo entre las personas mayores.
28. Uso del tiempo entre las personas mayores.
29. Redes y Programas Europeos de Investigación.
30. El proyecto SHARE: la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa.
31. Maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario.

Observatorio de Personas Mayores

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación
Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzó de Limia, 58
28029 MADRID

Tlfno: +34 913 638 523

Fax: +34 913 638 942

E-mail: opm.imserso@mtas.es

VISITE EL PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>