

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**La detección de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Carmen Prado Nóvoa**

Directores

**Rosario Martínez Arias  
Carmen Touza Garma**

**Madrid, 2016**



UNIVERSIDAD  
**COMPLUTENSE**

MADRID

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**La detección de los malos tratos domésticos**

**hacia las personas mayores**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Carmen Prado Nóvoa**

**Directoras**

Rosario Martinez Arias

Carmen Touza Garma

**Madrid, 2015**



UNIVERSIDAD  
**COMPLUTENSE**  
MADRID

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**La detección de los malos tratos domésticos**

**hacia las personas mayores**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Carmen Prado Nóvoa**

**Directoras**

Rosario Martinez Arias

Carmen Touza Garma

**Madrid, 2015**

“Every person in our society, regardless of age, is entitled to three things:[to] live with dignity; to live with security; and to live as an autonomous human being”

McLachlin (2009, p. 4)

A mi madre.

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría ser capaz de expresar mi agradecimiento a las directoras de esta tesis, Rosario Martínez Arias y Carmen Touza Garma, por su generosidad a la hora de compartir sus conocimientos conmigo. He tenido la oportunidad de aprender no solo sobre investigación sino un estilo de enseñanza, desde la rigurosidad y la calidez. Siempre me he sentido muy afortunada por ello.

Iniciar el trabajo sobre el tema de los malos tratos hacia las personas mayores no hubiese sido posible sin el apoyo del Centro Universitario Cardenal Cisneros y el haber formado un equipo de trabajo con Carmen, Pilar, M<sup>a</sup> Paz y Lola. Muchísimas gracias por las ilusiones y el trabajo compartido.

Mi familia es clave en todas las áreas de mi vida y en el trabajo también. Quería agradecer su ayuda especialmente a mi padre que, con pocas palabras pero con sus acciones, está siempre donde le necesitamos. A Maribel, porque “con esas historias que se monta” consigue anticiparse mejorando las cosas. A mis hermanos y sus familias por todas las veces que me han ayudado. A Isabel y Mariano que, aunque no tengamos “una palabra” para llamarnos, saben que son nuestra familia. Y a Cocu, porque fue injusto y me encantaría que estuviese aquí.

Para mi han sido fundamentales mis amigas, Carmen, Belén, Pilar y M<sup>a</sup> Paz. Sin su ayuda y el poder compartir risas, agobios y dudas esta tarea hubiese sido imposible.

Por último, y con todo mi amor, a mis hijos María y Yago, y a Nacho, por su paciencia y sus ánimos. Los tres lográis que los días “normales” sean mis días preferidos.

Muchísimas gracias a todos.

## Índice de contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
1. La construcción del concepto de malos tratos hacia las personas mayores.....	13
1.1. Breve aproximación histórica al concepto de los malos tratos hacia las personas mayores.....	13
1.2. La conceptualización de los malos tratos por parte de los profesionales e investigadores.....	14
1.3. La conceptualización de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores y la autonegligencia.....	20
1.4. La conceptualización implícita de los malos tratos en las personas mayores....	23
2. Modelos teóricos sobre los malos tratos hacia las personas mayores .....	24
2.1. Modelos teóricos sobre los malos tratos domésticos. ....	24
2.2. Modelos teóricos sobre la autonegligencia.....	30
3. La detección de los malos tratos hacia las personas mayores .....	31
3.1. La detección de los malos tratos y las conductas autonegligentes. ....	31
3.2. Instrumentos de detección .....	34
<b>SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA .....</b>	<b>41</b>
1. Descripción de la línea de investigación.....	42
2. Estudio 1: Propiedades psicométricas de la adaptación española del Indicators of Abuse (IOA) Screen para la detección del riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores.....	48
Resumen.....	48
Abstract.....	49
Introducción.....	50
Método.....	58
Resultados.....	63
Discusión .....	73
3. Estudio 2: Factores de riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo.....	78
Resumen.....	79
Abstract.....	80
Introducción.....	80
Método.....	86
Resultados.....	92
Discusión .....	100
4. Estudio 3: Trato adecuado, autonegligencia y riesgo de malos tratos en personas mayores: un estudio comparativo .....	107
Resumen.....	108

<i>Abstract</i> .....	109
<i>Introducción</i> .....	110
<i>Método</i> .....	116
<i>Resultados</i> .....	120
<i>Discusión</i> .....	130
<b>TERCERA PARTE: CONCLUSIONES FINALES Y LIMITACIONES</b> .....	<b>135</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>142</b>
<b>ABREVIATURAS Y SIGLAS</b> .....	<b>165</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>166</b>
Anexo 1: Protocolo de recogida de información.....	166

### Índice de figuras

#### PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN

<i>Figure 1</i> : Representación del continuo de calidad de trato.....	20
<i>Figure 2</i> : Modelo contextual de los malos tratos (NRC 2003).....	28
<i>Figure 3</i> : Modelo de autonegligencia .Dyer et al (2007).....	30

#### SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Figura 1: Modelo de 1 factor.....	64
-----------------------------------	----

### Índice de tablas

#### PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

<i>Tabla 1</i> : Tipos de malos tratos.....	21
<i>Tabla 2</i> : Instrumentos de detección.....	36

#### SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

##### **Estudio 1: Propiedades psicométricas de la adaptación española del *Indicators of Abuse (IOA) Screen* para la detección del riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores**

Tabla 1: Estadísticos descriptivos 1.....	63
Tabla 2: Matriz de saturaciones factoriales (Lamba-X).....	65
Tabla 3: Diferencias en las puntuaciones medias alcanzadas en el IOA.....	67
Tabla 4: Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas.....	71
Tabla 5: índices de sensibilidad y especificidad de algunas puntuaciones totales.....	72

## **Estudio 2: Factores de riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores con problemas**

Tabla 1 Asociación entre tipo de trato recibido y ayuda profesional recibida por la persona mayor 91 .....	94
Tabla 2: Asociación entre las variables relacionadas con el apoyo informal de la persona mayor y el tipo de trato recibido .....	95
Tabla 3: Asociación entre las variables relacionadas con la ayuda que recibe el cuidador y el tipo de trato recibido.....	97
Tabla 4 Variables relacionadas con la salud mental, los problemas conductuales del cuidador y la calidad de sus relaciones.....	98
Tabla 5: Asociación entre las variables relacionadas con las competencias del cuidador para ejercer su rol y el tipo de trato recibido .....	99
Tabla 6: Capacidad de predicción de las situaciones de riesgo de maltrato.....	100

## **Estudio 3: Trato adecuado, autonegligencia y riesgo de malos tratos en personas mayores: un estudio comparativo**

Tabla 1: Tipo de maltrato detectado .....	121
Tabla 2: Deterioro de la higiene y el aspecto personal y condiciones higiénicas y de habitabilidad de la vivienda .....	122
Tabla 3 Comparación de las características relacionadas con la salud y su cuidado por parte de las PMA, PMRM y PMTA .....	123
Tabla 4: Comparación de las variables relacionadas con la ayuda recibida por las PMA, PMRM y PMTA .....	125
Tabla 5: Comparación de las características relacionadas con el estado funcional y los problemas de salud mental de las PMA, PMRM y PMTA .....	127
Tabla 6: Contraste de la razón de verosimilitud.....	128
Tabla 7: Estimaciones de parámetro .....	129
Tabla 8 : Clasificación por tipo de trato.....	130

## RESUMEN

### 1.Introducción y objetivos.

Desde los años 80 investigadores y profesionales vienen señalando la necesidad de hacer frente al problema de los malos tratos hacia las personas mayores. Por su prevalencia y las consecuencias tan negativas que pueden tener necesitamos afrontar urgentemente este problema.

Las características de las personas mayores que se ven expuestas a situaciones de maltrato son muy variadas pero nos preocupan especialmente las personas mayores que son maltratadas por sus cuidadores. Cooper, Selwood y Livingston (2008) afirman que la tasa de prevalencia del 6% de la población general aumenta aproximadamente hasta el 25% en las personas mayores dependientes.

El trabajo que se presenta se compone de tres estudios. El primero tiene como principal objetivo comprobar las propiedades psicométricas de la adaptación española del *Indicators of Abuse (IOA) Screen*. El segundo estudio se centró en analizar la asociación de las principales variables estudiadas como factores de riesgo en un grupo de personas con problemas de deterioro cognitivo y un grupo sin esta dificultad. En la línea de lo propuesto por Burnight y Mosqueda (2011) hipoterizábamos que estos factores podrían ser diferentes en ambos grupos. El tercer estudio analiza la situación de las personas mayores autoneglintes. Nuestro principal objetivo fue aportar información relevante para la detección y comprobar si las variables propuestas por Burnett et al. (2014) tenían valor predictivo a la hora de clasificar a las personas mayores como casos de buen trato, de riesgo de maltrato o de autonegligencia.

## **2.Resultados**

### **Estudio 1: Propiedades psicométricas de la adaptación española del *Indicators of***

***Abuse (IOA) Screen***: Participaron 46 profesionales de los equipos de servicios sociales de Mallorca (España) que valoraron la situación de 201 personas mayores (133 mujeres y 68 hombres) y sus cuidadores principales. Los resultados confirmaron las evidencias de validez del instrumento en la población española. La escala muestra una estructura unidimensional, al igual que la encontrada por las autoras del instrumento. También confirmaron su capacidad para distinguir entre grupos y para clasificarlas en función del tipo de trato recibido. Los índices de consistencia interna fueron muy similares a los obtenidos por las creadoras de la escala y se aportó una nueva evidencia sobre su estabilidad temporal. Se propusieron unos puntos de corte para orientar la labor de los profesionales. Estos resultados sería necesario confirmarlos con una muestra más amplia y representativa de la población.

### **Estudio 2: Factores de riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo.**

Dispusimos de una muestra de 200 personas mayores y sus cuidadores principales, 73 casos de personas mayores sin deterioro cognitivo y 127 casos de personas mayores con deterioro cognitivo. Los profesionales de los servicios sociales de los que eran usuarios los evaluaron en aquellas variables que en la literatura internacional aparecen como factores de riesgo. Los resultados muestran como, en la línea de lo hipotetizado, las variables asociadas a las situaciones de riesgo de maltrato no coinciden totalmente en el grupo de personas mayores con problemas de deterioro cognitivo y sin deterioro. La calidad de la relación entre la persona mayor y su cuidador en el pasado, la percepción de carga del cuidado, la voluntariedad al asumir el papel del cuidador y las habilidades del cuidador para

afrontar las situaciones difíciles, junto con el que la persona mayor tenga problemas de deterioro cognitivo, muestran ser claves a la hora de predecir el riesgo de sufrir malos tratos domésticos en ambos grupos.

**Estudio 3: Trato adecuado, autonegligencia y riesgo de malos tratos en personas mayores: un estudio comparativo.** Participaron 269 personas mayores usuarias de los servicios sociales de Mallorca y 46 profesionales. Las personas mayores fueron clasificadas en tres grupos: trato adecuado, riesgo de malos tratos domésticos y autonegligentes. Los resultados confirmaron los encontrados por otras investigaciones. Las personas mayores autonegligentes mostraron mayores problemas que las personas que eran bien tratadas y que aquellas que estaban en una situación de riesgo de maltrato en su higiene y aspecto personal, en las condiciones de su vivienda, en su capacidad para cuidarse y atender a su salud, para valorar de forma realista su situación y para aceptar la ayuda de otros. Fueron también las que recibían menos apoyo profesional. Las variables utilizadas para clasificar a los sujetos permitieron predecir los casos de personas mayores que recibían un trato adecuado, clasificando correctamente al 91.1% de los casos, pero cometieron errores de predicción en los casos de riesgo de malos tratos domésticos y de autonegligencia.

### **3. Conclusiones**

Consideramos que la información aportada puede ser de utilidad para favorecer la detección e intervención por parte de los equipos de Servicios Sociales y para planificar líneas futuras de investigación pero es importante destacar que, al haber realizado las investigaciones con usuarios de los servicios sociales comunitarios, deberíamos confirmarlos con muestras más amplias y más representativas de la población.

La adaptación de IOA nos permite disponer de un instrumento especialmente diseñado para detectar los malos tratos en las relaciones de cuidados. Además diversifica el tipo de instrumentos de los que dispone el profesional porque, hasta el momento, la mayoría eran de autoinforme.

Los otros dos estudios muestran la importancia de atender a la heterogeneidad de las situaciones de maltrato, tanto en la investigación como en la intervención. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la especial vulnerabilidad de las personas con deterioro cognitivo en riesgo de maltrato y las personas autonegligentes. Ambos grupos cuentan con menos apoyo de las personas de su entorno y se encuentran más alejadas de los servicios profesionales que aquellas que reciben un trato adecuado.

En relación a las líneas de investigación futura planteamos la necesidad de centrarnos en el estudio de grupos de población que puedan mostrar características específicas en función del tipo de relación entre la persona mayor y la persona que ejerce el maltrato o por las tipologías de maltrato o autonegligencia que sufren. También es fundamental poder seguir avanzando en el diseño y análisis de instrumentos de detección e iniciar el diseño de instrumentos que podamos utilizar para la confirmación de los casos.

**Palabras clave:** Malos tratos domésticos, autonegligencia, detección, personas mayores.

## ABSTRACT

### 1. Introduction and objectives

Since the 1980s, researchers and professionals have highlighted the need to confront the problem of elder abuse. This issue must be tackled urgently due to its prevalence and potentially very negative consequences .

The characteristics of elders exposed to situations of mistreatment and abuse vary greatly. However, we are especially interested in cases of elder abuse by caregivers. Cooper, Selwood and Livingston (2008) states that the 6% prevalence rate found in the general population rises to approximately 25% in dependent elderly individuals.

This research project comprises three studies. The main objective of the first study is to examine the psychometric properties of the Spanish adaptation of the *Indicators of Abuse (IOA) Screen*. The second study analyses the correlation between the main variables of risk factors presented in international academic literature and two groups of elderly individuals; one with cognitive impairment and the other without impairment.

The third study focuses on the situation of self-neglect. Despite such a high prevalence of self-neglect cases in society, this area is one of the least studied. Our main objective was to provide relevant information for the detection of cases of self-neglect among the elderly, and to assess the predictive values of a number of variables proposed by Burnett et al. (2014) to classify elders as cases of proper care, abuse risk, or self-neglect. It is fundamental to learn the characteristics of these individuals in order to understand how

to offer help, since the elderly as a group are the most reluctant to receive care from professionals.

## **2. Results**

**Study 1: Psychometric properties of the Spanish adaptation of the *Indicators of Abuse (IOA) Screen* to detect the risk of domestic abuse in the elderly.** Using a scale, 46 professionals, from social services teams in Mallorca (Spain), assessed the situation of 201 elderly individuals (133 women and 68 men) and their main caregivers, according to the type of care received by the elderly person. The results confirmed the validity evidence of the instrument in the Spanish population. The scale demonstrates a unidimensional structure, as found by the creators of the instrument. The results also showed the tool's capacity to distinguish between groups of people at risk of suffering domestic abuse and those that receive proper care from their caregivers, in addition to being able to classify these individuals based on the type of treatment received. The internal consistency indices were very similar to those obtained by the creators of the scale and provided new evidence for its stability over time. Also, some cut-off points are presented as a guide for the work of professionals. Evidently, these results need to be confirmed by means of a larger study sample that is more representative of the population.

**Study 2: Risk factors of domestic abuse against the elderly with cognitive impairment.** The sample group comprised 200 elders and their main caregivers; 73 elders without cognitive impairment, and 127 with cognitive impairment. The social service professionals of the users were assessed in relation to the variables that appear in

international literature as risk factors of domestic abuse. As hypothesised, the results demonstrate that the variables associated with situations of risk of abuse do not fully coincide between the group of elders with cognitive impairment and the group without cognitive impairment. Past relationship quality between the elder and caregiver, perceived caregiver burden, willingness to assume the role of caregiver, and the ability of the caregiver to tackle difficult situations, together with the elderly person possibly suffering from cognitive impairment, are all key factors to predict the risk of domestic abuse against the elderly.

**Study 3: Proper care, self-neglect and abuse risk in the elderly: a comparative study.** The participants in the study comprised 269 elderly social service users and 46 professionals in Mallorca. The elderly were classified in three groups: proper care, risk of domestic abuse, and self-neglect. The professionals completed an information protocol about the variables to be analysed during the study. The results confirmed those found in existing research studies. Self-neglecting elders presented greater problems than those who received proper care and those who were at risk of abuse in terms of their personal hygiene and appearance, living conditions, ability to look after themselves, to attend to their own health, to realistically assess their situation, and to accept help from others. They were also the group that received the least amount of professional support. The variables used to classify the subjects enabled us to correctly predict 91.1% percent of the cases as receiving proper care. However, the variables led to incorrect predictions in the cases of risk of domestic abuse and self-neglect.

### **3. Conclusions**

We believe that the presented information can assist the social services in the processes of detection and intervention. Furthermore, it may help to pave the way for future lines of research. However, it is important to highlight that this study was limited to the social services community of the island of Mallorca. Therefore, it would be necessary to confirm the results with larger, more representative samples of the population.

The IOA adaptation provides us with a specifically designed instrument to detect abuse by caregivers. In addition, it offers professionals an alternative instrument because, until now, the majority of instruments in use have been the self-report type (aimed at the elder or the abuser).

The particular vulnerability of the groups presenting with cognitive impairment and self-neglect is reflected in the results obtained in the following two studies. Both groups received very little support from the people around them and are very cut off from the professional services.

As regards future lines of research, we propose the need to conduct studies to analyse how situations of abuse and self-neglect develop once detected by the social services. Furthermore, it is essential to continue to improve the design and analysis of detection tools and to create new instruments to test and confirm cases.

**Key Words:** domestic elder abuse, self-neglect, detection, elderly.

## PRESENTACIÓN

Las situaciones vividas van generando en cada uno de nosotros intereses que, llegado un momento, se pueden convertir en objetivos de trabajo. Observar como el trato que se daba en ocasiones a las personas mayores no generaba rechazo ni preocupación ha sido una de las razones por las que decidí enfocar mi trabajo en el área de los malos tratos hacia las personas mayores.

En nuestro país, los malos tratos hacia las personas mayores es la forma de violencia menos investigada (Rodríguez, López-Cepero y Rodríguez 2009; Tabueña 2006; Touza 2010) y para la que se han desarrollado menos recursos y programas de intervención.

Esta situación es preocupante en la medida en que encontramos una alta prevalencia del problema. El estudio más reciente realizado en España la sitúa en un 12,1% (Perez-Rojo, Izal, Montorio, Regato y Espinosa, 2013). Es importante analizar este dato teniendo en cuenta las importantes consecuencias que puede tener esta situación para la persona (problemas de salud, depresión, pérdida de ingresos económicos, aislamiento social, ingreso en una residencia)

La falta de investigación hace más complejo el trabajo de los profesionales. Es necesario disponer de instrumentos de detección, de investigación y de intervenciones que hayan demostrado ser eficaces. Además, no poder “hacer visible” el problema dificulta que sea asumido como un grave problema social y de salud, tal y como proponen los principales investigadores del área. (Pillemer, Connolly, Breckman, Spreng y Lachs 2015).

El trabajo que presentamos se enmarca en los trabajos dirigidos a estudiar cómo detectar los malos tratos domésticos hacia las personas mayores. Como veremos, con este término nos referimos a los malos tratos que sufren las personas mayores por parte de aquellas personas con las que mantiene una relación de especial confianza.

Las dos primeras investigaciones profundizan en el estudio de los malos tratos domésticos en el contexto de las relaciones de cuidado. La adaptación del *Indicators of Abuse Screen* ( Reis & Nahmiash, 1998) podría facilitar la labor de los profesionales de las entidades sociales a la hora de valorar la situación de una persona mayor. El segundo estudio, enfocado al análisis de las variables asociadas al riesgo de malos tratos en las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo podría ser interesante de cara a orientar el desarrollo de intervenciones preventivas y facilitar la detección.

La tercera investigación se centra en un grupo de población, las personas mayores autonegligentes, alejado de los profesionales de los servicios sociales. La labor de detección de estas situaciones debería de ser más intensa ya que no esperamos que la persona se acerque a demandar ayuda. Nuestro objetivo ha sido aportar información sobre cuáles podrían ser los indicadores que se podrían utilizar a la hora de considerar que una persona mayor puede estar manteniendo conductas autonegligentes.

En la primera parte del documento se abordan el concepto de maltrato y sus tipos, analizando con mayor detalle la autonegligencia. Se analizan los modelos teóricos elaborados para intentar explicar la etiología y se revisan los instrumentos de detección deteniéndonos en los instrumentos que se han validado para ser utilizados en población española. La fundamentación teórica de cada una de las investigaciones se ha incluido en los estudios, con el objetivo de facilitar la comprensión.

En la segunda parte del documento se exponen los tres estudios realizados. Hemos utilizado un formato similar al de los artículos de investigación para presentarlos. Finalmente se incluyen unas conclusiones generales y se exponen las limitaciones de las investigaciones realizadas.

## **PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN**

## **1. La construcción del concepto de malos tratos hacia las personas mayores.**

### *1.1. Breve aproximación histórica al concepto de los malos tratos hacia las personas mayores.*

La violencia hacia las personas mayores ha existido en todas las sociedades aunque no haya sido reconocida como un problema social hasta mediados del siglo pasado. Beavoir (1983) describe la dureza con la que eran tratadas las personas mayores en las sociedades primitivas cuando dejaban de ser productivas. Lo que se consideraba “normativo” en algunas sociedades se consideraría el maltrato más extremo actualmente.

Los profesionales comenzaron a preocuparse por el tema a mediados de los años 70. La primera descripción de este problema se atribuye a un médico inglés (Burston 1975) quien utilizó el término abuelas golpeadas (granny battering) para referirse a las mujeres vulnerables que eran maltratadas en las instituciones.

En los años 80, en Estados Unidos (EEUU) y Canadá, se inició la investigación utilizando el término “elder abuse”. En 1988 se creó el National Center of Elder Abuse (NCEA), con el objetivo de establecer una definición clara de los malos tratos hacia las personas mayores, concienciar del problema a la sociedad y realizar programas de formación para los mayores (Flanagan, 2014). También en esta época, en 1989, apareció la primera publicación especializada en el tema, el Journal of Elder Abuse and Neglect . Tanto el NCEA como esta publicación siguen siendo dos referentes fundamentales para cualquier profesional o investigador que trabaje en esta área.

En España no nos preocupamos por trabajar en el tema hasta los años 90. Marin (cit en Gracia 2012) fue quien habló por primera vez del síndrome del maltrato y abuso al anciano en el Congreso Nacional de la Asociación de Geriátría y Gerontología. La primera definición de los malos tratos hacia los mayores en nuestro país fue propuesta

en la llamada Declaración de Almería por Kessler, Marín, Maturana, Castañeda, Pageo y Larrión, (1996) quienes consideraron maltrato:

Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, 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, constatado objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio dónde suceda. (p. 369).

El primer estudio sobre la prevalencia del problema fue realizado por Bazo (2001) en una muestra de personas mayores que recibían servicios de ayuda a domicilio. En el año 2002 se celebró en Madrid y en Valencia la II Asamblea Mundial del envejecimiento. En ella se reconoce específicamente la necesidad de que los profesionales realicen una labor de detección y de prestar especial atención a la violencia hacia la mujer mayor: “Las mujeres de edad corren mayor riesgo de ser objeto de maltrato físico y psicológico debido a las actitudes sociales discriminatorias y a la no realización de los derechos humanos de la mujer” (Naciones Unidas, 2003, p. 48).

### *1.2. La conceptualización de los malos tratos por parte de los profesionales e investigadores.*

Una gran parte de las publicaciones sobre malos tratos hacia las personas mayores (MTPM) comienzan sus exposiciones haciendo referencia a las dificultades que existen al no haber llegado a una definición más precisa del concepto (Goergen y Beaulieu, 2013; Killick, Taylor, Begley, Anand y O’Brien 2015). Esta falta de definiciones comunes impide comparar los resultados de las investigaciones y tiene importantes repercusiones en las intervenciones de los profesionales.

En castellano se suelen utilizar los términos malos tratos , maltrato o violencia hacia las personas mayores para englobar a todos los tipos de malos tratos, incluida la negligencia. En inglés los términos más utilizados son elder abuse, elder mistreatment, or elder maltreatment (Institute of Medicine and National Research Council, 2014)

Analizaremos el concepto de malos tratos hacia las personas mayores partiendo de tres de las definiciones más utilizadas actualmente en la literatura internacional: la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), la sugerida por el National Research Center (NRC) (2003) y la seleccionada por el National Initiatives for the Care of the Elderly Project (NICE) (Nahmiash, 2013)

La OMS adaptó la definición desarrollada en 1995 por Action on Elder Abuse en el Reino Unido (Goergen and Beaulieu, 2013) y definió los MTPM como: “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” (OMS, 2002, p. 3)

El National Research Council (NRC, 2003) define los malos tratos como:

As (a) intentional actions that cause harm or create serious risk of harm (whether or not harm is intended) to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trust relationship to the elder or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder’s basic needs or to protect the elder from harm. ( p. 1)

Nahmiash (2013) define los malos tratos , siguiendo la propuesta del National Initiatives for the Care of the Elderly project (NICE) de Canadá, como las acciones/comportamientos o falta de acciones que causen daño o riesgo de daño dentro de una relación de confianza.

Como podemos observar las tres definiciones coinciden en que:

- 1) Se considera malos tratos tanto las acciones como la falta de acciones necesarias para asegurar el bienestar de la persona mayor.
- 2) Las acciones son llevadas a cabo por una persona con la que la persona mayor mantiene una relación basada en la confianza. Esta relación puede ser familiar, de amistad o profesional. Lo que se busca es diferenciar las situaciones de malos tratos de los actos cometidos por extraños contra las personas mayores.
- 3) Estas acciones hacen daño o pueden llegar a dañar o generar malestar en la persona mayor. En función de quien realice las acciones, del tipo de conductas llevadas a cabo por el maltratador y de sus consecuencias existe un acuerdo en considerar diferentes tipos de maltratos.

Siguiendo las reflexiones de Goerger y Beaulie (2013), Gracia (2012) y Nerenberg (2008) podemos ver como las principales dificultades en la conceptualización de los MTPM se encuentran en los siguientes aspectos :

- No existe un acuerdo definitivo sobre el criterio que utilizamos para delimitar a qué personas aplicamos el concepto de malos tratos hacia la persona mayor. Algunas definiciones, como por ejemplo la del NRC (National Research Council, 2003), proponen que el concepto de maltrato debe limitarse a aquellas personas mayores que, debido a los problemas físicos o de salud mental que presentan, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Consideran que las personas mayores que no se encuentren en esta situación no requerirían de una atención especial ya que no hay razones para considerar que al cumplir 65 su situación vaya a variar y, por lo tanto, no requerirán servicios de protección especiales.

Si se acepta que el criterio a marcar es que el término se utilice para referirse a los malos tratos hacia las personas vulnerables, se generan otras cuestiones a resolver: ¿a quién podemos considerar una persona mayor vulnerable?, ¿qué criterios utilizamos y cómo lo evaluamos?

Las definiciones que contemplan la edad como criterio de inclusión no están exentas de problemas a la hora de definir a quién afecta el término. No existe un acuerdo ni entre los investigadores, ni en las legislaciones de los diferentes países sobre la edad a partir de la cual una persona es considerada una persona mayor (60 años, 65, 70). Por ejemplo, en nuestro país al cambiar la edad de jubilación a los 67 años, ¿seguiríamos manteniendo los 65 años como criterio?.

- No existe un acuerdo a la hora de definir claramente quiénes son las personas con las que la persona mayor tiene una relación de especial confianza. Se incluyó este término para diferenciar el maltrato de otros tipos de delitos pero por ejemplo, en los casos de explotación económica, esta diferenciación es complicada (Jackson y Hafemeister, 2013). En estos casos las personas que ejercen el maltrato inician y crean una relación de confianza con la persona mayor con la intención de lograr lo que desean. ¿Sería este un caso de maltrato?
- *No existe un acuerdo sobre qué tipo de situaciones incluir dentro de los malos tratos hacia las personas mayores.* La principal discusión en este punto se centra en si incluir la autonegligencia y la violencia de género como tipos de malos tratos hacia las personas mayores.

La autonegligencia, como veremos más adelante, hace referencia a la falta de habilidad (intencional o no intencional) para mantener unos estándares aceptados social y culturalmente de autocuidado lo que puede tener serias

consecuencias en la salud y el bienestar de la persona mayor y en ocasiones en la comunidad (Gibbons, Lauder, and Ludwick, 2006).

Los primeros estudios sobre prevalencia desarrollados en EEUU la incluían como un tipo de maltrato (NCEA, 1998). La inclusión en esta categoría facilitaba que los servicios de protección diseñados para atender las situaciones de violencia hacia las personas mayores pudiesen diseñar también cómo detectar e intervenir en estas situaciones. Actualmente no existe un acuerdo ya que diferentes entidades e investigadores (Band-Winterstein, Doron y Naim, 2011; NRC 2003; Perez Rojo y Chulián, 2013;) se inclinan por no incluir esta categoría ya que su etiología es diferente.

Por otro lado existen muchas dudas sobre desde qué servicios tratar los casos de violencia de género. Este tipo de violencia no deja de existir cuando las parejas se hacen mayores. En los datos de Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad sobre las víctimas mortales por violencia de género podemos ver cómo de las 34 mujeres asesinadas en 2015, 5 eran mujeres entre 65 y 74 años (14,7%). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Estos casos es como si estuviesen “en un terreno de nadie”. Ni los especialistas en violencia de género ni los gerontólogos se han ocupado especialmente de este tipo de violencia . Tanto investigadores como profesionales han denunciado la exclusión de las mujeres mayores de los estudios “como si las mujeres mayores no perteneciesen a la categorías de las mujeres” (Unites Nations, 2013, p. 47). Los programas de prevención e intervención tampoco contemplan en la mayoría de los casos estas situaciones (Celdrán, 2013)

La complejidad del problema de los malos tratos hacia las personas mayores ha hecho imprescindible que se establezcan diferentes tipos de maltrato en función de quién lo comete y el tipo de acción u omisión que se realiza. Teniendo en cuenta el primer criterio se han establecido tres clases de maltratos: los malos tratos institucionales, los malos tratos domésticos o malos tratos en el ámbito doméstico y la autonegligencia.

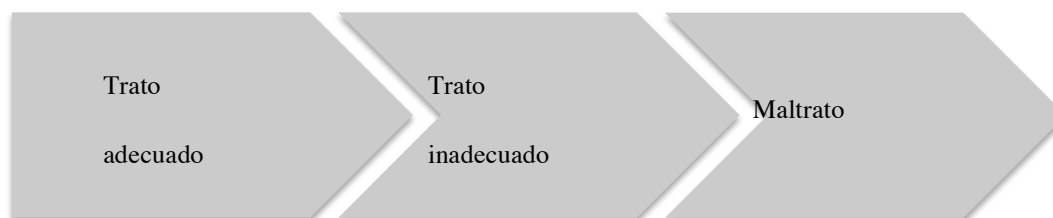
Los malos tratos institucionales pueden ser definidos como:

Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivados de la actuación individual del profesional o funcionario, que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viole los derechos básicos de la persona. (Rubio, 2003, p.123)

Las investigaciones que presentamos se centran en el estudio de los malos tratos domésticos y la autonegligencia por lo que este problema no lo trataremos en este documento.

Finalizamos este apartado haciendo referencia a cuál ha sido la definición en la que hemos basado nuestras investigaciones. Concebimos los malos tratos en el ámbito doméstico como uno de los extremos del continuo calidad de la relación. En este continuo, en el extremo positivo, nos encontramos las situaciones de trato adecuado, aquellas que aportan bienestar a la persona mayor. En el extremo negativo nos encontramos los casos de maltrato que incluirían aquellas situaciones en las que la persona mayor ve amenazada su calidad de vida y seguridad y vulnerados sus derechos fundamentales por el trato recibido por una persona con la que mantiene una relación de confianza. Como indicaremos más adelante, hemos contemplado la autonegligencia como un tipo de maltrato. Entre ambas situaciones, trato adecuado y maltrato, se

encontrarían las situaciones de trato inadecuado. Estas situaciones estarían formadas por “ el conjunto de actuaciones de los cuidadores, los familiares, otras personas cercanas o la propia persona mayor que no le garantizan su bienestar físico, psíquico y/o social” (Touza, Prado y Segura,2011, p. 93)



**Figure 1: Representación del continuo de calidad de trato.**

### ***1.3. La conceptualización de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores y la autonegligencia.***

El término malos tratos domésticos fue utilizado en el primer estudio de prevalencia realizado en EEUU (NCEA, 1998) para hacer referencia a los malos tratos que sufrían las personas mayores que no vivían en instituciones. En nuestras investigaciones entendemos por malos tratos domésticos cualquier tipo de maltrato (físico, psicológico, abuso sexual, negligencia, explotación financiera, abandono y/o autonegligencia) que sea cometido por una persona con la que la persona mayor tiene una relación de especial confianza (por ejemplo, la esposa, hermano/a, hijo, amigo). No hemos considerado casos de malos tratos domésticos las situaciones en las que un cuidador remunerado era el que ejercía el maltrato. Consideramos que la etiología y las características de este tipo de maltrato son más cercanas al maltrato institucional.

Es necesario tener en cuenta que, en función del tipo de acción u omisión que se comete podemos establecer diferentes categorías de maltrato: maltrato físico, psíquico/emocional, sexual, financiero y el abandono. La negligencia también se

considera un tipo de maltrato que incluiría la falta de cuidados apropiados para garantizar la salud física y mental de la persona mayor.

En la Tabla 1, encontramos las definiciones del National Center of Elder Abuse (2001). Estas definiciones son las que hemos utilizado en nuestras investigaciones. Son los tipos de maltrato que cuentan con mayor consenso entre los investigadores. (Pillemer, Connolly, Breckman, Spreng y Lachs 2015).

**Tabla 1:**

***Tipos de malos tratos domésticos***

Tipo de maltrato	Definición (NCEA, 2001)
El maltrato o abuso físico	Es el uso de la fuerza física que puede dar lugar a una lesión corporal, a dolor físico, o a la pérdida de alguna función. También incluye la administración injustificable de drogas y de restricciones físicas.
Maltrato psicológico o emocional	La aflicción de angustia, dolor emocional, o pena producidas con actos verbales y no verbales. Incluye, entre otras conductas, los insultos, el tratar a una persona mayor como a un niño, aislarla o por ejemplo dar a la persona mayor un "tratamiento silencioso".
Abuso sexual	Es cualquier contacto sexual no consentido con una persona mayor. El contacto sexual con cualquier persona incapaz de dar consentimiento también se considera abuso sexual.
Negligencia	Es el rechazo o el incumplimiento de la persona responsable de la persona mayor con cualquiera de las obligaciones o de los deberes que tenga con ella de cara a asegurar su bienestar físico y psicológico.
Explotación financiera	El uso ilegal o incorrecto de los fondos, de las propiedades, o de los activos de un anciano.
Abandono	El desamparo de la persona mayor por alguien que había asumido la responsabilidad de cuidarla o por la persona a cargo de su custodia.

El último tipo de maltrato es la autonegligencia, La autonegligencia hace referencia a :

The behavior of an elderly person that threatens his/her own health or safety. Self-neglect generally manifests itself in an older person as a refusal or failure to provide himself/herself with adequate food, water, clothing, shelter, personal hygiene, medication (when indicated), and safety precautions. (NCEA, 2001)

La principal dificultad a la hora de definir la autonegligencia es que no existe un consenso sobre si considerar la autonegligencia solo para hacer referencia a la situación de aquellas personas mayores que no son capaces de cuidarse a si mismas por los problemas de salud que presentan o contemplar también, dentro de este grupo, a aquellas personas que deciden mantener estas conductas de forma consciente y voluntaria . Gibbons, Lauder, y Ludwick,( 2006) utilizan los terminos autonegligencia activa y pasiva para diferenciar estas dos situaciones.

En nuestra investigación hemos optado por contemplar los dos tipos de autonegligencia por dos razones. La primera, y más importante, es que consideramos que ambos grupos de personas necesitan que se les pueda ofertar ayuda. Las consecuencias de la autonegligencia pueden ser muy graves en ambas situaciones. La segunda razón es que, en la fase de detección, es muy complejo poder realizar una valoración adecuada de qué personas disponen de las capacidades necesarias para valorar adecuadamente su situación.

#### *1.4. La conceptualización implícita de los malos tratos de las personas mayores*

No queríamos finalizar este bloque de contenidos sin hacer referencia, aunque sea de una forma muy breve, a la importancia de investigar cómo entienden el maltrato las personas mayores ya que es clave para la detección. Estarán más protegidas si son capaces de reconocer los actos de abuso y actuar sobre ellos.

Killick, Taylor, Begley, Carter Anand y O'Brien (2015) llevaron a cabo una revisión sistemática con el objetivo de sintetizar los resultados de las investigaciones más rigurosas sobre cómo conciben el maltrato las personas mayores. Encuentran que, en relación al significado que tiene el término "maltrato", la mayoría de las personas mayores comprenden el concepto y utilizan las mismas tipologías que los profesionales.

Los estudios no son concluyentes sobre la existencia de diferencias en la forma de analizar las situaciones de maltrato en diferentes grupos culturales. Dong (2012) considera que son necesarios más estudios cualitativos y cuantitativos que nos permitan conocer mejor el concepto de malos tratos que tienen las personas que pertenecen a diferentes culturas y analizar la prevalencia, incidencia, factores de protección y riesgo y las consecuencias de los MTPM en cada comunidad.

Si comparamos los estudios realizados en nuestro país con los realizados en los países anglosajones (Mouton, Larme, , Alford, Talamantes, , McCorkle y Burge, 2005; Sánchez y Sancho, 2004) nos encontramos con que, en ambos, han encontrado que las personas mayores establecen dos niveles a la hora de conceptualizar el maltrato.

Mouton et al., (2005) informa de que, cuando les preguntan directamente a los participantes de su investigación por los términos "abuse" and "mistreatment", consideran que el término "abuse" es usado en casos más serios, más graves que el de "mistreatment", aunque luego utilizan los términos como sinónimos en la discusión sobre los casos que les proponen.

El estudio de Sánchez y Sancho (2004) nos muestra cómo, en nuestro país, utilizamos los términos al contrario. Informan de que los mayores parecen reservar el término “maltrato” para situaciones extremas de vulneración de los derechos de la persona y utilizan el término “mal trato”, “abuso”, “desamparo”, “trato inaceptable” para situaciones que ellos consideran inadmisibles, pero a las que socialmente no se les da mucha importancia (Ej: falta de respeto a la hora de hablar a una persona mayor).

## **2. Modelos teóricos sobre los malos tratos hacia las personas mayores.**

Tanto para guiar las investigaciones como para la detección e intervención en los casos de malos tratos domésticos necesitamos contar con explicaciones teóricas válidas que nos ayuden a entender su etiología. (Jackson y Hafemeister, 2013; McDonald 2011). En los siguientes apartados desarrollaremos brevemente las principales propuestas indicando en cuál hemos basado las investigaciones que se presentan.

### **2.1. Modelos teóricos sobre los malos tratos domésticos.**

Jackson y Hafemeister (2013) exponen que en el campo de los malos tratos hacia las personas mayores se comenzó publicando principalmente artículos de investigación empírica y pocos sobre planteamientos teóricos del problema. Consideran que dos son los factores que más han influido en que esto fuese así: la adopción de los modelos desarrollados para otras formas de violencia familiar (maltrato menores, violencia de género) y la aceptación del modelo del estrés del cuidador.

*El modelo del estrés del cuidador* o modelo situacional (Philips 1986) fue muy bien acogido por los investigadores y profesionales (Abolfathi, Hamid y Ibrahim, 2013). Desde estos planteamientos se consideró que el maltrato ocurría debido al estrés que sufría el cuidador al verse “sobrepasado” por la gran dificultad que suponía cuidar a la persona mayor. Actualmente esta explicación no se considera adecuada por varias razones. En primer lugar diferentes investigadores (Acierno et al., 2010; Anetzberger,

2000; Brandl y Raymond, 2012) han destacado las grandes limitaciones metodológicas de las investigaciones que lo apoyaban y la imposibilidad de que una única causa pueda dar respuesta a la complejidad y diversidad de los casos de maltrato que existen. En segundo lugar, Brandl y Raymond, (2012) llaman la atención de las consecuencias negativas que puede tener el mantener este modelo en la práctica profesional, ya que culpabiliza a la víctima, justifica a la persona que ejerce el maltrato o es negligente y dirige las intervenciones a ayudar a quien ejerce el maltrato (programas para reducir el estrés, apoyo para el cuidado del mayor...) más que a su víctima. La superación de este modelo teórico no implica que no se considere que el estrés puede ser, junto con otras, una variable potenciadora de las situaciones de maltrato.

*La teoría de la transmisión intergeneracional* de la violencia postula que las personas mantienen conductas violentas porque han vivido situaciones de malos tratos violentos en otras épocas de su vida y han aprendido a utilizar estas estrategias en sus relaciones. Los investigadores (Gracia,2012; Muñoz, 2004; Touza, March y Prado 2009) ponen de manifiesto cómo este enfoque ha sido criticado por su falta de evidencia empírica y porque no tiene en cuenta los casos en los que las personas han estado expuestas a la violencia y no repiten estos comportamientos. Esto no quiere decir que no sea relevante tener en cuenta si el cuidador está asumiendo el cuidado de una persona que le ha maltratado o ha tenido un comportamiento negligente con él o ella en su infancia. Las investigaciones realizadas por Kong y Moorman (2015) destacan la importancia de conocer si esta situación se ha producido ya que los cuidadores de sus padres y madres maltratadores pueden sufrir más síntomas depresivos y estrés.

*La teoría del intercambio social* considera que en las relaciones con los otros intercambiamos recompensas, materiales y no materiales. En este proceso de negociación las dos partes intentan maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas

(Brandl et al 2007). Decalmer and Glendenning (cit. en Jackson y Hafemeister, 2013 ) exponen que habrá más riesgo de maltrato cuando una de las partes considera que “da más de lo que recibe” y se generan sentimientos negativos hacia la otra parte. Intentan resolver el desequilibrio a través de las conductas maltratantes que llevan a cabo.

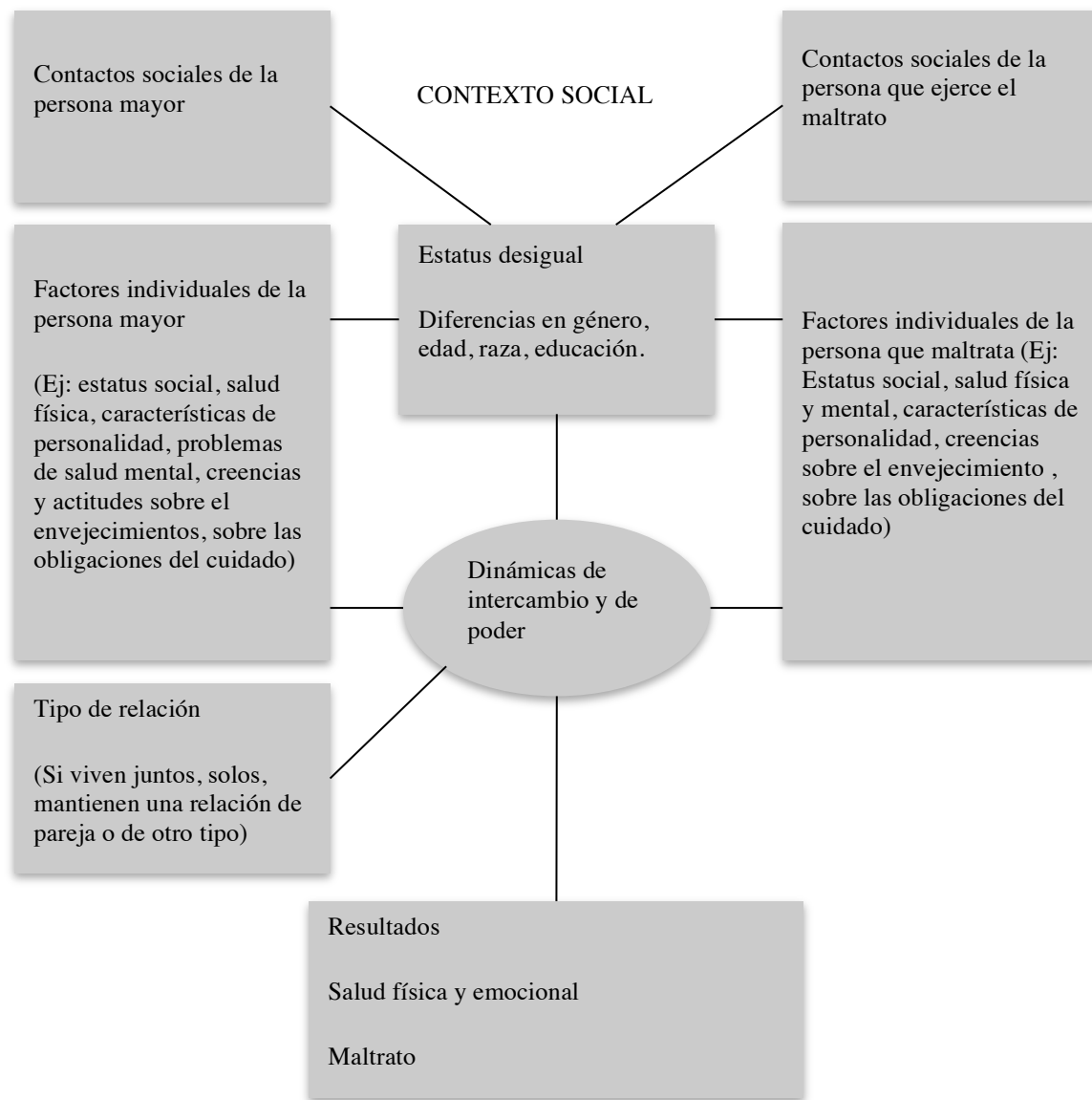
*La teoría del interaccionismo simbólico* postula que es fundamental, para analizar cómo nos relacionamos con los demás, comprender el significado que para cada persona tiene esa relación. Estos significados están en continua reelaboración. Cuando las personas no comparten la visión de los roles que cada uno debería tener en la relación se produciría un conflicto que, si no se resuelve, nos puede llevar a abandonarla. Según Philips (1986) uno de los problemas en el cuidado de las personas mayores es que , en muchas ocasiones, no existe la posibilidad de abandonar, lo que puede provocar situaciones especialmente negativas si no se logra resolver el conflicto. Esta explicación ha sido criticada por la falta de apoyo empírico y por ignorar factores externos a la relación (Ej: situación económica) (Touza , March y Prado 2009)

*La teoría del poder y control sobre la víctima* afirma que los malos tratos serán una forma de intentar controlar las conductas de las personas mayores. La persona que ejerce el maltrato utiliza las conductas maltratadoras para lograr sus objetivos, por ejemplo económicos, y tener el control de la persona mayor. El “edaismo” presente en nuestras sociedades podría ayudar a justificar el trato que recibe la persona mayor (Burnight y Mosqueda 2011)

Desde esta perspectiva se considera fundamental que las intervenciones se realicen con los objetivo de permitir que la persona mayor “recupere su poder personal” y de garantizar su seguridad y bienestar. El modelo, basado en modelos teóricos elaborados para explicar la etiología de la violencia de género, ha sido criticado

principalmente cuando se ha intentado que sea una explicación única para todos los tipos de maltrato.

*El modelo contextual* fue recomendado por el NRC (2003) con el objetivo de guiar las investigaciones e intervenciones que se diseñasen. Parte del supuesto de que la víctima, la persona que ejerce el maltrato y la interacción entre ellas ( tipo de relación y estatus de cada parte) tienen que ser tenidas en cuenta para comprender el problema. Al mismo tiempo, los factores del contexto en el que viven pueden aumentar o disminuir el riesgo al que se ven expuestos. La figura 2 muestra el modelo que proponen NRC (2003, p. 60). Podemos ver como también se incluyen los contactos sociales tanto de la persona mayor, como de la persona que ejerce el maltrato. Los autores destacan cómo su ausencia puede aumentar el riesgo de malos tratos al no existir un control sobre el comportamiento ni nadie que pueda realizar un seguimiento de la evolución de las situaciones. Las variables seleccionadas en nuestro estudio incluyeron la valoración que realizaba el profesional de los contactos sociales de las personas estudiadas, de las características individuales de cada una de las partes y de las características de la relación entre ellas.



**Figure 2:**  
**Modelo contextual de los malos tratos (NRC 2003)**

Los autores ponen de manifiesto la necesidad de realizar estudios longitudinales que permitan avanzar en el conocimiento de la interacción de los diversos factores contemplados en el modelo. Newman, Seff ,Beaulaurier y Palmer (2012) consideran que se debería avanzar en una descripción más precisa de las variables que incluye.

En relación al *modelo del ciclo vital*, McDonald y Thomas (2013), consideran que su principal aportación es el incluir en la explicación de los malos tratos hacia las personas mayores los sucesos que acontecen a lo largo de todo el ciclo vital y que hace que “acumulemos” ventajas y desventajas.

Schiamberg y Gans (2000) elaboran un modelo para explicar los malos tratos dentro de las relaciones de cuidado en las que el hijo es el cuidador uniendo las propuestas del modelo contextual y del ciclo vital. Podemos ver cómo el modelo del ciclo vital introduce el análisis de diferentes contextos temporales: el personal (la historia de vida de cada una de las personas implicadas en la situación), el familiar (la historia familiar y los cambios que se han ido produciendo a lo largo de los años) y el histórico (los acontecimientos históricos que han afectado y afectan a las personas implicadas en la situación).

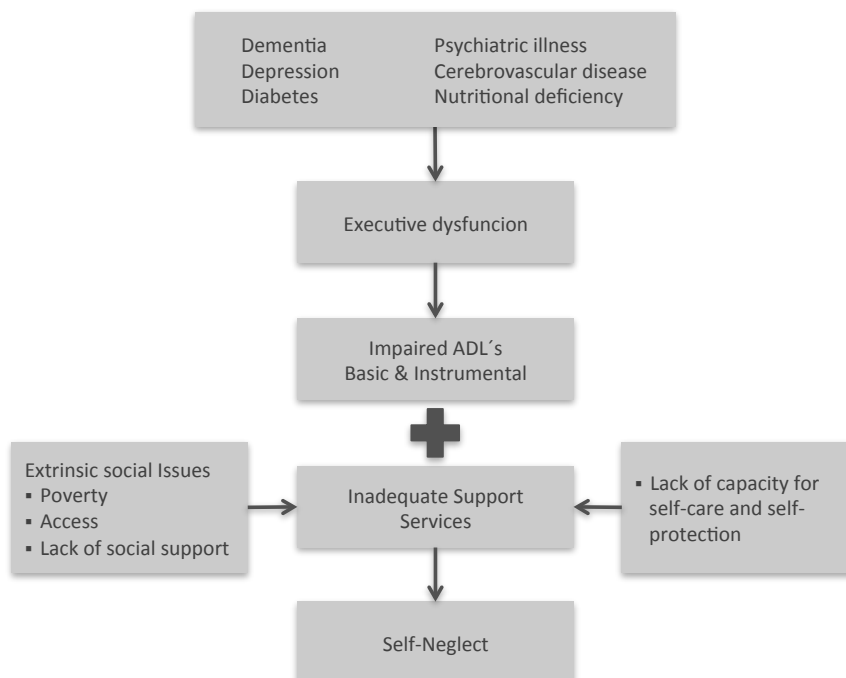
Por último queremos destacar que las grandes diferencias detectadas entre los distintos tipos de maltratos ha llevado a los investigadores a considerar la importancia de estudiar los tipos de maltratos de forma independiente y desarrollar modelos explicativos centrados en tipologías específicas de malos tratos (abuso sexual, explotación financiera, malos tratos físicos, negligencia, autonegligencia) y en tipologías de maltrato en función del tipo de relación (Ej: violencia de género, relaciones de cuidados, relaciones padres/hijos). (Wang, Brisbin, Loo y Straus, 2015)

Dado que en la línea de investigación que presentamos nos centramos en la detección de las situaciones de riesgo de maltrato, sin intentar diferenciar entre tipos de maltrato, y únicamente analizamos de forma específica el caso de la autonegligencia, finalizaremos este apartado revisando los modelos teóricos elaborados para explicar su etiología.

## 2.2. Modelos teóricos sobre la autonegligencia

La falta de consenso sobre las definiciones de autonegligencia a la hora de aceptar o no la autonegligencia activa y pasiva y la falta de investigación sobre el problema dificulta el llegar a un acuerdo a la hora de explicar por qué se produce . (Band-Winterstein, Doron y Naim, 2012; Hildebrand, Taylor y Bradway ,2014 ).

El modelo teórico que cuenta con más aceptación es el elaborado por el Consortium for Research in Elder Self-Neglect of Texas (*CREST*) (Dyer et al. 2007; Dong, Simon, Wilson, Mendes, Rajan y Evans, 2010) quienes postulan que las personas mayores autonegligentes pueden tener dificultades en la función ejecutiva. Estas dificultades les generarian problemas a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria, aquellas necesarias para garantizar su bienestar y seguridad. Estas situaciones pueden verse agravadas si las personas mayores carecen de apoyo social (formal e informal) y de falta de recursos económicos.



**Figure 3:**

**Modelo de autonegligencia .Dyer et al (2007)**

Actualmente, al igual que ocurre en los malos tratos, se está considerando la posibilidad de que existan diferentes tipos de autonegligencia (financiera, ambiental, global y física y médica) (Burnett et al., 2014). La definición adecuada de estos tipos de autonegligencia nos puede permitir estudiar con mayor acierto cuáles son las variables que interactúan para provocar su aparición. Por ejemplo, Burnett et al. (2014) encuentran que la existencia de problemas de salud mental no está presente en los diferentes tipos de autonegligencia.

Una línea de investigación diferente es la planteada Bozinovski (2000) quien consideran que las personas mayores se implican en conductas autonegligentes en un intento por mantener el control de sus vidas y su identidad. Band-Winterstein y Naim (2012) investigan a personas mayores autonegligentes sin problemas de deterioro cognitivo ni de salud mental. Analizando la visión que tienen sobre sus vidas y su estilo de vida, encuentran cómo las conductas autonegligentes han estado presentes en otras épocas de sus vidas, principalmente en épocas de crisis. No se perciben a si mismas como necesitadas de ayuda, sino que les gustaría que los profesionales les escuchasen y comprendiesen sus elecciones.

En nuestras investigaciones tendremos en cuenta los planteamientos de Burnett (2014) y Dyer et al. (2007) sobre la etiología de la autonegligencia, sus componentes y los indicadores que pueden ser más eficaces a la hora de detectar estas situaciones.

### **3.La detección de los malos tratos hacia las personas mayores.**

#### ***3.1.La detección de los malos tratos y las conductas autonegligentes.***

A pesar de que la detección de los malos tratos se puede realizar por diferentes vías (la persona mayor, la persona que ejerce el maltrato, los familiares y amigos que rodean a la persona o los profesionales, de la red de atención sanitaria, servicios sociales

u otras entidades con las que los mayores tengan contacto (Ej: entidades financieras, notarios) en muchas ocasiones las personas mayores no llegan a recibir ningún tipo de ayuda, porque nadie lo detecta o porque nadie lo notifica.

En España no contamos con datos fiables sobre el número de casos que se están detectando y sobre los que se interviene desde los servicios sociales y sanitarios pero los profesionales e investigadores estiman que están muy por debajo de las tasas de prevalencia. Lachs y Berman (2011) informan de que por cada caso que se comunica a algún servicio profesional hay 24 casos que no son detectados.

Una de los canales de detección de las situaciones de maltrato es la información aportada por la persona mayor que lo padece. Es muy importante tener en cuenta la gran dificultad que supone para las personas mayores dar este paso. Es necesario en muchos casos superar sentimientos de vergüenza, de culpa, el miedo a las represalias, miedo a lo que le pueda pasar a la persona que maltrata, a lo que le pueda pasar a ella si informa de lo que ocurre. (Hoover y Polson 2014; Moya y Berbero 2005, , Shofield y Mishara 2003)

Un requisito imprescindible para dar este paso es que la persona sea consciente de la situación que vive y la catalogue como maltrato. Se ha prestado poca atención al estudio de esta variable. Jackson y Hafemeister (2015) encuentran que el grado en el que la persona mayor es conciente de la situación de maltrato que sufre varía en función del tipo de maltrato. Las personas mayores tenían más dificultades para percibir la explotación económica cuando se produce sin otro tipo de maltrato y menos por ejemplo el maltrato físico o la explotación económica asociada a otros tipos de maltrato.

La comunicación por parte de las personas mayores será muy complicada en los casos de las personas con problemas de deterioro cognitivo. Estas personas pueden no ser conscientes de su situación, no tener capacidad para valorarla adecuadamente y/o no

poder comunicarla. Otro grupo de población que podría presentar importantes dificultades son las mujeres mayores que sufren violencia de género. Los estudios en los que se informa de las características de estas mujeres comparando grupos de edad encuentran que las mujeres mayores son más dependientes del agresor y perciben una mayor presión social y familiar para no denunciar (Cedrán, 2013; Straka, 2006)

Las dos principales dificultades percibidas por los profesionales para la detección de los casos son la falta de formación y de instrumentos de detección. Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schuch y Jogerst (2012), después de entrevistar a médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales, concluyen que es necesario ampliar la formación del personal sanitario y concienciarlos del importante rol que pueden jugar en la detección de este grave problema. En España Moya y Barbero (2005) informan de dificultades similares. Consideran que sería necesario mejorar la formación aumentando la posibilidad de que los profesionales se planteen la posibilidad de la existencia del problema. A la hora de valorar la importancia de estos profesionales sanitarios en la detección del maltrato es necesario tener en cuenta que para muchas personas mayores son los profesionales más cercanos.

Actualmente ya contamos con instrumentos dirigidos a detectar los malos tratos hacia las personas mayores y validados para la población española (Touza, 2009; Perez-Rojo et al ,2010; Perez-Rojo et al , 2015; Gobierno Vasco, 2015) En los próximos años sería importante avanzar en el diseño de instrumentos específicos para tipos de malos tratos diferentes (ej: violencia de género hacia mujeres mayores, maltrato en las relaciones de cuidado) y en la construcción de instrumentos que nos permitan confirmar los casos detectados.

Es importante tener en cuenta que, en ocasiones, es la persona que ejerce el maltrato quien comunica la situación y solicita ayuda. Cooper, Selwood y Livingston

(2008) informan de que cuando se le pregunta directamente a los cuidadores de las personas mayores con demencia las tasas de detección pueden aumentar del 5 al 30%. Un tercio de los cuidadores familiares informan de algún tipo de maltrato. En otras situaciones de maltrato como por ejemplo la explotación financiera no se encontrarían estos resultados.

Dado que el primer estudio que presentamos tiene como objetivo la validación de un instrumento de detección de los malos tratos domésticos en el siguiente apartado haremos una exposición de los instrumentos diseñados para la detección de los malos tratos domésticos centrándonos en aquellos que han sido validados para la población española.

### *3.2. Instrumentos de detección*

Desde los años 80, se ha trabajado en el diseño de instrumentos que nos permitan detectar con mayor eficacia los casos de malos tratos. La mayoría de ellos se ha desarrollado en EEUU y Canadá y han sido adaptados con posterioridad en diferentes países.

The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), entidad estadounidense encargada de realizar recomendaciones sobre servicios preventivos para pacientes que no presentan signos o síntomas, concluye que no hay evidencia suficiente para recomendar que se utilicen procedimientos de screening universal. En su argumentación expone que “The USPSTF found no valid, reliable screening tools to identify abuse of elderly or vulnerable adults in the primary care setting” (Moyer 2013, 480)

Teniendo en cuenta esto nos proponemos revisar los instrumentos diseñados para la detección de los malos tratos que requieren que el profesional sospeche previamente de la posible existencia de este problema para que decida utilizarlos. La

formación es vital para que “tengan en la cabeza” la posible existencia de esta problemática.

A partir de este elemento común los instrumentos se diferencian principalmente en los siguientes aspectos:

- 1) En función del tipo de informaciones que incluyen en sus items. Teniendo en cuenta qué se pretende detectar, si situaciones de riesgo de maltrato o casos de malos tratos, es posible que sus items incluyan únicamente información sobre factores de riesgo, sobre signos de maltrato y/o sobre conductas maltratantes.

El contenido de los items también varía en función de qué tipos de malos tratos se plantean como objetivo. Las investigaciones sobre la prevalencia del maltrato encuentran que la mayoría de los malos tratos se producen en combinación con otros (ej: físico y psicológico, explotación financiera y negligencia) por lo que tiene sentido que el instrumento utilizado detecte varios tipos de maltrato.

Esto no es contradictorio con la importancia de desarrollar instrumentos dirigidos al estudio de tipos de maltrato específicos como el maltrato psicológico o la explotación financiera. Será el profesional, en función de lo observado en la situación quien decida qué tipo de instrumento puede ser más eficaz.

- 2) En función de qué profesionales podrían utilizarlos nos encontramos con instrumentos diseñados principalmente para ser utilizados por los profesionales de los servicios sanitarios, de los servicios sociales o por ambos. En los últimos años se han incorporado también otros profesionales como por ejemplo, en el caso de la detección de la explotación financiera, los profesionales de las entidades financieras (Reeves y Wysong, 2010 ; Gobierno Vasco, 2015).

3) En función de quién es la persona que aporta la información los instrumentos pueden ser autoinformes dirigidos a la persona mayor que está siendo maltratada o a la persona que ejerce el maltrato o pueden ser heteroinformes en los que son los profesionales quienes aportan la información.

En la tabla 2 se encuentra una selección de los instrumentos de detección de los malos tratos y de cuyos autores informan de la realización de estudios de validación.

**Table 2: Instrumentos de detección**

Instrumento	Autores	Tipo de instrumento		Ámbito		Estudio Evidencias de validez	E.studio población española
		A	H	Sanitario	S.Sociales		
Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	Reis & Nahmiash (1998)		✓		✓	✓	✗
Caregiver Abuse Screen (CASE)	Reis y Mahmiash (1995)	✓			✓	✓	✗
Indicators of Abuse Screen (IOA)	Perez- Rojo et al (2015) Reis & Nahmiash,(1998)		✓		✓	✓	Estudio 1 de esta tesis
Elder Abuse Suspicion Index (EASI)	Yaffee et al.(2008)	✓		✓	✓	✓	✓
Elder Assessment Instrument (EAI)	Perez-Rojo et al.(2010) Fulmer (1984)		✓	✓			✗
Hwelek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	Neale,Hwalek ,Scott, & Stahl 1991)		✓	✓	✓	✓	✗
Expanded Indicators of Abuse (E-IOA)	Cohen et al (2006)		✓	✓	✓	✓	✗

A= Autoinforme H= Heteroinforme

Instrumento	Autores	Tipo de instrumento		Ámbito		Estudio Evidencias de validez	E.studio población española
		A	H	Sanitario	S.Sociales		
Vulnerability to abuse Screening Scale (VASS)	Schoifield & Mishara (2003)	✓			✓	✓	✗
Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM)	Conrad et al (2010)	✓				✓	✗
O. Adult Financial E. Measure (OAFEM)	Conrad et al (2010)	✓			✓	✓	✗
Elder Self-Neglect Assessment (ESNA)	Irism, Conrad y Ridings (2014)		✓	✓	✓	✓	✗
Self-neglect Severity Scale	Kelly, Dyer, Pavlik, Dood y Jorest (2008)		✓	✓	✓	✓	✗
Escalas de detección del riesgo de maltrato doméstico y conductas autonegligentes	Touza (2009)		✓		✓		✓
Questionario de prevención y detección de factores de riesgo de maltrato físicos y económicos	Gobierno Vasco. Departamento de empleo y políticas sociales (2015)		✓	✓	✓		✓
Questionario de detección de indicadores de malos tratos físicos y económicos y valoración de la gravedad.	Gobierno Vasco . Departamento de empleo y políticas sociales(2015)		✓	✓	✓		✓
Modificated Conflict Tactic Scale (MCT)	Cooper et al 2009		✓	✓	✓	✓	✗

A= Autoinforme H= Heteroinforme

Finalizaremos esta introducción deteniéndonos en el análisis de los instrumentos diseñados y/o adaptados a la población española.

El primer instrumento dirigido a valorar la sospecha de una situación de malos tratos estudiado fue el *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores EASI*. Fue elaborado por un grupo de investigación canadiense (Yaffee et al , 2008) partiendo de la definición de maltrato de la Organización Mundial de la Salud (2002). Esta investigación formaba parte de un proyecto cuyo objetivo era la validación a nivel internacional de este instrumento. El *EASI* (Pérez-Rojo, 2010) no buscaban confirmar los casos de malos tratos, sino valorar la sospecha de su existencia. Al ser un cuestionario en el que el profesional solicita información a la persona mayor, solo se aplica a personas sin deterioro cognitivo. No contemplaba la detección de situaciones de autonegligencia. En el estudio realizado las investigadoras encontraron un número moderadamente alto de falsos positivos y de falsos negativos. . Se realizaron análisis separados de la aplicación del EASI en los centros de atención Primaria y en los centros de servicios sociales encontrando que era más eficaz cuando era aplicado en servicios sociales (Perez Rojo et al 2010).

En el año 2009 se publicaron las Escalas para la detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes en personas mayores (EDMA) (Touza, 2009). Las Escalas EDMA han sido diseñadas para identificar a aquellas personas mayores que están en riesgo de sufrir malos tratos por parte de sus cuidadores, familiares y/o personas cercanas o por si mismas (en los casos de autonegligencia). Las EDMA consideran como potencial víctima a cualquier persona mayor de 65 años, sin que necesariamente tengan que ser personas vulnerables.

Es un instrumento cuantitativo formado por dos escalas, la Escala de la persona mayor (33 ítems) y la escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato (21

items). Si solo se dispone información de una de las partes de la relación se puede utilizar una única escala . Las escalas obtienen adecuadas evidencias de validez. Se informa sobre los puntos de corte para cada dimensión de las escalas y sus índices de sensibilidad y especificidad.(Touza, Prado y Segura, 2011 y 2012). No detectan abuso sexual ya que no contaban con ningún caso en la muestra utilizada.

EL Gobierno Vasco ha diseñado dos instrumentos de detección ,el “Cuestionario de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Maltrato” cuyo objetivo es la detección de posibles casos de riesgo y el “Cuestionario de Detección de Indicadores de Malos Tratos Físicos y Económicos y Valoración de la Gravedad de los mimos” (Gobierno Vasco . Departamento de empleo y políticas sociales, 2015) .Este segundo instrumento se aplicaría cuando existen indicios fundados de la sospecha de malos tratos físicos o/y económicos. Los instrumentos han sido diseñados para poder ser aplicados tanto por los profesionales de los servicios sociales de atención primaria como desde los servicios de salud. Se presentan acompañados de una descripción de cómo utilizarlos y las acciones a realizar en función de sus resultados. Los autores informan de la realización de un primer estudio piloto en las localidades de Hondarribia, Zuia y Bilbao con la participación de 649 personas mayores y un estudio de validación aunque no hemos podido acceder a su lectura.

La última investigación publicada en España sobre instrumentos de detección presenta el estudio realizado por Perez Rojo et al (2015) dirigido a la validación del Caregiver Abuse Screen (CASE). El CASE, instrumento diseñado en Canadá dentro del proyecto CARE junto con el IOA y el BASE (Reis y Nahmiash, 1995). Es una prueba de autoinforme dirigida a los cuidadores de las personas mayores. Los participantes fueron 211 cuidadores principales de la Comunidad de Madrid y el País Vasco. Encuentran unas adecuadas propiedades psicométricas proponiéndolo como un

instrumento a utilizar con el objetivo de evaluar el riesgo de maltrato en los contextos de habla hispana. Los autores destacan su utilidad a la hora de detectar las situaciones de riesgo de maltrato entre las personas mayores con deterioro cognitivo.

## **SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

## 1. Descripción de la línea de investigación

Los trabajos que se presentan parten de las investigaciones que con anterioridad realizamos sobre los malos tratos domésticos hacia las personas mayores. Nos incorporamos a esta área de investigación a través de un primer análisis sobre qué tipo de intervenciones se realizaban desde los servicios sociales municipales (Touza, Prado, García Campos, Royo y Segura, 2002). Los profesionales de los equipos de servicios sociales nos transmitieron su preocupación por el tema ya que observaban que era una situación grave con la que se encontraban y para la que contaban con muy pocos recursos. Una de las primeras dificultades que tenían era que no disponían de un instrumento de detección que les permitiese analizar, cuando creían que una persona mayor podía estar en una situación de riesgo, si sus sospechas eran razonables.

Esta necesidad dio pie al inicio de esta línea de investigación. En colaboración con La Concejalía de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid realizamos una revisión sistemática de la bibliografía sobre malos tratos domésticos y conductas autonegligentes en personas mayores y elaboramos un primer conjunto de posibles ítems que podían conformar un instrumento de detección (Royo, García Campos, Segura, Touza y Prado, 2001). Durante los años 2004-2005 llevamos a cabo un estudio piloto con los profesionales de los equipos de servicios sociales de la Junta Municipal de Ciudad Lineal (Touza, Segura y Prado 2004). Los resultados de este estudio fueron tenidos en cuenta para la realización del estudio definitivo de validación de las Escalas de Detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (Touza, 2009).

Las investigaciones que se exponen a continuación tienen como objetivo continuar este trabajo aportando información que sea relevante para la detección de las personas mayores que pueden estar viviendo una situación de riesgo de malos tratos domésticos y/o conductas autonegligentes.

Los resultados de las investigaciones citadas nos permitieron comprobar cómo las personas mayores que vivían situaciones de riesgo de maltrato, en un tanto por ciento muy elevado, tenían importantes problemas de deterioro cognitivo y dependencia. Estos datos coincidían con los datos de prevalencia que aparecían en la literatura internacional en los veíamos como, por ejemplo, el maltrato físico, era entre 3-5 veces más frecuente entre los cuidadores de personas mayores con demencia que en la población general (Pillmer, Connolly, Breckman, Spreng y Lachs, 2015).

Este hecho nos hizo plantearnos que sería adecuado contar con un instrumento de detección de los malos tratos domésticos en el contexto de las relaciones de cuidado. Tanto para poder avanzar en la propuesta de intervenciones como para la investigación necesitamos contar con instrumentos válidos y fiables que nos ayuden en el estudio del problema en nuestro país.

Seleccionamos el IOA porque era uno de los instrumentos que había demostrado ser válido y fiable en un país de un contexto similar al nuestro, Canadá (Reis y Namish 1995, 1998, 2000). Como comentaremos más adelante, es un instrumento formado por 27 ítems a través de los cuales los profesionales pueden valorar los factores de riesgo que pueden existir en función de las características de la persona mayor, de su cuidador, de la relación entre ellos y las características del contexto en el que viven. No contiene ítems sobre la presencia de conductas maltratadoras, ni de signos de malos tratos. No tiene como objetivo confirmar la existencia de un caso de maltrato, sino

valorar el riesgo de la situación. Poder detectar el riesgo nos podría ayudar a diseñar intervenciones preventivas.

Un segundo objetivo buscado en este estudio es analizar el peso de los diferentes factores de riesgo definidos en los ítems en la detección de las situaciones de riesgo. El modelo del estrés del cuidador, mantenido durante muchos años a la hora de intentar encontrar “la causa” de la aparición de los malos tratos domésticos, centró la atención en cómo las características de las víctimas aumentaban el riesgo del maltrato (Brandl y Raymond 2012; Wolf 1998). Los resultados de las investigaciones no permitieron mantener esta explicación y se propusieron modelos más complejos en los que tanto las características de la persona mayor, las de la persona que ejerce el maltrato, el contexto en el que viven y la calidad de la relación entre ellos se tienen en cuenta (Burnight y Mosqueda, 2011). En nuestro estudio contemplamos estos factores y planteamos la hipótesis de que serán las variables más ligadas al cuidador y a la relación entre ellos las que tendrán mayor peso a la hora de explicar la aparición de una situación de riesgo.

El segundo estudio se centra en las características de las situaciones de riesgo de maltrato que viven las personas mayores con deterioro cognitivo. Como hemos comentado en la fundamentación teórica, es importante investigar cuáles son los factores de riesgo en grupos específicos de población que pueden diferenciarse de la población general por las especiales características de su situación.

Nos centramos en el estudio de las personas mayores con deterioro cognitivo principalmente por dos razones. La primera está relacionada, como comentamos anteriormente, con las altas tasas de prevalencia de los malos tratos en este grupo de población (Cooney, Howard y Lawlor, 2006; Dong, Chen y Simon 2014; Pillemer et al. 2015). La segunda hace referencia a que la necesidad de detectar por parte de los profesionales es más alta, ya que puede ser que las dificultades de la enfermedad no les

permitan ser conscientes de la situación, comunicarla y hacer algo para modificarla o abandonarla.

El objetivo del estudio se centra en el análisis de las variables que han sido definidas como factores de riesgo en un grupo de personas mayores con deterioro y sin deterioro. Un segundo objetivo se centra en estudiar el valor predictivo de cara a detectar situaciones de riesgo de maltrato de cuatro factores que consideramos fundamentales: la calidad de la relación en el pasado, la voluntariedad en la asunción del rol de cuidador, las habilidades del cuidador para hacer frente a las situaciones difíciles y estresantes y el que la persona mayor tenga o no problemas de deterioro cognitivo.

El tercer estudio investiga las situaciones de autonegligencia. La autonegligencia es uno de los problemas relacionados con el maltrato de las personas mayores menos estudiado, aún siendo uno de los más detectados.

Nuestro objetivo ha sido analizar la utilidad de un grupo de indicadores de autonegligencia (señales de autonegligencia y factores de riesgo) a la hora de diferenciar entre las personas autonegligentes, las personas que reciben un trato adecuado y aquellas que se encuentran en riesgo de maltrato. Si los indicadores muestran su utilidad nos podrán ayudar a realizar una primera descripción de las características de estas personas, ya que en nuestro país son muy escasas las investigaciones sobre este grupo de población mayor.

La investigación también pretende analizar la capacidad predictiva de las variables relacionadas con las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria e instrumentales y la presencia de indicadores sobre el inadecuado cuidado de su salud siguiendo lo propuesto por Burnett et al (2014).

En resumen, los estudios que se presentan pretenden:

- Validar para la población española un instrumento de detección de los malos tratos en las situaciones de cuidado a través de las valoraciones de los profesionales, del que se carece actualmente.
- Aportar datos sobre las características de las situaciones de riesgo de sufrir malos tratos domésticos en las personas con deterioro cognitivo y sin deterioro y estudiar el valor predictivo de las siguientes variables: calidad de la relación de la persona mayor y su cuidador en el pasado , la voluntariedad en la asunción del rol de cuidador, las habilidades del cuidador para hacer frente a las situaciones difíciles y estresantes y el que la persona mayor tenga o no problemas de deterioro cognitivo.
- Aportar datos sobre las características de las situaciones de riesgo de mantener comportamientos autonegligentes en las personas mayores y del valor predictivo de los indicadores propuestos por Burnett (2014) a la hora de detectar los diferentes tipos de autonegligencia.

**Estudio 1: Propiedades psicométricas de la adaptación española del Indicators of Abuse (IOA) Screen para la detección del riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores**

## **2. Estudio 1: Propiedades psicométricas de la adaptación española del Indicators of Abuse (IOA) Screen para la detección del riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores**

### *RESUMEN*

La prevalencia de los malos tratos domésticos y la gravedad de sus consecuencias hacen necesario que los profesionales de los servicios sociales puedan disponer de adecuados instrumentos de detección. Los objetivos de la investigación fueron replicar los análisis realizados por las autoras del «Indicators of Abuse (IOA) Screen» en una muestra española y comparar los resultados; aportar alguna nueva evidencia de validez; analizar qué ítems fueron más relevantes para detectar situaciones de riesgo de malos tratos y establecer un punto de corte para interpretar la puntuaciones obtenidas. Participaron 46 profesionales de los equipos de servicios sociales de Mallorca (España) que valoraron la situación de 201 personas mayores (133 mujeres y 68 hombres) y sus cuidadores principales, según el tipo de trato recibido por la persona mayor y les aplicaron la escala. Los resultados confirmaron la estructura unidimensional del IOA. También confirmaron su capacidad para distinguir entre grupos de personas en riesgo de sufrir malos tratos domésticos y personas que recibían un trato adecuado de sus cuidadores y para clasificarlas en función del tipo de trato recibido. Los índices de consistencia interna fueron muy similares a los obtenidos por las creadoras de la escala y se aportó una nueva evidencia sobre su estabilidad temporal. Finalmente, se calcularon los índices de sensibilidad y especificidad asociados a distintos puntos de corte. Estos resultados parecen confirmar las evidencias de validez del instrumento cuando se utilizó con población española, pero es necesario seguir investigando y confirmarlos con muestras más amplias y representativas de la población.

**Palabras clave:** Malos tratos a personas mayores; cuidadores; detección; propiedades psicométricas.

### *ABSTRACT*

Due to the prevalence of domestic abuse and the seriousness of its consequences, it is essential for social services professionals to have adequate detection tools. The objectives of this research study were to replicate the analyses conducted by the creators of the Indicators of Abuse (IOA) Screen with a Spanish sample group, and then to compare the results. The study also aimed to present new validity evidence, to analyse which items were more relevant in the detection of situations of risk of mistreatment, and to establish a cut-off point to interpret the obtained scores. Using a scale, 46 professionals, from social services teams in Mallorca (Spain), assessed the situation of 201 elderly individuals (133 women and 68 men) and their main caregivers, according to the type of care received by the elderly person. The results confirmed the unidimensional structure of the IOA. Furthermore, they confirmed the tool's capacity to distinguish between groups of people at risk of suffering domestic abuse and those that receive proper care from their caregivers, in addition to being able to classify these individuals based on the type of treatment received. The internal consistency indices were very similar to those obtained by the creators of the scale and provided new evidence for its stability over time. Finally, sensitivity and specificity indices were calculated in relation to the different cut-off points. These results appear to confirm the validity evidence of the instrument when used with the Spanish population. However, it is necessary to conduct further research and confirm the results with wider, more representative sample groups.

**Key words:** Elder abuse; caregivers; screening; psychometric properties.

## *Introducción*

Aunque aun son muchos los problemas que existen a la hora de definir el concepto de malos tratos hacia la persona mayor (Gracia, 2011; National Research Council, 2003; Nerenberg, 2008), la propuesta más utilizada en la práctica y en las investigaciones (Goergen y Beaulieu, 2013) es la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera los malos tratos hacia las personas mayores (MTPM) como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana” (OMS, 2002, p. 2). Otra definición, también ampliamente utilizada, es la establecida por el National Reserach Council (2003), que los define como:

(a) intentional actions that cause harm or create serious risk of harm (whether or not harm is intended) to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trust relationship to the elder or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder’s basic needs or to protect the elder from harm. ( p. 1)

Dentro de los MTPM podemos diferenciar distintas tipologías en función de quienes los provocan (malos tratos domésticos, institucionales y conductas autonegligentes) y el tipo de conductas que mantienen y el daño que provocan (físico, psicológico, financiero/material, negligencia, abandono y abuso sexual). Las definiciones propuestas por el National Center on Elder Abuse (2001) sobre estas últimas tipologías gozan de un consenso bastante generalizado entre investigadores y profesionales.

La investigación que aquí se presenta se centró en la validación de un instrumento para la población española de detección del riesgo de sufrir malos tratos domésticos (maltrato físico, psicológico, negligencia y financiero) por parte de un

cuidador no profesional. Como argumentamos a continuación, conseguir este objetivo podría ser una aportación al logro de la mejora de la calidad de vida y de la garantía de los derechos de muchas personas mayores.

Los malos tratos a las personas mayores son señalados como un problema social y tanto a nivel político, como por parte de profesionales e investigadores, se reconoce la necesidad de establecer los mecanismos necesarios para prevenir estas situaciones, ya que suponen una violación de los derechos humanos y pueden tener unas consecuencias devastadoras: pobre calidad de vida, malestar psicológico, pérdida de propiedades y de seguridad y un incremento de la morbilidad y de la mortalidad (House of Commons Health Select Committee, 2004; Mysyuk, Westendorp y Lindenberg, 2013; World Health Organization, 2008, 2011).

La falta de un consenso en las definiciones de maltrato, las diferentes metodologías empleadas para la detección y los tipos de muestras utilizadas (Cohen 2011; Johannesen y Logiudice, 2013) hacen difícil comparar los resultados de los estudios de prevalencia, aunque existe un acuerdo en situarlos entre un 4 y un 6-10% en la población general de personas mayores (Acierno et al., 2010; Cooper, Selwood y Livingston, 2008; Moyer 2013).

En España, la situación es similar. Los diversos estudios realizados (Bazo, 2001; Garre-Olmo et al, 2009; Pérez-Cárceles et al., 2008; Risco et al., 2005; Sancho, 2011), nos muestran resultados que van desde el 0.9% del estudio de Sancho (2011), al 52.6% del estudio de Risco et al., (2005), aunque la mayoría de los investigadores consideran que sería adecuado estimar un 10% de prevalencia.

Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014) sobre violencia doméstica y violencia de género nos permiten comprobar cómo en un 2.05% de los casos de violencia de género, la víctima es una persona de 65 o más años (557

personas mayores). Los datos de violencia doméstica (INE 2014) nos muestran que en el 18.5% (1306 personas mayores) de los casos, las víctimas eran personas mayores de 65 años y un 1.68% de los denunciados (84 personas).

El envejecimiento de la población en los países occidentales hace prever que la incidencia y la prevalencia del problema serán mayores en los próximos años. Si tomamos como referencia Europa, podemos ver cómo entre 1994 y 2014, la proporción de personas de 65 o más años aumentó alrededor de un 4% (European Commission, 2015). Este proceso de envejecimiento viene acompañado de un incremento del número de personas mayores de 85 años. Es importante tenerlo en cuenta, porque en este subgrupo de población nos encontraremos al mayor número de personas mayores dependientes.

A pesar de que los datos presentados nos muestran que nos encontramos ante un problema muy relevante por su prevalencia, que puede ir en aumento, y por sus consecuencias, la detección y notificación de los casos de malos tratos es muy baja. Lachs y Pillemer (2004), con el objetivo de mostrar esta situación, afirman que si estuviésemos siendo eficaces en esta labor, en EEUU, por ejemplo, un médico que vea entre 20 y 40 personas mayores al día, se encontraría más de una víctima cada día, dato muy alejado de lo que ocurre en la realidad.

Nadie duda de que la calidad de vida de una persona mayor no puede obtenerse en un entorno donde se ve expuesta o en riesgo de sufrir algún tipo de maltrato, por lo que tendremos que diseñar los mecanismos necesarios para prevenir esta situación y/o detectarla cuanto antes.

La mayoría de los instrumentos diseñados parten de la necesidad de que los profesionales dispongan de la formación necesaria para sospechar la existencia de maltrato e intentan ayudarlos a confirmar que su sospecha es razonable y necesita ser

investigada. Han sido diseñados para ser utilizados en el ámbito sanitario (servicios de atención primaria u hospitales y servicios de urgencias) y/o de los servicios sociales. La soledad y el aislamiento en los que pueden encontrarse algunas persona mayores puede hacer que los profesionales sean la única oportunidad para terminar con una situación maltratadora o para evitar su agravamiento (Cohen, 2011).

Centrándonos en los instrumentos diseñados para ser aplicados por los trabajadores sociales y utilizando como criterio de clasificación de los instrumentos quién es la persona que lo cumplimenta, nos encontramos con que los más investigados y utilizados son: 1) *Pruebas de autoinforme por parte de la persona mayor*: instrumentos como el «Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)» (Hwalek y Sengstock, 1986; Neale et al., 1991), el «Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)» (Schofield y Mishra, 2003; Schofield et al., 2002), el «Elder Abuse Suspicion Index (EASI) » (Yaffe et al., 2008; Yaffe, Wolfson y Lithwick, 2009; Perez-Rojo et al., 2010) 2) *Pruebas dirigidas a la persona que supuestamente maltrata*: el «Caregiver Abuse Screen (CASE)» (Reis, 1995; Reis y Nahmiash, 1995; Perez-Rojo et al., 2015), Modified Conflict Tactics Scale (Cooper et al., 2009)3) 3) *Pruebas cumplimentadas por los profesionales de los servicios sociales y/o sanitarios*: instrumentos, como el «The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)» , el «Indicators of Abuse (IOA) Screen» (Reis y Nahmiash, 1995), la «Self-Neglect Severity Scale (SSS)» (Dyer et al., 2006). o las «Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (EDMA)» (Touza, 2009), que reflejan las valoraciones del profesional, una vez que conoce la situación, tras haber recogido información por medio de entrevistas y su conocimiento del caso.

Nuestra investigación ha sido un intento de contribuir al logro de mejorar las tasas de detección de posibles situaciones de riesgo de malos tratos domésticos, aportando a los profesionales un instrumento que les permita confirmar su sospecha y poder actuar ante situaciones de riesgo. Nos pareció adecuado marcarnos como objetivo la adaptación española del «Indicators of Abuse (IOA) Screen» (Reis y Nahmiash, 1995, 1998) principalmente por las siguientes razones:

1. Las relaciones de cuidados constituyen uno de los contextos de interacción en los que puede tener lugar la aparición de los malos tratos. Las relaciones de cuidados son un contexto especialmente favorable para que se establezcan interacciones que den lugar a malos tratos, por el tipo de actividades que se realizan, por el tipo de habilidades que ambas partes deben aprender (por ej. ayudar y ser ayudado), por los sentimientos que se producen, por el aumento del contacto y la posibilidad de que surjan conflictos, por las pérdidas que puede suponer para ambas partes (por ej. económicas, de privacidad, de independencia). Como muestran algunas investigaciones (Paz-Rodríguez y Sánchez-Guzmán, 2011), el contexto estructural y subjetivo en el que se desarrollan las relaciones de cuidados pueden propiciar la aparición de la violencia.

En España carecíamos de un instrumento validado, de aplicación por parte de los profesionales, que estuviera especialmente diseñado para ser aplicado en el caso de sospecha de maltrato por parte del cuidador principal. La validación del IOA podía cubrir esta necesidad.

2. Complementa a los instrumentos ya validados en España. A lo largo de los últimos años, en nuestro país se han ido desarrollando y adaptando instrumentos y protocolos de detección (Gobierno Vasco, 2015; Pérez-Rojo et al., 2015; Touza,

2009). Se trata de instrumentos con características distintas, porque detectarían tipos distintos de malos tratos y porque en unos casos se trata de pruebas de autoinforme, mientras que en otros la información es proporcionada por profesionales de los servicios sociales y sanitarios. Contar con distintos tipos de instrumentos amplía la eficacia en la detección, ya que permite elegir el que más se adecue a las características de la situación. La adaptación del IOA permitiría valorar situaciones de riesgo de malos tratos domésticos infligidos por un cuidador que no es capaz o que no está dispuesto a informar sobre su situación. En las situaciones en las que no es posible contar con información fiable aportada por el cuidador y en las que la posible víctima no es capaz o tampoco está dispuesta a colaborar, no es posible utilizar una prueba de autoinforme. Por otra parte, la adaptación del IOA que se presenta en este artículo podría detectar el riesgo de diversas tipologías de malos tratos domésticos como es el caso del maltrato físico, la explotación económica, el maltrato emocional, el abandono y la negligencia. No podemos decir que pueda detectar situaciones de abuso sexual, ya que no había casos de sospecha de esta tipología de malos tratos en la muestra utilizada.

3. Se trata de un instrumento basado en indicadores de la persona mayor y del cuidador y no únicamente en una de las partes de la relación. El maltrato ocurre en un contexto y la valoración, sin tener en cuenta al posible maltratador y al ambiente que les rodea, tiene importantes limitaciones. Lo idóneo para detectar sería disponer de informaciones sobre ambas partes, las características de la relación entre ellos y el entorno en el que se produce (Fulmer, Guadagno y Dyer, 2004; NRC 2003).
4. Buscábamos un instrumento que pudieran utilizar los profesionales de los servicios sociales. El IOA es un instrumento pensado para ellos, además, es relativamente

rápido y el tipo de informaciones que requiere son conocidas por los profesionales debido a su trabajo cotidiano.

5. Se trata de un instrumento que ha demostrado una adecuadas propiedades psicométricas. Discriminó entre casos de malos tratos y casos en los que no se habían producido; clasificó correctamente entre el 78% y el 84% de los casos de malos tratos y entre el 99.2% y el 100% de los casos no maltratados; obtuvo índices de consistencia interna elevados de .91 y .92. En cuanto a su estructura factorial, utilizando análisis factoriales exploratorios, se encontró un único factor compuesto por los 27 ítems de la escala que valoran problemas (Reis y Nahmiash, 1998).

Estas características sugerían que el IOA podría ser un instrumento de detección muy adecuado para ser utilizado con población española si mostrase unas propiedades psicométricas semejantes a las expuestas por las creadoras de la escala. En la investigación realizada se analizaron estas propiedades al aplicarlo a una muestra de personas mayores de nuestro país. Tomamos como referencia los análisis realizados por las autoras cuando validaron el instrumento en Canadá. De esta forma, el estudio se planteó los siguientes objetivos:

- **Replicar los análisis realizados por las autoras de la escala** con los datos obtenidos en una muestra española y comparar los resultados. Concretamente se trataba de analizar la fiabilidad de la escala por medio de la valoración de su consistencia interna, de examinar su capacidad para diferenciar entre grupos de personas probablemente maltratadas y no maltratadas y para clasificarlas.
- **Aportar alguna nueva evidencia de validez de la escala.** Consideramos interesante analizar la fiabilidad a través de la estabilidad temporal de las puntuaciones y confirmar su estructura unidimensional empleando el análisis factorial confirmatorio.

- **Analizar qué ítems eran más relevantes para detectar situaciones de riesgo de malos tratos.** Los resultados obtenidos por Reis y Nahmiash (1998) y por otras investigaciones coinciden en señalar que los indicadores sobre el maltratador son mejores predictores de malos tratos que los indicadores sobre la persona mayor (Cohen et al., 2006; Lachs y Pillemer, 2004; Pillemer, 2005), por lo que planteamos la hipótesis de que los ítems referidos al cuidador serían los más relevantes. El maltrato parece estar principalmente relacionado con las características del maltratador y, secundariamente, con las de la víctima. El contexto también es importante porque es el marco en el que se encuentran ambos y puede promover su aparición (Anetzberger, 2000; Conrad et al., 2010).
- **Establecer un punto de corte que ayudase a interpretar la puntuación obtenida al utilizar la escala con población española.** Es la puntuación a partir de la cual el profesional puede considerar que se encuentra ante un posible caso de riesgo de malos tratos. Reis y Nahmiash (1998) definieron un “área de riesgo” que comenzaría en el cuartil superior de los casos en los que no se producían malos tratos y encontraron que una puntuación igual o superior a 16 ( $M = 9.2$ ;  $DT = .68$ ) sería este punto de corte. Los resultados de los análisis pueden permitir conocer cuál sería el punto de corte que se podría establecer al utilizar la escala con población española y cuáles serían los índices de sensibilidad y de especificidad.

Finalmente, es importante señalar qué entendemos por “riesgo de malos tratos”, ya que buscábamos un instrumento que lo detectase.

Consideramos que las relaciones interpersonales establecidas entre la persona mayor y sus personas de confianza, como su cuidador principal, pueden clasificarse en un continuo que refleja la calidad dicha relación. En este continuo podemos distinguir tres tipos de situaciones: trato adecuado, trato inadecuado y maltrato. En las situaciones de

trato adecuado las actuaciones del cuidador garantizan el bienestar físico, psicológico y/o social de la persona mayor. En las situaciones de trato inadecuado, el conjunto de actuaciones del cuidador no garantizan el bienestar físico, psicológico y/o social de la persona mayor. Las situaciones de malos tratos serían las de trato inadecuado más extremas, porque suponen un peligro mayor para la calidad de vida de la persona mayor y vulneran sus derechos en mayor medida. Para definir las utilizamos las propuestas del National Research Council (2003) y del National Center on Elder Abuse (2001).

El concepto “riesgo de malos tratos” incluyó las situaciones de trato inadecuado y las de malos tratos, es decir a personas que podían estar efectivamente sufriendo malos tratos domésticos y a otras que podríamos decir que se encontraban “al límite”, porque vivían situaciones de trato inadecuado graves que podían confundirse con maltrato. La razón de conceptualizar de esta manera el riesgo de malos tratos se debe a la posibilidad de utilizar las escalas de detección para prevenir situaciones que, con el tiempo y si no se interviene, podrían agravarse. Por otra parte, como señalan Dyer, Connolly y McFeeley (2003) el porcentaje más elevado de casos se sitúan en una zona gris donde no resultan tan evidentes los malos tratos, en muchas ocasiones porque sus manifestaciones o secuelas pueden llegar a solaparse con pequeños cambios psicológicos y fisiológicos característicos de la vejez.

### *Método*

#### **Participantes**

En el estudio participaron 46 profesionales de los equipos de servicios sociales de 32 municipios de Mallorca (España). Todos ellos eran trabajadores sociales, a excepción de dos psicólogos y una terapeuta ocupacional. Los profesionales analizaron

la situación de 201 personas mayores (133 mujeres y 68 hombres) y sus cuidadores principales.

La edad media de las personas mayores fue de 81.8 años, con un rango comprendido entre 63 y 101 años y desviación típica de 7.8. Del total de personas mayores participantes, 86 fueron considerados casos de trato adecuado (56 mujeres y 30 hombres, edad media de 82.24 y desviación típica de 13.12), 60 de trato inadecuado (16 hombres y 44 mujeres, edad media de 82.8 años y desviación típica de 7.44) y 55 de maltrato (33 mujeres y 22 hombres, edad media de 79.96 años y desviación típica de 7.72). Entre las personas mayores maltratadas se encontraban casos de maltrato físico, psicológico, explotación económica y negligencia. No hubo ningún caso de sospecha de abusos sexuales.

Entre los cuidadores participantes, 86 (65 mujeres y 21 hombres) fueron considerados como cuidadores que proporcionaban un trato adecuado y tenían una edad media de 59.55 años (DT=12.14). Fueron 70 (38 mujeres y 22 hombres) los clasificados como cuidadores que ejercían un trato inadecuado y su media de edad fue de 59 años (DT= 12.14). Los cuidadores cuyo trato se consideró maltratador fueron 55 (27 hombres y 28 mujeres), con una edad media de 57.3 años (DT= 14.00). Un 97% de los cuidadores estudiados eran familiares de las personas mayores. Solo dos casos en cada grupo (trato adecuado, inadecuado y maltrato) eran cuidadores sin relación familiar.

### ***Instrumentos***

- Protocolo de recogida de información sobre las características de la persona mayor, del cuidador y de los apoyos formales que recibe. Se utilizó un protocolo escrito para recoger información de los profesionales sobre los casos estudiados.

Con relación a la persona mayor, informaron sobre su edad, sexo, estado civil, dónde y con quién convivía, el tipo de contactos frecuentes que mantenía y si recibía algún tipo de cuidado profesional, indicaban cuál (por ej. ayuda a domicilio, centro de día...). En relación al cuidador, se recogieron datos sobre su edad, sexo, estado civil, tipo de relación con la persona mayor y antigüedad de la relación.

El profesional también indicaba el tipo de trato que valoraba que proporcionaba el cuidador evaluado (trato adecuado, trato inadecuado, maltrato), desde cuándo conocía el caso, cuál era su relación con la persona mayor y si disponía de algún informe médico y/o psicológico de la persona mayor evaluada, incluía los datos que consideraba relevantes (información sobre la valoración del funcionamiento cognitivo, de las actividades de la vida diaria...).

- **Indicators of Abuse (IOA) Screen** (Reis, 2000; Reis y Nahmiash, 1995; Reis y Nahmiash, 1998). El IOA es un instrumento diseñado para identificar a las personas mayores que pueden encontrarse en una situación de riesgo de sufrir malos tratos domésticos por parte de su cuidador. Se trata de una escala compuesta por 15 ítems sobre la persona mayor y 12 ítems sobre el cuidador. Estos ítems reflejan indicadores de riesgo de la persona mayor, del cuidador o de la interacción entre ambos. Se contesta en una escala de 5 puntos e incluye también otras dos categorías de respuesta: “No aplicable” y “No se sabe” .

Es importante destacar que ha sido diseñado y validado para detectar las situaciones de riesgo que se pueden producir a consecuencia del trato que proporcionan los cuidadores no remunerados, es decir, las personas que debido a que mantienen con la

persona mayor una relación de especial confianza (amigos, parientes, vecinos...) le proporciona la asistencia que la persona mayor necesita en su vida diaria.

Ha sido diseñado para ser aplicado por profesionales de la salud y de los servicios sociales. En nuestra investigación únicamente han participado profesionales de los servicios sociales, por lo que los datos presentados se restringen a la utilización del IOA en este contexto.

El IOA es un listado de indicadores de riesgo, no incluye ítems sobre la presencia de conductas maltratadoras, ni de signos de malos tratos. No tiene como objetivo confirmar la existencia de un caso de maltrato. Se utilizó la traducción del instrumento hecha por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Ministerio de Sanidad y Consumo.

### ***Procedimiento***

Este estudio forma parte de una investigación más amplia (Touza, Prado y Segura, 2011, 2012), pero en este apartado nos centraremos en el procedimiento relacionado con la adquisición de los datos que aquí se analizan.

El estudio se llevó a cabo en varias fases:

1. *Presentación del estudio a los profesionales.* El estudio fue presentado a los diferentes equipos de servicios sociales de la isla y los profesionales que lo consideraron oportuno confirmaron su participación voluntaria.
2. *Formación de los profesionales.* Los profesionales que iban a colaborar en el estudio asistieron a un curso de formación sobre aspectos conceptuales de los malos tratos domésticos, sobre su detección y la utilización de instrumentos de detección como el IOA.

3. *Selección de los participantes.* Los profesionales de los servicios sociales seleccionaron entre sus usuarios a los participantes en el estudio. Para hacerlo siguieron los criterios establecidos para la selección de la muestra: el tipo de situaciones en las que consideraban que se encontraban las personas mayores (trato adecuado, trato inadecuado, malos tratos domésticos y sus distintas tipologías), la edad, el sexo y la distribución territorial. De esta forma, la selección no fue aleatoria, sino por cuotas basadas en dichos criterios. Se garantizó el anonimato de todos los participantes mediante la asignación de códigos identificativos.
4. *Primera aplicación.* Las personas mayores fueron clasificadas en tres grupos (maltrato, trato inadecuado y trato adecuado) y cada profesional cumplimentó el IOA indicando si entre la persona mayor y la persona de la cual se valoraba el trato ofrecido existía o no una relación de cuidados.
5. *Segunda aplicación.* Transcurrido un mes desde la primera aplicación, los profesionales repitieron las acciones realizadas en aquella ocasión.

### **Análisis estadísticos**

Para comparar las propiedades psicométricas que habían obtenido las autoras del instrumento con los logrados con una muestra de nuestro país utilizamos el mismo tipo de análisis ( $\alpha$  de Cronbach, T-test, análisis discriminante). Para confirmar la unidimensionalidad de la escala se realizó un análisis factorial confirmatorio partiendo de la matriz de covarianzas policóricas (considerando las variables como ordinales). La valoración de la estabilidad temporal se realizó calculando los coeficientes de correlación de Spearman entre las puntuaciones totales obtenidas en las dos aplicaciones realizadas.

El análisis de las curvas ROC se utilizó para establecer un punto de corte que ayudase a interpretar la puntuación obtenida al utilizar la escala y valorar su sensibilidad y especificidad. Por medio del análisis discriminante se examinó qué ítems eran más relevantes para detectar situaciones de riesgo de malos tratos. Se imputaron los casos perdidos con el algoritmo EM (esperanza-maximización) utilizando sexo, edad y las restantes variables del cuestionario.

### *Resultados*

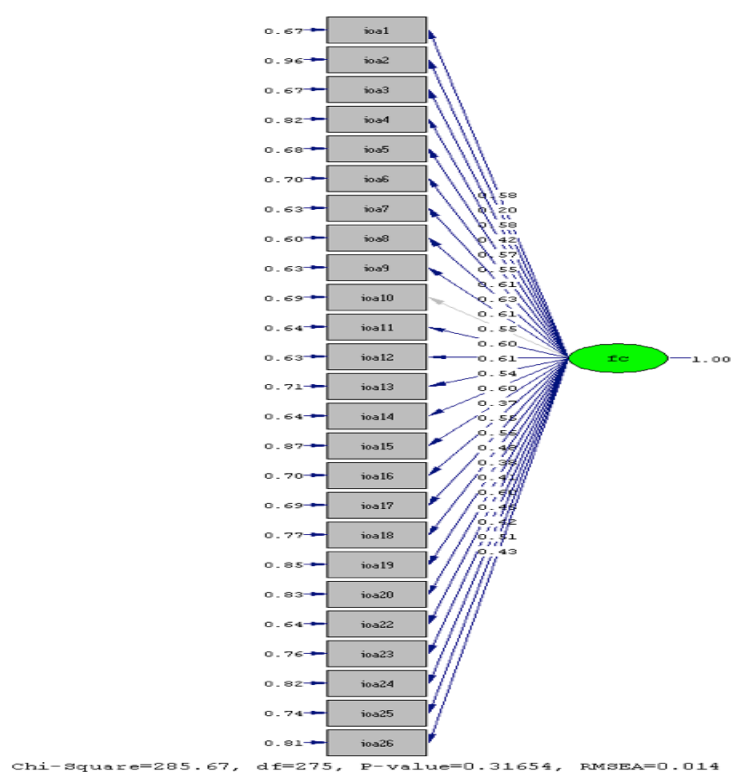
#### *Dimensionalidad de la escala*

Cuando se realizó el análisis factorial confirmatorio, se decidió eliminar los ítems 21 (“Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación (PM)”) y 27 (“No tiene un médico habitual/fijo (PM)”) debido a los altos índices de curtosis que mostraron (ver Tabla 1).

Tabla 1:  
*Estadísticos descriptivos 1 (N = 201)*

Ítem	M	S <sup>2</sup>	Asimetría	Curtosis
1	0.84	1.50	1.29	0.44
2	1.04	2.18	1.10	-0.34
3	0.90	1.49	1.16	0.14
4	0.44	1.17	2.52	5.02
5	0.78	1.42	1.32	0.54
6	1.24	2.06	0.69	-0.98
7	1.53	2.53	0.45	-1.39
8	1.45	2.46	0.50	-1.33
9	1.38	2.49	0.60	-1.23
10	1.51	2.60	0.47	-1.42
11	1.22	2.21	0.76	-0.94
12	1.31	2.43	0.67	-1.16
13	0.75	1.57	1.54	1.04
14	1.38	2.73	0.65	-1.21
15	1.26	2.11	0.75	-0.88
16	1.54	2.20	0.44	-1.22
17	1.25	2.15	0.72	-0.95
18	0.88	1.59	1.15	-0.03
19	0.93	2.14	1.25	-0.05
20	0.97	1.67	1.13	0.06
21	0.21	0.60	4.01	15.48
22	1.24	2.36	0.79	-0.94
23	0.44	0.87	2.24	4.23
24	1.16	2.05	0.89	-0.62
25	0.60	1.14	1.80	2.25
26	1.25	2.06	0.75	-0.85
27	0.40	1.17	2.72	5.91

El modelo obtenido se muestra en la Figura 1.



*Figura 1:*  
Modelo de 1 factor

Los indicadores de ajuste del modelo ( $\chi^2_{(gl=275, n= 201)} = 285.77, p = .32; NFI = .95; CFI = 1; RMR = .05; GFI = .090 RMSEA = 0.014$ ) mostraron un buen grado de ajuste y las saturaciones mostradas por los ítems fueron significativas y elevadas, excepto el ítem sobre la dependencia económica del cuidador que mostró una saturación significativa pero baja (Tabla 2). Estos resultados parecen apoyar la propuesta de estructura unidimensional planteada por las autoras de la escala.

Tabla 2:

*Matriz de saturaciones factoriales (Lamba-X) Modelo 1 factor 1*

	Factor 1
Tiene problemas de conducta (C)	.58
Es económicamente dependiente (C)	.20
Tiene problemas mentales/emocionales (C)	.58
Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias (C)	.42
Tiene expectativas irreales (C)	.57
No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar (C)	.55
Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar (C)	.61
Tiene conflictos maritales/familiares (C)	.63
Tiene una mala relación con la persona a la que cuida (C)	.61
No tiene experiencia en el cuidado (C)	.55
Es una persona que tiende a culpabilizar a los otros de sus problemas (C)	.60
En el pasado, tenía una mala relación con la persona a la que cuida (C)	.61
Ha sido maltratada en el pasado (PM)	.54
Tiene conflictos maritales/familiares (PM)	.60
No comprende el alcance de su enfermedad (PM)	.37
Está aislada socialmente (PM)	.55
Carece de apoyo social (PM)	.55
Tiene problemas de conducta (PM)	.48
Es económicamente dependiente (PM)	.38
Tiene expectativas irreales (PM)	.41
Mantiene actualmente una mala relación con la persona que la cuida	.60
Ha sufrido caídas sospechosas (PM)	.48
Tiene problemas mentales/emocionales (PM)	.42
Tiende a culpabilizar a otras personas de sus problemas (PM)	.51
Es emocionalmente dependiente (PM)	.43

*Nota:* (C) Cuidador; (PM) Persona mayor cuidada.

#### *Consistencia interna y estabilidad temporal*

Valoramos el nivel de fiabilidad de la escala con los 27 ítems. Mostró un elevado nivel de consistencia interna ( $\alpha = .94$ ), similar a los encontrados por sus creadoras (Reis y Nahmiash, 1998) ( $\alpha = .91$ ;  $\alpha = .92$ ; según muestras). Los índices de discriminación de todos los ítems fueron superiores a .40, excepto el ítem referido al cuidador “Es económicamente dependiente” y los ítems “Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación” y “No tiene un médico habitual/fijo” referidos a la persona

mayor. En estos casos los índices de discriminación fueron .19, .26 y .26, respectivamente.

Los resultados obtenidos ( $r_s = .91$ ,  $p < .01$   $n = 163$ ) también permiten concluir que la puntuación total de la escala ha demostrado una adecuada estabilidad temporal durante el periodo de un mes en aquellos casos en los que no se produjo ninguna circunstancia que pudiera justificar un cambio en las puntuaciones obtenidas al aplicar la escala.

#### *Capacidad para discriminar entre grupos*

Reis y Nahmiash (1998) encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias alcanzadas en el IOA entre un grupo de casos de probable maltrato y otro de casos en los que probablemente no existían malos tratos. En esta investigación analizamos (T-test) si existían diferencias significativas en las puntuaciones medias de cada ítem del IOA entre el grupo de trato adecuado y el grupo de riesgo de maltrato. La Tabla 3 muestra los resultados obtenidos. Se encontraron diferencias significativas en todos los ítems, excepto en “Es económicamente dependiente (C)”. Los tamaños del efecto fueron medios o elevados, excepto en cuatro ítems que fueron bajos: “Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias (C)”; “Es económicamente dependiente (PM)”; “Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación (PM)”; “No tiene un médico habitual/fijo (PM)”.

Tabla 3

*Diferencias en las puntuaciones medias alcanzadas en el IOA*

		M	DT	gl	t	p	$\eta^2$
Item1	Adecuado	0.03	0.185	119.710	11.194	.00	.322
	Riesgo de maltrato	1.44	1.332				
Item2	Adecuado	0.85	1.491	181.584	-1.585	.11	.012
	Riesgo de maltrato	1.18	1.466				
Item3	Adecuado	0.16	0.528	159.116	-9.589	.00	.273
	Riesgo de maltrato	1.45	1.306				
Item4	Adecuado	0.08	0.466	149.721	-4.763	.00	.083
	Riesgo de maltrato	0.71	1.316				
Item5	Adecuado	0.12	0.418	-8.740	142.288	.00	.232
	Riesgo de maltrato	1.28	1.341				
Item6	Adecuado	0.21	0.653	12.390	171.847	.00	.391
	Riesgo de maltrato	2.03	1.379				
Item7	Adecuado	0.14	0.438	145.640	-18.475	.00	.576
	Riesgo de maltrato	2.58	1.324				
Item8	Adecuado	0.22	0.676	172.795	14.368	.00	.464
	Riesgo de maltrato	2.38	1.412				
Item9	Adecuado	0.16	0.571	14.107	155.604	.00	.446
	Riesgo de maltrato	2.30	1.481				
Item10	Adecuado	0.36	0.750	173.263	12.105	.00	.381
	Riesgo de maltrato	2.37	1.559				
Item11	Adecuado	0.13	0.504	13.072	148.211	.00	.406
	Riesgo de maltrato	2.04	1.459				
Item12	Adecuado	0.13	0.527	149.528	13.773	.00	.432
	Riesgo de maltrato	2.20	1.494				
Item13	Adecuado	0.09	0.424	138.567	-7.741	.00	.191
	Riesgo de maltrato	1.21	1.466				
Item14	Adecuado	0.14	0.411	132.9	13.822	.00	.426
	Riesgo de maltrato	2.32	1.625				

Item15	Adecuado	0.64	1.039	196.835	-6.010	.00	.140
	Riesgo de maltrato	1.74	1.551				
Item16	Adecuado	0.48	0.904	197.162	11.768	.00	.384
	Riesgo de maltrato	2.34	1.337				
Item17	Adecuado	0.29	0.838	189.279	10.451	.00	.323
	Riesgo de maltrato		1.429				
Item18	Adecuado	1.97	0.607	164.343	-7.794	.00	.200
	Riesgo de maltrato	0.23	1.405				
Item19	Adecuado	1.37	1.233	198.384	-3.445	.00	.053
	Riesgo de maltrato	0.55	1.562				
Item20	Adecuado	1.23	0.864	190.945	-5.281	.00	.109
	Riesgo de maltrato	0.48	1.438				
Item21	Adecuado	1.34	0.108	117.506	-3.840	.00	.053
	Riesgo de maltrato	0.01	1.004				
Item22	Adecuado	0.37	0.377	132.069	13.483	.00	.414
	Riesgo de maltrato	2.10	1.530				
Item23	Adecuado	0.02	0.152	119.401	-6.840	.00	.151
	Riesgo de maltrato	0.76	1.136				
Item24	Adecuado	0.44	0.965	195.070	-7.249	.00	.190
	Riesgo de maltrato	1.70	1.498				
Item25	Adecuado	0.09	0.395	143.068	-7.171	.00	.169
	Riesgo de maltrato	0.98	1.249				
Item26	Adecuado	0.56	1.080	198.990	-6.792	.00	.176
	Riesgo de maltrato	1.77	1.457				
Item27	Adecuado	0.19	0.805	195.562	-2.628	.00	.030
	Riesgo de maltrato	0.57	1.236				

*Nota:* Adecuado  $n = 86$ ; Riesgo de maltrato  $n = 115$ .

### *Capacidad para clasificar correctamente los casos*

Por medio del análisis discriminante, se valoró la capacidad del IOA para clasificar los casos en los grupos de trato adecuado y riesgo de maltrato. Utilizamos los 27 ítems de la escala. Los ítems “Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación (PM)” y “No tiene un médico habitual/fijo (PM)” no fueron eliminados de estos análisis a pesar de su elevada curtosis, sino que se incluyeron, tal y como hicieron las autoras de la escala. Además, autores como Tabachnick y Fidell (2006) comentan que la violación del supuesto no es “fatal” para los resultados, siempre que se deba solamente al sesgo o asimetría (como en este caso) y no a la presencia de *outliers*.

Los resultados mostraron que la función construida discriminó entre los casos de trato adecuado y de riesgo de maltrato. El valor mostrado por la correlación canónica fue elevado (.85) y los centroides de ambos grupos (trato adecuado = -1.838; riesgo de maltrato = 1.374) están separados entre sí. Clasificó correctamente el 93% de todos los casos, el 94.2% de los casos de trato adecuado y el 92.2% de los casos de riesgo de maltrato. Si comparamos estos resultados con los de Reis y Nahmiash (1998), se observa un porcentaje superior de falsos positivos y un porcentaje inferior de falsos negativos.

### *Ítems que más contribuyeron a la discriminación entre grupos*

Los resultados recogidos en la Tabla 4 muestran que los ítems que más contribuyeron a la discriminación entre grupos y que serían más relevantes para la detección fueron los siguientes: “Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar (C)”, “Tiene expectativas irreales (PM)”, “Tiene problemas mentales/emocionales (PM)”, “Tiene conflictos maritales/familiares (PM)”, “Está aislada socialmente (PM)”, “Ha sido maltratada en el pasado (PM)”, “Tiene problemas mentales/emocionales (C)”, “Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación (PM)”,

“No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar (C)”, “Tiene problemas de conducta (C)”, “No tiene experiencia en el cuidado (C)”, “Tiene conflictos maritales/familiares (C)”.

Estos resultados muestran semejanzas y diferencias con los encontrados por Reis y Nahmiash (1998). En ambos casos, el tipo de relaciones familiares de la persona mayor y el haber sido maltratada en el pasado aparecen entre los ítems que mejor discriminaron entre los grupos. Sin embargo, con distinto orden de importancia. Lo mismo ocurre con ciertas características del cuidador: mostrarse reticente ante el cuidado de la persona mayor, no comprender el alcance de su enfermedad, la falta de experiencia en el cuidado y las relaciones familiares conflictivas, sus problemas mentales o emocionales.

En nuestra investigación, ciertas características de la persona mayor se mostraron más importantes para la discriminación de los grupos de lo que lo hicieron en el estudio de las creadoras de la escala: las expectativas irreales, los problemas mentales y emocionales, el aislamiento social y los problemas con el alcohol y/o la medicación. Sin embargo, algunas características del cuidador resultaron ser menos relevantes como tener problemas con el alcohol u otras drogas, tener expectativas irreales, ser económicamente dependiente y tender a culpabilizar a otros de los problemas propios.

De estos doce ítems que resultaron ser los más discriminativos, seis eran sobre el cuidador y otros seis sobre la persona mayor. Estos resultados no nos permiten confirmar nuestra hipótesis sobre la mayor importancia para la detección de los malos tratos de las características del cuidador frente a las de la persona mayor, a pesar de que el ítem con un mayor coeficiente estandarizado fuera el que plantea la reticencia del cuidador con respecto al cuidado de la persona mayor.

Tabla 4

*Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas*

	M	DT	Coefficientes estandarizados
Tiene problemas de conducta (C)	0.841	.22	.165
Es económicamente dependiente (C)	1.041	.47	.055
Tiene problemas mentales/emocionales (C)	0.901	.22	-.255
Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias (C)	0.441	.08	.118
Tiene expectativas irreales (C)	0.781	.19	.119
No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar (C)	1.241	.43	.181
Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar (C)	1.531	.59	.513
Tiene conflictos maritales/familiares (C)	1.451	.56	.123
Tiene una mala relación con la persona a la que cuida (C)	1.381	.57	.049
No tiene experiencia en el cuidado (C)	1.511	.61	.148
Es una persona que tiende a culpabilizar a los otros de sus problemas (C)	1.221	.48	.201
En el pasado, tenía una mala relación con la persona a la que cuida (C)	1.311	.55	.001
Ha sido maltratada en el pasado (PM)	0.751	.25	-.269
Tiene conflictos maritales/familiares (PM)	1.381	.65	.296
No comprende el alcance de su enfermedad (PM)	1.261	.45	.116
Está aislada socialmente (PM)	1.541	.48	.291
Carece de apoyo social (PM)	1.251	.46	-.084
Tiene problemas de conducta (PM)	0.881	.26	-.018
Es económicamente dependiente (PM)	0.931	.46	-.083
Tiene expectativas irreales (PM)	0.971	.29	-.373
Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación (PM)	0.210	.77	.247
Mantiene actualmente una mala relación con la persona que la cuida (PM)	1.241	.53	.003
Ha sufrido caídas sospechosas (PM)	0.440	.93	.037
Tiene problemas mentales/emocionales (PM)	1.161	.43	.345
Tiende a culpabilizar a otras personas de sus problemas (PM)	0.601	.06	-.078
Es emocionalmente dependiente (PM)	1.251	.43	-.063
No tiene un médico habitual/fijo (PM)	0.401	.08	-.080

*Nota:* (C) Cuidador; (PM) Persona mayor cuidada.

#### *Sensibilidad y especificidad*

El valor alcanzado por el área debajo de la curva ROC fue elevado (AUC = .96,  $p < .001$ ), lo que indica una adecuada capacidad del instrumento para discriminar los casos de riesgo de malos tratos frente a los de trato adecuado. También los resultados

de las curvas ROC nos permitieron establecer los índices de sensibilidad y de especificidad de cada puntuación total de instrumento para poder y poder elegir como punto de corte la que se considere más adecuada. La Tabla 5 recoge los índices de algunas puntuaciones,

Tabla 5  
*Índices de sensibilidad y especificidad de algunas puntuaciones totales del IOA*

Puntuación total IOA	Sensibilidad	Especificidad
12.5	.957	.814
13.43	.957	.826
13.93	.948	.826
15	.948	.837
16.26	.939	.837
16.72	.939	.849
16.95	.93	.849
17.01	.93	.86
17.12	.922	.86
17.54	.922	.872
17.94	.922	.884
18.78	.922	.895
19.62	.922	.907
19.84	.922	.919
2.28	.922	.93
2.73	.913	.93
2.93	.904	.93
2.98	.904	.942
21.39	.896	.942
22.22	.887	.942
22.82	.878	.942
23.04	.87	.942
23.31	.861	.942
23.58	.861	.953
23.84	.852	.953
25.53	.843	.953
27.18	.826	.953
27.52	.817	.953
27.84	.809	.953
29	.791	.953
3.10	.783	.953

Reis y Nahmiash (1998), eligieron como punto de corte la puntuación 16, a partir de la cual se encontraba el “área de riesgo”, es decir, los posibles casos de personas mayores maltratadas por sus cuidadores. La autoras justifican su criterio en el intento de evitar falsos negativos. Como muestra la tabla anterior, si utilizásemos esta puntuación como punto de corte en la muestra del estudio, los índices de sensibilidad y de especificidad serían 94% y 84%, respectivamente.

### *Discusión*

La finalidad de la investigación presentada en este artículo fue contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y a garantizar sus derechos, a través de la detección precoz de posibles situaciones de malos tratos domésticos infligidos por los cuidadores. Como ya hemos explicado, los malos tratos son un problema frecuente, de consecuencias muy graves y que puede afectar cada vez a más personas debido al envejecimiento de la población. Ante esta realidad, es necesario que los profesionales de los servicios sociales y sanitarios puedan disponer de instrumentos que les permitan confirmar sus sospechas para poder investigar los casos y poner en marcha los planes de intervención más adecuados. Las situaciones a las que pueden tener que enfrentarse son muy variadas. No en todos los casos el supuesto maltratador es un cuidador, aunque las relaciones de cuidados parecen especialmente propicias para que se establezcan relaciones conflictivas. Tampoco en todos los casos las personas implicadas están dispuestas o son capaces de informar sobre su situación. Por ello, es muy positivo que los profesionales puedan disponer de distintos tipos de instrumentos de detección que puedan utilizar en función de las características de cada situación. Además, es muy importante que se trate de instrumentos que informen sobre sus propiedades psicométricas y sus índices de sensibilidad y de especificidad. Solo si los profesionales

disponen de estas informaciones podrán utilizarlos correctamente, siendo conscientes de sus potencialidades y de sus limitaciones.

Teniendo en cuenta las características de los instrumentos de detección que han informado sobre sus propiedades psicométricas con población española y las características propias del «Indicators of Abuse (IOA) Screen», decidimos comprobar si este instrumento mostraría evidencias de validez similares a las que se encontraron cuando fue creado (Reis y Nahmiash, 1998). De hacerlo, podría ser utilizado por los profesionales de los servicios sociales de nuestro país.

Los resultados obtenidos en este estudio confirmaron la estructura unidimensional del IOA, su capacidad para distinguir entre grupos de personas en riesgo de sufrir malos tratos domésticos y personas que recibían un trato adecuado de sus cuidadores y para clasificarlas en función del tipo de trato recibido, clasificando bien al 93% de los casos, y haciéndolo correctamente tanto en el grupo de riesgo de maltrato (92.2%), como en el de trato adecuado (94.2%). En cuanto a la fiabilidad, los resultados mostraron unos índices de consistencia interna muy similares y adecuados y se aportó una nueva evidencia sobre la estabilidad temporal de la puntuación total de la escala.

El conocimiento de los índices de sensibilidad y especificidad asociados a los posibles valores de la puntuación global de la escala puede permitir elegir el punto de corte que se considere más adecuado. Para las creadoras del instrumento es preferible reducir la probabilidad de falsos negativos por las posibles consecuencias y proponen como punto de corte una puntuación igual a 16. En nuestra opinión, elegir esta puntuación, o la de 17, como punto de corte puede ser bastante adecuado, según los resultados arrojados por las curvas ROC. Es muy interesante comprobar como también en la muestra de nuestro estudio estas puntuaciones obtienen buenos índices de sensibilidad, pero, al mismo tiempo, de especificidad. Creemos que este equilibrio

demostrado es muy importante, porque la escala se utilizó con casos considerados de maltrato y de trato inadecuado por los profesionales y habría demostrado ser lo suficientemente sensible como para detectar muchos de esos casos que a veces pueden pasar desapercibidos por estar en la “zona gris” descrita por Dyer et al., (2003), y hacerlo sin un porcentaje elevado de falsos positivos.

Todos estos resultados confirman las evidencias de validez obtenidas por las autoras de la escala cuando se utiliza con población española. Sin embargo, también es necesario que señalemos algunos resultados obtenidos que nos muestran la necesidad de seguir investigando y confirmándolos con muestras más amplias y representativas de la población de personas mayores, o al menos de personas mayores usuarias de los servicios sociales. Nos referimos a los resultados mostrados por algunos ítems y a los resultados del análisis de aquellos que más contribuyeron a la diferenciación entre el grupo de riesgo de malos tratos y el de trato adecuado.

Los ítems “ Es económicamente dependiente (C)” y “Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias (C)” reflejan factores de riesgo muy relevantes según las investigaciones (National Research Council, 2003), pero han mostrado resultados no esperados en esta investigación. El primero de ellos obtuvo una saturación baja en la dimensión que conforma la escala, un índice de discriminación inferior a .40 en el análisis de la consistencia interna y no sirvió para diferenciar entre el grupo de trato adecuado y el de riesgo de malos tratos. El segundo sirvió para establecer diferencias significativas entre los grupos, pero el tamaño del efecto fue pequeño. Creemos que estos resultados pueden deberse, en gran medida, al tipo de muestra utilizada en el estudio. Se trata de una muestra de pequeño tamaño en la que es posible que aparezcan infrarrepresentados problemas de baja prevalencia como el abuso de alcohol u otras drogas. Al mismo tiempo, las familias con las que suelen trabajar los servicios sociales

no suelen ser familias con excesivos recursos económicos y hace difícil poder depender económicamente de cualquiera de sus miembros. Es más probable que muchos de ellos necesiten ayuda económica de los servicios.

En el caso de los ítems referidos a la persona mayor, nos encontramos con una situación similar. Los ítems “Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación (PM)” y “No tiene un médico habitual/fijo (PM)” presentaron una elevada curtosis, ya que la mayoría de los casos se concentraban en la puntuación cero. Lograron un índice de discriminación inferior a .40 y aunque establecieron diferencias significativas entre los grupos, el tamaño del efecto fue pequeño. El ítem “Es económicamente dependiente (PM)” distinguió entre el grupo de riesgo y el de trato adecuado, pero también con un tamaño del efecto pequeño. Creemos que la explicación a estos resultados es la misma que en el caso de los ítems referidos al cuidador. Además, son ítems que miden el mismo tipo de variables (dependencia económica y abuso de drogas), por lo que pensamos que esta podría ser la explicación más probable. En el caso del ítem referido al médico, los resultados podrían deberse a que en España la asistencia sanitaria es universal y todo el mundo dispone de un médico. Este mismo resultado se obtuvo en otro estudio realizado en Israel y los autores consideraron que esta también podría ser la explicación más probable (Cohen et al., 2006).

En cuanto al análisis de los ítems que más contribuyeron a la diferenciación entre el grupo de riesgo de malos tratos y el de trato adecuado, sería importante poder confirmar los resultados encontrados en esta investigación. Esta información podría ser útil para que los profesionales pudieran saber qué indicadores de sospecha pueden ser especialmente relevantes. Según los resultados obtenidos, tendría que hacer sospechar especialmente la situación de una persona mayor con conflictos familiares, con

expectativas irreales, con problemas mentales o emocionales, aislada socialmente y cuidada por un cuidador que se muestra reticente a hacerlo.

Para concluir, nos gustaría destacar las posibilidades que puede suponer para la detección precoz de situaciones de riesgo de malos tratos domésticos infligidos por un cuidador poder utilizar un instrumento como el IOA. Vendría a complementar el abanico de instrumentos de detección que poco a poco van pudiendo ser utilizados por los profesionales de los servicios sociales, según sus necesidades, la información a la que puedan acceder y las características de cada caso. Se trata además de un instrumento fácil de utilizar para los profesionales de los servicios sociales porque disponen de gran parte de la información necesaria para cumplimentarlo y porque se compone de un número no muy elevado de ítems. Este número podría reducirse si se confirmaran los resultados encontrados con algunos de ellos en esta investigación. Sin embargo, y como ya hemos señalado, las limitaciones de la investigación realizada aconsejan seguir analizando sus propiedades psicométricas con población española y estudiar posibilidades de mejora de la escala como la ponderación de ítems que pudieran ser especialmente relevantes de cara a la detección.

**Estudio 2: Factores de riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo.**

### **3. Estudio 2: Factores de riesgo de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo.**

#### *Resumen*

El presente estudio se propone analizar la singularidad de las situaciones de riesgo de malos tratos domésticos que viven las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo. Disponíamos de una muestra de 200 personas mayores y sus cuidadores principales, 73 casos de personas mayores sin deterioro cognitivo y 127 casos de personas mayores con deterioro cognitivo. Los profesionales de los servicios sociales de los que eran usuarios los evaluaron en aquellas variables que en la literatura internacional aparecen como factores de riesgo de los malos tratos domésticos. Los resultados muestran como en ambos grupos determinadas variables están asociadas al riesgo de maltrato pero otras solo se asocian a las situaciones de riesgo en el grupo de personas mayores con problemas de deterioro cognitivo (que la persona mayor sea reacia a recibir ayuda, no reciba ayuda profesional, tenga problemas de salud mental y que el cuidador tenga problemas con el alcohol u otras drogas). La calidad de la relación en el pasado, la percepción de carga del cuidado, la voluntariedad al asumir el papel del cuidador y las habilidades del cuidador para afrontar las situaciones difíciles, junto con el tener problemas de deterioro cognitivo, muestran ser claves a la hora de predecir el riesgo de sufrir malos tratos domésticos.

Palabras clave: Malos tratos, personas mayores, factores de riesgo, deterioro cognitivo, demencia.

### *Abstract*

This study aims to analyse the singularity of the situations of risk of domestic abuse experienced by elders with cognitive impairment. The sample group comprised 200 elders and their main caregivers; 73 elders without cognitive impairment, and 127 with cognitive impairment. The social service professionals of the users were assessed in relation to the variables that appear in international literature as risk factors of domestic abuse. The results show that certain variables are associated with abuse risk in both groups. However, other variables are only associated with the situations of risk in the group of elders with cognitive impairment (the elder is reluctant to receive help, does not receive professional help, has mental health issues, or the caregiver has drug or alcohol problems). Past relationship quality between the elder and caregiver, perceived caregiver burden, willingness to assume the role of caregiver, and the ability of the caregiver to tackle difficult situations, together with the elder possibly suffering from cognitive impairment, are all key factors to predict the risk of domestic abuse against the elderly.

**Key-words:** elder abuse, risk factors, cognitive impairment, dementia.

### *Introducción*

El proceso de envejecimiento de la población que se está produciendo en los países occidentales está generando nuevos desafíos a nuestras comunidades. En España se estima que hacia el 2050 habrá más de 15 millones de personas mayores de las cuales un 37%, aproximadamente, tendrán más de 80 años (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Uno de los retos a los que tendremos que dar respuesta será el de cómo atender a las necesidades de las personas muy mayores. Actualmente, es la familia, y principalmente las mujeres, quienes asumen el cuidado de las personas mayores dependientes (Abellán, Vilches y Pujol, 2015; Crespo y López,

2007). La mayoría de ellas logran llevar a cabo esta tarea con éxito pero una minoría no lo consigue, provocando situaciones de trato inadecuado y de maltrato.

Los malos tratos han sido definidos como “as (a) intentional actions that cause harm or create serious risk of harm (whether or not harm is intended) to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trust relationship to the elder or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder’s basic needs or to protect the elder from harm” (NRC, 2003, p. 1)

El National Elder Mistreatment Study (Amstadter et al., 2010) encuentra que aproximadamente 1 de cada 10 mayores sin deterioro cognitivo en EEUU afirman haber vivido algún tipo de maltrato o negligencia (sin incluir la explotación financiera) durante el año previo al estudio. Siendo este dato alarmante, el problema se agrava cuando nos referimos a las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo. Tenemos evidencias de que la demencia expone a las personas mayores a una situación de mayor riesgo de maltrato (Pillemer et al., 2015; Wiglesworth et al., 2010).

Estos datos sobre la prevalencia en las personas mayores con deterioro cognitivo es importante analizarlos teniendo en cuenta que la detección es todavía más complicada en su caso (Dong, Chen y Simon, 2014). La confusión de los posibles indicadores de maltrato con los problemas de salud de la persona mayor, la dificultad para comunicarse, el no creer las informaciones que da la persona... dificultan la tarea.

Entendemos por factores de riesgo las experiencias, comportamientos, aspectos del estilo de vida o del entorno o características personales que incrementan las posibilidades de que una situación de malos tratos pueda ocurrir (National Research Council, 2003). La identificación de estos factores ha sido un objetivo de los investigadores en el campo de los malos tratos hacia las personas mayores, ya que es una información clave tanto para la detección como para la intervención. No conocer los

factores de riesgo puede contribuir a una peor detección (Johannesen y LoGiudice, 2013).

Los resultados obtenidos en esta área son confusos porque, entre otras razones, se han estudiado todos los tipos de maltrato como si fuesen una única categoría. Podemos estar estudiando conductas muy diferentes y los estudios podrían estar obteniendo un “resultado medio”.

La clasificación (Lachs y Pillemer, 2004; National Research Council, 2003; Pillemer, 2005) más citada sobre los factores de riesgo del maltrato doméstico en las personas mayores diferencia entre los factores de riesgo para los que disponemos de suficientes evidencias basadas en investigaciones rigurosas (en relación a la persona mayor: aislamiento social, demencia y convivencia; sobre el maltratador: aislamiento social, problemas de salud mental, hostilidad, problemas de alcohol y dependencia económica), posibles factores de riesgo para los que la evidencia es limitada (sobre la persona mayor: género y personalidad; sobre el maltratador: raza) y factores de riesgo discutidos en la literatura internacional (problemas físicos de la persona mayor, dependencia de la persona mayor, estrés del cuidador y transmisión intergeneracional).

El reconocimiento de la heterogeneidad del problema de los malos tratos en el ámbito doméstico ha potenciado el desarrollo de dos líneas de investigación al estudiar los factores de riesgo: aquellas en las que se estudia alguna categoría concreta de maltrato (Hawlek et al., 1996; Jackson y Hafemeister 2011, 2012; VandeWeerd, Paveza, Walsh y Corvin., 2013; Ramsey-Klawnsnik, 2000; Wang., Lin, Tseng y Chang, 2009), y aquellas que se centran en estudiar a un subgrupo de la población mayor en el que se considera que pueden ser determinantes unos factores de riesgo y protección específicos ( por ej: personas mayores que son cuidadas por sus hijos a los que maltrataron en el pasado; personas mayores residentes en zonas rurales, personas mayores inmigrantes) .

Nuestra investigación pertenece a esta segunda clase de estudios. Se centra en el análisis de las características de las personas mayores con deterioro cognitivo que están en riesgo de sufrir malos tratos.

Diferentes investigadores (Cooper y Livingston, 2014; Dong et al., 2014) han mostrado la necesidad de estudiar los malos tratos hacia las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo de forma específica. La violencia ejercida hacia ellas es diferente a la ejercida hacia una persona capaz a nivel cognitivo (Acierno et al., 2010)

Burnight y Mosqueda (2011) proponen la construcción de un modelo teórico que contemple tanto los factores de riesgo, como las variables que pueden proteger de esta situación a las personas mayores con deterioro cognitivo. En relación a los factores de riesgo del posible maltratador, consideran necesario tener en cuenta la presencia de enfermedad mental, el abuso de sustancias, la dependencia económica, la percepción de carga y el aislamiento social. En relación a la persona mayor con deterioro cognitivo, el grado de dificultad para la realización de las habilidades de la vida diaria y habilidades instrumentales y el aislamiento social. Sobre el contexto habría que considerar el edaismo y en la relación entre la persona mayor y su cuidador, la calidad de la relación en el pasado y con quién vive. Los autores también postulan que es posible que las diferentes fases del deterioro cognitivo podrían situar a la persona mayor en un mayor riesgo de verse afectada por tipos de maltrato diferentes.

Los estudios centrados en grupos de personas mayores con deterioro cognitivo han investigado también otros factores de riesgo como el haber sufrido malos tratos en otras épocas de su vida (McDonald y Thomas, 2013), la calidad de la relación actual (Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Nuevo, 2008), los problemas de conducta en la persona

mayor (Dong et al., 2014; Pérez-Rojo et al., 2008) y la falta de ayuda al cuidador (Lee y Kolomer, 2005)

Los autores coinciden en señalar que, a la hora de predecir las situaciones de riesgo de maltrato, las características del maltratador pueden tener más peso que las características de la persona mayor (Cohen, Halevi-Levin, Gagin y Friedman, 2006; Lachs y Pillemer, 2004; Pillemer, 2005; Reis y Nahmiash, 1998).

Dentro de las características asociadas al buen cuidado nos encontramos que es fundamental la voluntariedad en la asunción del rol (Rodríguez, Díaz-Veiga, Martínez y García., 2014). Atender las necesidades de una persona mayor y garantizar su bienestar es una tarea que puede ser gratificante pero que, sin lugar a dudas, tiene importantes costes para el cuidador (aspectos económicos y laborales, horas de dedicación, dificultades para compaginarlo con el ocio y la vida afectiva, costes de salud) (Rogero-García, 2010). Los estudios sobre la capacidad del cuidador para percibir los efectos positivos de esta tarea nos muestran como son importantes las variables relacionadas con la calidad de la relación entre la persona mayor y el cuidador y el asumir el rol de cuidador/a por propia iniciativa (Las Hayas, López y Calvete, 2012).

En nuestra investigación hipotetizamos que, haber mantenido una relación conflictiva en el pasado y no desear asumir el cuidado de la persona mayor serán variables clave a la hora de predecir que la persona mayor se pueda encontrar en una situación de riesgo.

Uno de los factores de riesgo más estudiado y utilizado para explicar el riesgo de maltrato ha sido el estrés que sufre el cuidador de la persona mayor. Aunque la investigación reciente y la experiencia en el campo no permita mantener que sea la principal causa del maltrato (Brandl y Raymond, 2012), sí que puede ser importante en

interacción con otras variables. (Acierno et al., 2010; Fischer y Regan, 2006; Hudson, 1986).

Por tanto, los objetivos principales de esta investigación han sido:

- 1) Analizar si existe una relación entre deterioro cognitivo y riesgo de malos tratos domésticos.
- 2) Comparar si las variables que se asocian al riesgo de malos tratos en un grupo de personas con deterioro cognitivo son las mismas que se asocian a dicho riesgo en un grupo de personas sin deterioro. Las variables utilizadas en la comparación son las que han sido identificadas como posibles factores de riesgo en las investigaciones..
- 3) Estudiar la capacidad para predecir la existencia de una situación de riesgo de maltrato de tres variables relacionadas con el cuidador. Las variables estudiadas han sido la calidad de la relación entre la persona mayor y su cuidador en el pasado, el deseo del cuidador de asumir el cuidado y las habilidades para hacer frente a las situaciones estresantes y difíciles.

El segundo objetivo planteado introduce el concepto de riesgo de malos tratos que es necesario definir. Incluyó las situaciones que definimos como de trato inadecuado y las de malos tratos domésticos. Incluir estos dos tipos de situaciones permite abarcar un porcentaje muy elevado de casos, el más elevado según algunos autores, que se encuentran en una zona gris donde no resultan tan evidentes los malos tratos, porque con frecuencia sus manifestaciones o secuelas pueden llegar a solaparse con pequeños cambios psicológicos y fisiológicos característicos de la vejez (Dyer, Connolly y McFeeley, 2003).

Para conceptualizar trato adecuado, trato inadecuado y malos tratos, partimos del planteamiento de que las relaciones interpersonales establecidas entre la persona mayor y sus personas de confianza, como su cuidador principal, pueden clasificarse en un continuo que refleja la calidad de dicha relación. En este continuo podemos distinguir situaciones de trato adecuado, de trato inadecuado y de maltrato. En las primeras, las actuaciones del cuidador garantizan el bienestar físico, psicológico y/o social de la persona mayor. En las segundas, el conjunto de actuaciones de los cuidadores no garantizan su bienestar físico, psicológico y/o social. Las situaciones de malos tratos serían las de trato inadecuado más extremas, porque suponen un peligro mayor para la calidad de vida de la persona mayor y vulneran sus derechos en mayor medida. Para conceptualizarlas se tomó como referencia la definición anteriormente señalada del National Research Council (2003), junto con las definiciones establecidas por el National Center on Elder Abuse (2001) sobre las distintas tipologías de malos tratos domésticos (maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia, explotación económica, abandono y abuso sexual).

### *Método*

#### **Participantes**

La muestra estuvo formada por 200 personas mayores usuarias de servicios sociales de 32 municipios de Mallorca y sus cuidadores principales .

De las 200 personas mayores, 67 eran hombres y 133 mujeres. El rango de edad fue de 63 a 101 años, con una edad media de 81.92 y desviación típica de 7.73. En el grupo de hombres el rango fue de 65 a 95 años, con una edad media de 79.01 y desviación típica de 7.38. En el grupo de mujeres, el rango fue de 63 a 101 años, con una edad media de 83.24 y desviación típica de 7.58. La diferencia de edades fue

estadísticamente significativa, siendo mayores en promedio las mujeres ( $t(200) = -3,771, p < .000$ )

De las 200 personas mayores, el 62.9% sufría deterioro cognitivo (127 personas) y el 36.1% (73 personas) no presentaba ningún tipo de problema en esta área. Entre las persona mayores con deterioro cognitivo, 45 fueron evaluadas como casos de trato adecuado y 82 como casos de riesgo de maltrato (trato inadecuado o malos tratos). En relación a las personas sin deterioro, 40 fueron valoradas como casos de trato adecuado y 33 como casos de riesgo de malos tratos.

El grupo de cuidadores lo formaron 200 personas, 70 hombres y 130 mujeres. El rango de edad fue de 25 a 90 años, con una media de 58.26 años y desviación típica de 13.07. En el grupo de hombres el rango fue de 25 a 90 años, con una edad media de 59.88 años y desviación típica de 14.50. En el grupo de mujeres, el rango fue de 30 a 87 años, con una edad media de 57.51 años y desviación típica de 12.20. La diferencia de edades no resultó estadísticamente significativa  $t(197) = 1,22 p = .223$

## **Procedimiento**

Esta investigación forma parte de una investigación más amplia (Touza, 2009). En este apartado nos centraremos en el procedimiento relacionado con la adquisición de los datos que aquí se analizan.

Participaron 46 profesionales de los equipos de servicios sociales (40 trabajadores sociales y 6 psicólogos) de 32 municipios de Mallorca (España) y 6 profesionales del S'Institut de Serveis Socials i Esportius del Consell Insular de Mallorca. Todos ellos estaban en contacto por las personas mayores que eran usuarias de los servivios sociales en los que trabajaban. Su participación fue voluntaria después

de realizar un curso de formación de 20 horas sobre aspectos conceptuales de los malos tratos, el proceso de detección de estos casos y la utilización escalas de detección.

Los participantes en la investigación inicial fueron seleccionados por los profesionales de los servicios sociales entre sus usuarios siguiendo tres criterios: calidad del trato, edad, sexo y distribución territorial. Los profesionales valoraron los casos seleccionados como casos de trato adecuado, de trato inadecuado, de malos tratos domésticos con sus distintas tipologías y casos de autonegligencia. Entre los casos de malos tratos domésticos no se produjeron casos de sospecha de abusos sexuales, pero si del resto de tipologías.

En la investigación inicial participaron 269 personas pero solo 200 fueron seleccionadas para participar en este segundo estudio. Como nuestro principal objetivo fue estudiar los malos tratos domésticos hacia las personas mayores con deterioro cognitivo que se producen en el contexto de las relaciones de cuidado, sólo se seleccionó a aquellas personas mayores que disponían de un cuidador principal. Esto nos llevó a descartar a aquellas personas que mantenían comportamientos autonegligentes y no tenían ningún cuidador y a aquellas que habían sido clasificadas dentro de los grupos de trato inadecuado o maltrato, pero la persona que mantenía estas conductas hacia la persona mayor no era su cuidador principal. Se consideró que el cuidador principal era aquella persona que asumía la responsabilidad del bienestar de la persona mayor y con la que la persona mayor mantenía una relación de especial confianza (no se incluyó a los profesionales).

Para formar los grupos de personas mayores con problemas de deterioro cognitivo y sin problemas de deterioro utilizamos la respuesta que había dado el profesional en un protocolo de recogida de información que incluyó el ítem “La persona mayor presenta signos de deterioro cognitivo”. El formato de respuesta era una escala

de 1 a 5. El grupo de personas mayores sin deterioro cognitivo (73 sujetos) estuvo formado por aquellas personas que habían sido valoradas con un 1. El grupo de personas mayores con deterioro cognitivo (127 sujetos) se formó con aquellas personas que habían sido valoradas con 2 o más puntos.

Todos los casos fueron valorados por trabajadores sociales con conocimiento de los casos, con los que llevaban trabajando 34 meses de media, con un mínimo de 1 mes. El 79% eran casos que recibían apoyo a través del servicios de ayuda a domicilio o acudían a un centro de día.

### **Instrumentos**

Se utilizó la información obtenida a través de un protocolo de recogida de información que fue cumplimentado por los profesionales (Ver anexo 1). Este protocolo incluyó preguntas abiertas, cerradas y una serie de ítems a valorar en una escala de 5 grados. Las variables sobre las que se recogió información fueron las siguientes

- *Datos sociodemográficos de la persona mayor y su cuidador y de la ayuda que reciben por parte de su red de apoyo (formal e informal).* Se recogieron cuatro tipos de información: 1) las informaciones relativas a las variables sociodemográficas de la persona mayor y de su cuidador: edad, género, estado civil, tipo de relación (familiar o no) y tipo de convivencia; 2) las relacionadas con el tipo de ayuda con la que contaban para hacer frente al día a día, tanto la ayuda profesional (tipo de servicios que recibían y relación con el profesional que cumplimentó el cuestionario), como el apoyo informal; 3) con qué personas mantenía contacto la persona mayor y su frecuencia y 4) la valoración del trabajador social del equipo de servicios sociales al que pertenecía la persona mayor sobre la calidad del trato que recibía por parte de su cuidador principal.

Estos profesionales clasificaban a las personas mayores en función de si consideraban que era un caso de trato adecuado, trato inadecuado, malos tratos domésticos (indicando maltrato físico, psicológico, negligencia, explotación económica, abandono o abuso sexual) y autonegligencia.

- *Valoración de la situación de la persona mayor.* Los profesionales utilizaron una escala de 5 puntos para valorar un conjunto de ítems sobre los siguientes aspectos: el grado de aceptación de la ayuda (“Se muestra reacia a recibir ayuda”), si carecía de la atención profesional que requería (“Carece de la atención sanitaria que requiere” y “Carece de la atención social que requiere”), la ayuda informal que recibía la persona mayor (“Carece de las personas que le puedan prestar la ayuda que necesita”), los contactos que mantenía (“Los contactos con familiares, amigos y vecinos son menos frecuentes de lo que necesitaría para atender a sus necesidades”), la satisfacción de la persona mayor con este apoyo (“No parece satisfecho con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados”), si había vivido situaciones de maltrato previo (“Ha sido maltratada en otras épocas de la vida”), su satisfacción con las relaciones sociales que mantenía (“No parece satisfecho con las relaciones sociales que mantiene con sus amigos, vecinos y otros allegados”), las dificultades que presentaba para la realización de las actividades de la vida diaria (“Presenta dificultades para realizar algunas de las siguientes actividades: peinarse, lavarse, ducharse, vestirse, ir al baño, caminar, comer”) e instrumentales (“Presenta dificultades para realizar algunas de las siguientes actividades: realizar tareas de la casa, salir de casa, desplazarse por la comunidad, hacer gestiones, manejar dinero”), si presentaba problemas de conducta (“Presenta problemas de conducta (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca

conflictos...”). problemas de salud mental (“Presenta problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...”), de consumo de alcohol u otras drogas (“Tiene problemas con el alcohol u otras drogas”) y las dificultades económicas (“No dispone de ingresos económicos suficientes”).

- *Valoración de la situación del cuidador.* Los profesionales utilizaron una escala de 5 puntos para valorar un conjunto de ítems sobre los siguientes aspectos: la existencia de experiencias de maltrato en otras épocas de su vida (“Ha sido maltratada en algún momento de su vida”), sus habilidades para hacer frente al estrés (“Parece tener dificultades para resolver las situaciones estresantes y difíciles”), si presentaba problemas de conducta (“Presenta problemas de conducta como comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos”), la calidad de la relación en el pasado con la persona mayor (“Ha tenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida”), sus capacidades y conocimientos para el cuidado (“Parece carecer de las capacidades y conocimientos necesarios para cuidar a la persona mayor”), cómo percibía el cuidado de la persona mayor (“Percibe el cuidado de la persona mayor como una “carga” que no desea asumir”), si tenía problemas con el alcohol u otras drogas (“Tiene problemas con el alcohol u otras drogas”), si presentaba problemas de salud mental (“Tiene problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría..”) y si carecía de personas que le pudieran prestar la ayuda que necesitaba para cuidar a la persona mayor (“Carece de personas que le puedan prestar la ayuda que necesita para cuidar a la persona mayor”).

## **Análisis de datos**

Para analizar la asociación entre deterioro cognitivo y el tipo de trato recibido y para analizar la asociación entre las variables de riesgo citadas en la literatura internacional y el tipo de trato recibido en un grupo de personas con y sin deterioro cognitivo se realizaron contrastes de proporciones ( $\chi^2$ ), tomando de referencia los residuos tipificados corregidos (valores superiores a 2 para un intervalo de confianza del 95%). Si la variable había sido evaluada a través de una escala de 5 puntos, se transformaron las puntuaciones ordinales en puntuaciones dicotómicas, teniendo en cuenta que un 1 indicaba la no existencia del problema y las puntuaciones entre 2 y 5 su existencia.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión logística con el objetivo de conocer en qué medida las variables referidas al cuidador (percibir el cuidado de la persona mayor como una carga que no desea asumir, haber tenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida y tener dificultades para resolver situaciones estresantes o difíciles) y el que la persona mayor sufriese problemas de deterioro cognitivo podían predecir la valoración que había realizado el profesional del caso.

## ***Resultados***

El análisis de los datos realizados nos muestran, en primer lugar, que encontramos una asociación entre tener problemas de deterioro cognitivo y el tipo de trato recibido. Las personas con problemas de deterioro cognitivo mostraron una mayor probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo de maltrato  $\chi^2(1, 200) = 7.11, p = .008$ ), OR = 2.209 (1.228 – 3.973).

A continuación analizamos la asociación entre el tipo de trato recibido y las variables estudiadas en el grupo de personas mayores con deterioro cognitivo y en el grupo de personas mayores sin deterioro cognitivo.

En relación a las variables relacionadas con la ayuda profesional que recibían las personas mayores (Tabla 1) observamos que la probabilidad de estar en situación de riesgo de maltrato fue mayor en las personas mayores con deterioro cognitivo reacias a recibir ayuda. En las personas mayores sin deterioro cognitivo el ser reacia a recibir ayuda no supuso un factor de riesgo.

Las relaciones entre carecer de la atención social y sanitaria que se necesitaba y el tipo de trato recibido fueron significativas en ambos grupos. Las personas mayores que carecían de la atención social o que carecían de la atención sanitaria que necesitaban tuvieron una mayor probabilidad de encontrarse entre las personas que vivían una situación de riesgo de maltrato. El carecer de cualquiera de las dos ayudas (sanitaria y/o social) aumentó más probabilidad de estar en riesgo en el grupo de deterioro cognitivo (Tabla 1).

La relación entre estar recibiendo apoyo de los profesionales y el tipo de trato recibido solo fue significativa en las personas con deterioro cognitivo. Las personas mayores con problemas de deterioro cognitivo que no recibían ayuda profesional tuvieron más probabilidad de pertenecer al grupo de personas en riesgo de maltrato.

**Tabla 1**

*Asociación entre tipo de trato recibido y ayuda profesional recibida por la persona mayor*

		Sin deterioro						Con deterioro					
		NR <i>n</i>	R <i>n</i>	$\chi^2$	OR	IC 95%		NR <i>n</i>	R <i>n</i>	$\chi^2$	OR	IC 95%	
						Inf.	Sup.					Inf.	Sup.
Reacia a recibir ayuda	Si	10	12	1.10			4	45	25.93*	12.46	4.08	38.01	
	No	30	21				41	37					
Carece de la atención sanitaria que requiere	Si	1	16	21.40*	36.7	4.49	299.46	1	46	36.17*	56.22	7.38	427.87
	No	39	17					44	36				
Carece de la atención social que requiere	Si	5	18	14.81*	8.40	2.63	26.818	6	65	51.24*	24.85	9.03	68.36
	No	35	15					39	17				
Actualmente recibe apoyo de profesionales	Si	37	31	0.64				43	59	10.23*	8.38	1.87	37.46
	No	3	1					2	23				

Nota: \*  $p \leq .001$ ; NR = No se estima que esté en una situación de riesgo de maltrato. R = riesgo de malos tratos domésticos

En relación al apoyo social informal, Tabla 2, vemos como, para ambos grupos se encontró una asociación entre las variables ligadas al apoyo informal (carecer de apoyo, frecuencia insuficiente, insatisfacción con las relaciones y mantener relaciones familiares conflictivas) y el tipo de trato recibido. La probabilidad de que el profesional considerase que la persona mayor estaba en una situación de riesgo de maltrato fue mayor para aquellas personas mayores que puntuaron más alto en estas variables. Es interesante tener en cuenta que el mantener relaciones familiares conflictivas aumentó en mayor medida la probabilidad de pertenecer al grupo de personas mayores en riesgo en el grupo de personas sin deterioro cognitivo.

**Tabla 2**

*Asociación entre las variables relacionadas con el apoyo informal de la persona mayor y el tipo de trato recibido*

		Sin deterioro				Con deterioro cognitivo				IC 95%			
		NR	R	$\chi^2$	OR	Inf.	Sup.	NR	R	$\chi^2$	OR	In f.	Sup
Carece de apoyo	Si	8	24	20.41*	10.66	3.58	31.71	6	60	41.67*	17.72	6.59	47.64
	No	32	9					39	22				
Apoyo poco frecuente	Si	14	33	33.31*	3.35	2.16	5.20	13	73	48.06*	5.16	3.05	8.74
	No	26	0					32	9				
Insatisfecha con relaciones	Si	7	28	32.86*	26.40	7.53	92.44	6	66	53.36*	26.81	9.68	74.23
	No	33	5					39	16				
Relaciones familiares conflictivas	Si	4	29	44.27*	65.25	15.00	283.69	8	70	56.01*	26.97	10.13	71,83
	No	36	4					37	12				

Nota: \*\* p  $\leq$  .001; NR = No se estima que esté en una situación de riesgo de maltrato. R = riesgo de malos tratos domésticos

Vivir solo no estuvo asociado al tipo de trato recibido en el grupo con deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 200) = .019, p = .889$ ), ni en el grupo sin deterioro ( $\chi^2(1, 201) = .001, p = .978$ ).

No se encontraron relaciones significativas entre el tipo de trato recibido y presentar dificultades en las actividades de la vida diaria ni en el grupo de personas sin deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 200) = 0.006, p = .94$ ), ni en las personas con deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 200) = 0.529, p = .46$ ). No existió una asociación entre las dificultades en la realización de las actividades instrumentales y el tipo de trato que recibía la persona mayor ni en el grupo sin deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 200) = .127, p = .77$ ), ni en el grupo de deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 200) = 1.44, p = .22$ ). Tampoco se produjo una asociación entre el tipo de trato recibido y los problemas de la persona mayor con el

alcohol u otras drogas ni en el grupo sin deterioro ( $\chi^2(1, 199) = .178, p = .673$ ), ni en el grupo con deterioro ( $\chi^2(1, 199) = 1,890, p = .169$ )

La salud mental de la persona mayor apareció como un factor de riesgo de encontrarse en una situación de riesgo de maltrato únicamente en el grupo de personas con deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 199) = 9.24, p = .002, OR = 3.17 (1.486-6.766)$ ). En el grupo de personas sin deterioro cognitivo no se observó asociación ( $\chi^2(1, 199) = 1.53, p = .215$ ) con el tipo de trato recibido.

El que la persona mayor tuviese problemas de conducta aumentó la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo de maltrato tanto en el grupo de personas sin deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 200) = 6.83, p = .009, OR = 4.17 (1.37-12.65)$ ) como en el grupo de personas con deterioro ( $\chi^2(1, 200) = 8,64, p = .003, OR = 3.14 (1.44 - 6.85)$ ).

La historia de maltrato previo estableció diferencias en función de la calidad del trato en ambos grupos, deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 182) = 11.936, p \leq .001$ ),  $OR = 32.19 (4.19 - 246.92)$  y sin deterioro ( $\chi^2(1, 182) = 22.54, p = .001$ ),  $OR = 9,208 (2.29 - 36.93)$ . En ambos grupos, haber vivido una situación previa de maltrato aumentó la probabilidad de que se encontraran en el grupo de riesgo.

Otra variable asociada en ambos grupos al tipo de trato recibido fue tener unas expectativas irreales de la situación. Tanto en el grupo de personas sin deterioro ( $\chi^2(1, 200) = 4.319, p = .038$ ),  $OR = 2.947 (1.044 - 8.320)$  como en el grupo con deterioro ( $\chi^2(1, 200) = 12.893, p \leq .001$ ),  $OR = 4.050 (1.849 - 8.870)$  tener este tipo de expectativas aumentó la probabilidad de que la persona perteneciera al grupo de riesgo de maltrato.

En relación a la situación económica de las personas mayores, encontramos una asociación con el tipo de trato recibido, tanto en las personas mayores que no tenían deterioro cognitivo ( $\chi^2(1, 199) = 8.064, p = .005$ ),  $OR = 5.011 (1.564 - 16.068)$ , como

en aquellas que sí presentaban problemas cognitivos  $\chi^2(1, 199) = 7.521, p = .006$ ), OR = 3.474 (1.384 – 8.720). Cuando la persona mayor carecía de los recursos necesarios para cubrir sus necesidades, la probabilidad de pertenecer al grupo de personas mayores en riesgo era mayor.

En relación a las variables relacionadas con la ayuda que recibía el cuidador, Tabla 3, se encontraron relaciones significativas entre el tipo de trato recibido por la persona mayor y que el cuidador careciera de ayuda o se mostrase reacio a ella. Aquellos cuidadores que carecían de la ayuda que necesitaban, a juicio del profesional era más probable que se encontraran en una situación de riesgo de maltrato, tanto en el grupo de personas con deterioro cognitivo como en el de personas sin deterioro.

No se encuentra una relación significativa entre el tipo de trato recibido por la persona mayor y la dependencia económica del cuidador en ninguno de los dos grupos.

**Tabla 3**

*Asociación entre las variables relacionadas con la ayuda que recibe el cuidador y el tipo de trato recibido*

	Sin deterioro						Con deterioro cognitivo						IC 95%
	NR	R	X <sup>2</sup>	OR	Inf.	Sup.	NR	R	X <sup>2</sup>	OR	Inf.	Sup.	
Carece de ayuda	Si	11	18	5.52*	3.16	1.19	8.39	16	57	13.70**	4.13	1.91	8.92
	No	29	15					29	25				
Se muestra reacia	Si	1	10	10.92**	16.95	2.03	141.15	3	40	23.01**	13.33	3.82	46.48
	No	39	23					42	42				
Depende económica mente de PM	Si	4	7	1.93**				11	33	3.20**			
	No	36	25					34	49				

Nota: \*p=.019, \*\* p≤001, \*\*\* p=.164, \*\*\*\* = .073; NR = No se estima que esté en una situación de riesgo de maltrato. R = riesgo de malos tratos domésticos

Como muestra la Tabla 4, los problemas de salud mental del cuidador aumentaron la probabilidad de encontrarse en una situación de riesgo de maltrato en ambos grupos. Sorprende la asociación entre tener problemas con el alcohol u otras drogas y las situaciones de riesgo de maltrato que encontramos únicamente en el grupo de cuidadores de personas mayores con deterioro cognitivo. Cuando el cuidador tenía problemas de conducta, , tanto para las personas con deterioro cognitivo como para las que no tenían este problema, encontramos una asociación en la misma dirección .

**Tabla 4**

*Variables relacionadas con la salud mental, los problemas conductuales del cuidador y la calidad de sus relaciones*

	Sin deterioro				Con deterioro cognitivo								
	N	R	R	$\chi^2$	OR	IC 95%		NR	R	$\chi^2$	OR	Inf.	Sup..
						In f.	Sup.						
Problemas de conducta	Si	0	18	28.36*	0.27	0.18	0.42	2	48	36.31*	0.45	0.34	0.58
	No	39	15					43	33				
Problemas con alcohol u drogas	Si	1	2	0.58				0	18	11.66*	0.58	0.49	0.68
	No	39	31					45	63				
Problemas de salud mental	Si	1	16	18.40*	17.88	3.69	86.58	11	32	3.45*	2.15	0.95	4.86
	No	38	17					34	46				
Experiencia de maltrato	Si	2	8	7.45**	7.78	1.50	40.36	3	18	7.40**	5.25	1.44	19.08
	No	37	19					42	48				
Relación pasado conflictiva	Si	6	28	34.60*	30.80	8.48	111.80	9	59	34.61*	11.80	4.85	28.71
	No	33	5					36	20				
Problemas familiares	Si	5	25	31.50*	25.00	7.11	87.88	2	60	53.79*	42.00	11.72	150.44
	No	35	7					42	20				

Nota: \*  $p \leq .001$ , \*\*  $p = .006$ ; NR = No se estima que esté en una situación de riesgo de maltrato. R = riesgo de malos tratos domésticos

Las últimas variables que observamos en la Tabla 4 nos muestran cómo cuando el cuidador había sufrido experiencias de maltrato, la probabilidad de encontrarse en una situación de riesgo de maltrato aumentó en ambos grupos. Igualmente, haber mantenido una relación conflictiva con la persona que cuidaba y tener problemas familiares aumentaron significativamente la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo de maltrato en ambos grupos.

Por último, podemos observar en la tabla 5 las variables relacionadas con las competencias del cuidador para cuidar. Las tres variables se mostraron relacionadas con el tipo de trato recibido por las personas mayores en ambos grupos, aumentando la probabilidad de encontrarse en el grupo de riesgo de malos tratos.

**Tabla 5**

*Asociación entre las variables relacionadas con las competencias del cuidador para ejercer su rol y el tipo de trato recibido*

		Sin deterioro						Con deterioro					
		IC 95%						IC9 5%					
		NR	R	$\chi^2$	OR	Inf.	Sup.	N R	R	$\chi^2$	OR	Inf.	Sup.
Carece de conocimientos	Si	3	19	20.96*	16.28	4.15	63.78	9	65	41.97*	15.29	6.18	37.79
	No	36	14					36	17				
Dificultades estrés	Si	32	12	15.70*	8.00	2.71	23.71	12	70	45.44*	17.50	6.99	43.77
	No	7	21					33	11				
Percibe cuidado como carga que no desea asumir	Si	5	31	47.98*	108.5	19.63	599.64	8	72	61.11*	33.30	12.12	91.49
	No	35	2					37	10				

Nota: \*  $p \leq 0.001$ ; NR = No se estima que esté en una situación de riesgo de maltrato. R = riesgo de malos tratos domésticos

Al aplicar el análisis de regresión logística, Tabla 6, entre los distintos modelos posibles, se estableció un modelo de predicción compuesto por 4 variables que se detallan en la Tabla 6. El modelo presentó una buena capacidad predictiva. El

porcentaje de varianza de la variable dependiente explicada a partir de las variables predictivas resultó adecuado ( $R^2$  de Cox y Snell = .603 y  $R^2$  de Nagelkerke= .810).

En cuanto a la clasificación de los sujetos, se obtuvo un porcentaje medio de sujetos correctamente clasificados del 90.8 %, clasificando adecuadamente al 89.2% de los casos que no estaban en una situación de riesgo de maltrato y al 92.0 % de los casos de riesgo de maltrato. El percibir el cuidado de la persona mayor como una carga que no se desea asumir apareció como la variable con mayor capacidad predictiva.

**Tabla 6**  
*Capacidad de predicción de las situaciones de riesgo de maltrato*

	B	E.T	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C 95% Exp(B)	
							Inf	Sup
Percibe el cuidado de la persona mayor como una carga que no desea asumir	1.61	0.35	2.60	1	.00	5.01	2.50	10.06
Ha mantenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida	0.83	0.28	8.85	1	.003	2.30	1.22	4.00
Parece tener dificultades para resolver las situaciones estresantes o difíciles.	1.00	0.33	9.05	1	.003	2.73	1.42	5.26
Grupo de deterioro cognitivo	0.77	0.63	1.51	1	.219	2.17	.629	7.54
Constante	-7.67	1.46	27.55	1	.000	0.000		

a. Nota: Variable(s) introducida(s) en el paso 1.

### *Discusión*

Los datos nos muestran cómo la preocupación por la detección de los casos de malos tratos en las personas mayores con deterioro cognitivo parece estar justificada. La alta prevalencia del problema en este grupo de población se ve reflejada en la asociación encontrada entre presentar problemas de deterioro cognitivo y vivir una situación de riesgo de maltrato.

Los resultados nos muestran que las variables asociadas al riesgo de maltrato son diferentes para el grupo de personas con deterioro cognitivo y para las personas sin esta dificultad. Dos variables, que pueden estar provocadas por el deterioro cognitivo, como el ser reacia a recibir ayuda y presentar problemas de salud mental están asociadas al riesgo de maltrato solo en este grupo.

En relación a la asociación entre ser reacia a recibir ayuda y las situaciones de riesgo de maltrato consideramos que podría ser interesante analizar por qué se produce esta situación: ¿influye la enfermedad que padecen en la dificultad de aceptar una nueva ayuda? ¿Es porque su valoración de la situación dificulta que perciban la necesidad de ayuda? ¿Creen que la ayuda va a dificultar más su situación en vez de mejorarla?.

La segunda variable asociada únicamente al riesgo de maltrato en el grupo de personas con deterioro cognitivo es no estar recibiendo ayuda profesional en la actualidad. En este sentido nos parece muy relevante tener en cuenta cómo las personas que no tienen problemas de deterioro cognitivo, en un 94%, reciben algún tipo de apoyo profesional, independientemente del trato que reciben, pero no ocurre lo mismo en las personas con deterioro cognitivo. En este grupo observamos como el no contar con ayuda profesional es un factor de riesgo de maltrato. Entre las personas que se encuentran en una situación de riesgo de maltrato, solo un 71% de los casos cuentan con ayuda profesional. En investigaciones futuras podría ser interesante analizar las razones por las que este grupo cuenta con menor ayuda. Es importante tener en cuenta que estos casos son casos conocidos por los trabajadores sociales y en ellos se ha valorado que la persona mayor puede estar en una situación de riesgo. La variable analizada anteriormente, mostrarse reacia a recibir ayuda, puede estar dificultando esta situación, pero sería necesario estudiarlo con detenimiento.

Para ambos grupos, con deterioro y sin deterioro, hemos encontrado variables asociadas al riesgo de maltrato, tanto en la persona mayor como en el supuesto maltratador.

En relación a la persona mayor observamos la gran importancia de que la persona mayor cuente con personas que le puedan prestar la ayuda que necesite dentro de su red de apoyo social. La falta de apoyo social informal es una situación

preocupante en todos los casos, ya que aumenta la probabilidad de estar en una situación de riesgo. También nos encontramos que el tener relaciones familiares conflictivas se asocia a las situaciones de riesgo. El mayor impacto en el grupo de personas con deterioro cognitivo estaría poniendo de manifiesto la importancia de contar con personas que asuman la responsabilidad de garantizar el bienestar y seguridad de la persona cuando ella pierde la capacidad de poder hacerlo.

Cuando no contase con una red de apoyo informal adecuada sería fundamental que contase con profesionales que pudiesen realizar esta función. Los datos abalan esta afirmación, ya que nos encontramos que el carecer de la ayuda social y/o sanitaria que requiere la persona está asociado al riesgo de maltrato en ambos grupos. La asociación es más fuerte (analizando los residuos corregidos y las OR) en el grupo de personas con deterioro cognitivo.

El recibir ayuda en una relación de cuidados no solo depende de la persona mayor, sino también del cuidador. En este sentido observamos cómo el que el cuidador carezca de la ayuda que necesita y que se muestre reacio a recibirla aumentan las probabilidades de estar en una situación de riesgo en ambos grupos. Los datos son similares a los encontrados por Perez-Rojo et al. (2008) en su investigaciones sobre los factores de riesgo entre las personas con problemas de deterioro cognitivo.

Cuando las personas mayores tienen problemas de conducta, tanto en el grupo de personas con deterioro cognitivo como en aquellas sin este problema, la probabilidad de encontrarse en el grupo de riesgo de maltrato aumenta también en ambos grupos.

Desde hace unos años se ha comenzado a estudiar el haber vivido una historia de maltrato en el pasado como un factor de riesgo. Sería necesario analizar a qué se debe esta asociación. Una posible explicación podría ser que, más que un factor de riesgo, este dato esté mostrando que dentro de los casos analizados, nos hayamos encontrado

con un grupo numeroso de persona mayores que lleven mucho tiempo viviendo esta situación.

El que la persona mantenga unas expectativas irreales de la situación también se asocia en ambos grupos con las situaciones de riesgo de maltrato. Sería fundamental analizar en detalle esta variable ya que podría darnos pistas sobre posibles intervenciones preventivas dirigidas a lograr que los mayores tuviesen una visión más ajustada a su situación.

La situación económica de las personas mayores está asociada a las situaciones de riesgo. Una valoración más detallada de la capacidad económica de la persona mayor y de los gastos que asume o desea asumir nos podría permitir analizar si la falta de ingresos está favoreciendo que las personas mayores se vean obligadas a aceptar ser cuidadas por una persona que la coloca en una situación de riesgo de maltrato.

Cuatro de las variables sobre las personas mayores que hemos estudiado no se han mostrado relacionadas con el riesgo en ninguno de los grupos: vivir solo, las dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria, las dificultades en la realización de actividades instrumentales y el consumo de alcohol u otras drogas.

En nuestro estudio no encontramos una asociación entre el hecho de que la persona mayor conviva con otros o viva solo y el riesgo de malos tratos. En investigaciones anteriores en las que se analizó la convivencia con el cuidador se encontraron resultados contradictorios en grupos de personas con deterioro cognitivo (Downes, Fealy, Phelan, Donnelly y Lafferty, 2013). Una posible explicación de los datos que hemos encontrado es que para nuestros participantes, aunque lo desearan, debido al su bajo nivel de ingresos y el grado de dependencia que presentan, vivir solo no sea una opción viable para la mayoría de las personas de ambos grupos. La mayoría necesitan ayuda y no podrían asumir el coste del cuidado profesional. Hemos

comprobado que las personas mayores que no viven solos, independientemente del grupo al que pertenezcan, residen con sus cuidadores familiares que, en el grupo de riesgo, son las personas que ejecen el maltrato. En posteriores investigaciones sería interesante recoger información no solo de con quien conviven sino de si esta es la opción que desean.

Es interesante señalar como variables que podrían aumentar las dificultades de cuidado como, por ejemplo las dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales, no están asociadas a la situación de riesgo. Pillmer (2005) ya situaba este factor en los más controvertidos, quizá porque el maltrato depende más de las características del maltratador y no de la víctima.

La presencia de problemas de consumo de alcohol y/o otras drogas tampoco se encuentra asociada al riesgo en ningún grupo. Cooper, Howard y Lawlor (2006) tampoco encuentran esta variable asociada al riesgo en el grupo de personas mayores con deterioro cognitivo que estudiaron. En la clasificación de Lachs y Pillemer (2004) no es considerado un factor de riesgo.

En relación a las variables que hemos estudiado sobre el cuidador que ejerce el posible maltrato solo hemos encontrado una variable, tener problemas con el alcohol u otras drogas, que se asocia al riesgo de maltrato únicamente en el grupo de personas mayores con deterioro cognitivo y mostrando un mayor riesgo quines no presentan este problema. Tanto en estudios realizados sin diferenciar los grupos de personas con deterioro y sin deterioro (Namkee y Mayer, 2000) como en los que se ha diferenciado (Downes, Fealy, Phelan, Donnelly, Lafferty, 2013) se ha encontrado que esta variable puede ser un factor de riesgo. No tenemos una hipótesis elaborada sobre los datos encontrados. Necesitaríamos confirmarlos en futuras investigaciones con muestras más

amplias al igual que la asociación encontrada entre los problemas de conducta del cuidador y el riesgo de maltrato.

La situación de dependencia económica del cuidador es la única de las variables estudiadas sobre el cuidador que no se confirma en nuestro estudio. Al igual que comentábamos al hablar de los problemas económicos de la persona mayor, sería necesario analizar esta variable en una muestra representativa de la población española ya que es probable que, las características de nuestra muestra, personas mayores usuarias de servicios sociales y con bajos niveles de ingresos, puede influir en el no haber encontrado esta asociación. Este dato creemos que pone de manifiesto la importancia de analizar los factores de riesgo en los diferentes subgrupos de población, ya que pueden variar.

Las demás variables estudiadas sobre el cuidador han demostrado ser relevantes para ambos grupos. Coinciden nuestros datos con los encontrados sobre la importancia de prestar atención a los problemas de salud mental de los cuidadores.

Los datos muestran también la importancia de la percepción que tiene el cuidador de su papel y, principalmente, si esta función ha sido asumida de forma voluntaria o no. En el análisis de regresión realizado es la que mayor peso tiene a la hora de predecir una posible situación de riesgo.

El haber mantenido una relación conflictiva en el pasado es relevante en la predicción del riesgo de maltrato. Esta asociación coincide con lo señalado por Wolf (1998) en su revisión sobre las variables asociadas al maltrato en los mayores y los datos expuestos por Las Hayas (2012) sobre la voluntariedad en la asunción del cuidado.

La falta de habilidades para hacer frente al estrés y a las situaciones difíciles es relevante para ambos grupos. Es importante destacar que no evaluamos el grado de

estrés del cuidador, sino las habilidades que posee para afrontar situaciones estresantes y complejas como el cuidado de una persona mayor. Un estudio detallado de las habilidades de las que carecen los cuidadores podría darnos pistas sobre hacia dónde enfocar las intervenciones dirigidas a la prevención.

Una de las principales limitaciones de este estudio ha sido el tamaño de la muestra. Sería interesante realizar esta investigación con un mayor número de participantes y ampliarla para que pueda ser representativa de la población española, no solo de los servicios sociales.

Este primer estudio nos orienta sobre nuevas líneas de investigación a seguir: características del apoyo social informal, dificultades para atender a las personas mayores con deterioro cognitivo detectadas por los servicios sociales, comparación de las habilidades para hacer frente a las situaciones difíciles entre cuidadores que proporciona un buen trato y aquellos que no... Los nuevos estudios nos permitirían realizar una valoración más rigurosa de las variables a estudiar y solventar otra de las limitaciones de esta investigación .

Concizamos con Burnight y Mosqueda (2011) cuando afirman que la realización de investigaciones sobre los factores de protección sería necesaria para poder completar las valoraciones que realicen los profesionales sobre las situaciones de riesgo de maltrato.

Por último nos gustaría finalizar la discusión reflexionando sobre la necesidad de repensar cómo asumiremos en los próximos años el cuidado de las personas mayores. Los cambios demográficos que se producirán reducirán el número de posibles cuidadores informales. Consideramos fundamental que todos los ciudadanos tengamos la opción de recurrir al cuidado profesional en las situaciones en las que el cuidado no puede ser asumido por la familia o no desea ser asumido.

**Estudio 3: Trato adecuado, autonegligencia y riesgo de malos tratos en personas mayores: un estudio comparativo**

#### **4. Estudio 3: Trato adecuado, autonegligencia y riesgo de malos tratos en personas mayores: un estudio comparativo**

##### *Resumen*

La autonegligencia es el tipo de malos tratos que parece ser más frecuente, sin embargo, ha sido muy poco investigado en general y, específicamente, en población española. Los objetivos de esta investigación fueron poder aportar información relevante para la detección de personas mayores autonegligentes y comprobar si las variables propuestas en otras investigaciones tenían valor predictivo para clasificar a los participantes en el estudio en función del trato recibido. Participaron 269 personas mayores usuarias de los servicios sociales de Mallorca y 46 profesionales. Las personas mayores fueron clasificadas en tres grupos: trato adecuado, riesgo de malos tratos domésticos y autonegligentes. Los profesionales cumplimentaron un protocolo de información sobre las variables a analizar en el estudio. Los resultados confirmaron los encontrados por otras investigaciones. Las personas mayores autonegligentes mostraron mayores problemas que los otros dos grupos en su higiene y aspecto personal, en las condiciones de su vivienda, en su capacidad para cuidarse y atender a su salud, para valorar de forma realista su situación y para aceptar la ayuda de otros. Fueron las que recibían menos apoyo profesional. Las variables utilizadas para clasificar a los sujetos permitieron predecir los casos de personas mayores que recibían un trato adecuado, clasificando correctamente al 91.1% de los casos, pero cometieron errores de predicción en los casos de riesgo de malos tratos domésticos y de autonegligencia. Los resultados de esta investigación tienen importantes implicaciones de cara a la detección de la autonegligencia, aunque los resultados deben confirmarse con muestras más representativas de la población.

**Palabras clave:** autonegligencia, estudio comparativo, factores de riesgo, detección.

Abstract

*Abstract*

Self-neglect is seemingly the most common type of mistreatment. However, so far it has undergone very little study, especially in the Spanish population. The aim of this study was to provide relevant information to detect cases of self-neglect among the elderly, and to examine the predictive value of variables proposed by other existing research, in order to classify elders according to the type of treatment received. The participants in the study comprised 269 elderly social service users and 46 professionals in Mallorca. The elderly were classified in three groups: proper care, risk of domestic abuse, and self-neglect. The professionals completed an information protocol about the variables to be analysed during the study. The results confirmed those found in existing research. The self-neglecting elderly presented greater problems than those who received proper care and those who were at risk of abuse in terms of their personal hygiene and appearance, living conditions, ability to look after themselves, attend to their own health, to realistically assess their situation, and to accept help from others. They were also the group that received the least amount of professional support. The variables used to classify the subjects enabled us to correctly predict 91.1% percent of the cases as receiving proper care. However, the variables led to incorrect predictions in the cases of risk of domestic abuse and self-neglect. The results obtained from this investigation have important implications in terms of detecting self-neglect. However, these results need to be confirmed with more representative population samples.

**Key-words:** self-neglect, comparative study, factores de riesgo, detection.

## *Introducción*

Dado que no se dispone de información suficiente que permita recomendar la utilización de pruebas de screening universal en el caso de los malos tratos hacia las personas mayores (Moyer, 2013), la detección por parte de los profesionales dependerá de su capacidad para sospechar la existencia de este problema. Esta es la razón por la que es de vital importancia que las investigaciones realizadas nos permitan conocer los factores de riesgo y protección, los componentes de las situaciones de maltrato y sus consecuencias (Dong, Simon y Evans, 2012). Si los profesionales conocen la importancia de analizar estas variables, podrán sospechar la existencia de este problema.

El estudio que se presenta se centra en el análisis de los signos y factores de riesgo de la autonegligencia en las personas mayores. La situación de estas personas ha sido menos estudiada que los demás tipos de maltrato (físico, emocional, explotación financiera, negligencia, abandono y abuso sexual) (Dyer et al., 2006; Payne y Gainey, 2005), aunque estas sean las situaciones en las que más intervienen las entidades de protección de las personas mayores (Anetzberger, Mitchell y Mixson, 2008; Johnson, 2015; Naik, Burnett, Pickens-Pace y Dyer, 2008). En EEUU se estima que hay entre 3 y 5 millones de casos de autonegligencia (Dong, Simon & Evans, 2013). En el Ayuntamiento de Madrid, el 27% de los casos de personas mayores tratados por el Samur social de enero a mayo de 2008, fueron casos de sospecha de autonegligencia (Serrano, et al., 2008)

La autonegligencia debe de ser considerada un importante problema sociosanitario ya que puede afectar gravemente a la salud de las personas mayores incrementando la probabilidad de ser hospitalizado y la mortalidad (Dong et al., 2012). También es importante tener en cuenta que al no ser capaces de realizar las tareas de la vida diaria necesarias para garantizar que se cubren sus necesidades básicas

(alimentación, tratamiento médico..) y su seguridad (por ej., uso y mantenimiento de las instalaciones de gas y electricidad de la casa, acumulación de basura...) pueden dificultar y poner en peligro a sus vecinos y familiares (Sengstock, Thibault y Zaranek, 2000)

Gibbons, Lauder, y Ludwick (2006) definen la autonegligencia como “The inability (intentional or non intentional) to maintain socially and culturally accepted standards of self-care with the potential for serious consequences to the health and well being of the self-neglecters and perhaps even to their community” (p. 16). Consideran que una persona puede ser autonegligente de forma intencional (lo que denominan autonegligencia activa) o por falta de capacidad (lo que han denominado autonegligencia pasiva). Otras instituciones, como por ejemplo el National Center on Elder Abuse (1998), delimitan la autonegligencia a lo que hemos denominado autonegligencia pasiva.

En nuestra investigación hemos optado por la primera definición ya que, con fines de detección, nos interesa poder ofertar ayuda a ambos grupos de personas. La intervención sería muy diferente en unos casos y en otros, pero consideramos que es necesario en ambos casos un primer acercamiento del profesional. Además, la evaluación de la capacidad de la persona mayor para tomar decisiones es compleja y difícil de llevar a cabo en una primera fase de detección. Nerenberg (2008) pone de manifiesto como, en aquellos lugares donde los servicios de protección solo atienden a las personas mayores vulnerables, las valoraciones que realizan se reducen casi a la aplicación del Mini-Mental test, lo que deja fuera a muchas personas mayores que presentan grandes dificultades.

Las áreas que se han postulado como fundamentales a la hora de valorar la autonegligencia son (Dong et al., 2012; Dyer et al., 2006):

- *Deterioro de la higiene personal:* Las personas mayores no mantienen las normas de higiene básicas, su ropa no está limpia, no es adecuada a la época del año.
- *Inadecuado cuidado de su salud:* Las personas tienen dificultades a la hora de acudir al médico, seguir los tratamientos prescritos, mantener una adecuada alimentación e hidratación (Turner, Hoshschild, Burnett, Zulfqar y Dyer, 2012)
- *Deterioro de la vivienda y sus propiedades:* No son capaces o no desean mantener las condiciones higiénicas y de habitabilidad de sus viviendas. En algunos casos conviven con mascotas a las que no cuidan adecuadamente y que dificultan el mantenimiento de la higiene en el hogar (Nathanson, 2009). El nivel de severidad del deterioro de la vivienda varía mucho de unos casos a otros.
- *Dificultades para percibir su situación:* Las personas mayores en muchos casos no son conscientes del riesgo que supone mantener su estilo de vida. En la investigación de Band-Winterstein, Dorom y Naim (2012) se observa como no perciben que mantengan conductas autonegligentes.
- *Dificultades para aceptar ayuda:* Hurley, Scallan, Johnson y De La Harpe, (2000) describen a las personas mayores autonegligentes como más reacias a recibir ayuda.

La autonegligencia es el resultado de las complejas interacciones entre factores de riesgo médicos, psicológicos y sociales (Lee y Kim, 2014). En relación a los problemas médicos y psicológicos, los factores que están actualmente siendo más estudiados son

los problemas de deterioro cognitivo y los trastornos depresivos (Band-Winterstein et al., 2012; Burnett et al., 2006; Day, Leahy-Warren y McCarthy, 2013)

La demencia ha sido destacada como un factor de riesgo por numerosos investigadores. Actualmente también se trabaja en el estudio de un posible fallo en la función ejecutiva. Hildebrand, Taylor y Bradway (2014) plantean que es este tipo de fallo cognitivo el que puede dificultar que la persona evalúe adecuadamente su situación y tome las decisiones acertadas para su cuidado. Dyer, Goodwin, Pickens, Burnett y Kelly (2007) consideran que los problemas de deterioro cognitivo, la depresión y otros problemas médicos pueden llevar a las personas mayores a tener dificultades en la función ejecutiva y como consecuencia, presentan problemas en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (ir al baño, asearse...) y en las actividades instrumentales (desplazarse, comprar...). Hipotetizan que estas dificultades unidas a la falta de apoyo social y a las dificultades económicas pueden provocar que las personas mayores pierdan la capacidad para cuidarse a sí mismas.

Uno de los factores de riesgo del que disponemos de mayor evidencia es la disminución de los recursos sociales (Burnett et al. 2006; Dyer et al., 2007). Las investigaciones muestran cómo las personas mayores autonegligentes disminuyen su participación en actividades sociales y cuentan con una menor red de apoyo social informal.

Band-Winterstein et al., (2012) plantean que la autonegligencia puede ser el resultado de los esfuerzos de la persona por mantener su estilo de vida e independencia, aunque carezca de los recursos necesarios para ello. Además, encuentran que estas conductas no surgen de repente, sino que las personas que tienen estos problemas ya han mantenido este tipo de comportamientos autonegligentes en otras épocas de la vida, principalmente en épocas de crisis.

Las últimas investigaciones, al igual que ocurre en el estudio de otros tipos de maltrato, ponen de manifiesto la necesidad de estudiar la heterogeneidad del problema. Las personas que mantienen conductas autonegligentes son un grupo muy heterogéneo, ya que la falta de cuidados puede producirse en diferentes áreas, por diferentes causas y con diferente grado de severidad.

Burnett et al., (2014) han identificado 4 subtipos de autonegligencia, en función de las áreas en las que la persona no es capaz de garantizarse el cuidado. Nos podemos encontrar casos de autonegligencia financiera, ambiental, global y/o física y médica. Según estos autores sería interesante investigar si las variables que generan esta situación podrían ser diferentes para cada tipo de autonegligencia.

Dada la gravedad del problema que se plantea y la necesidad de mejorar la detección, el primer objetivo de esta investigación fue poder aportar información relevante para la detección de las personas que podían estar manteniendo conductas autonegligentes a través de la comparación de las características de estas personas y los contextos en los que vivían, con las de personas mayores que estaban en una situación de riesgo de malos tratos domésticos y otro grupo que recibía un trato adecuado.

Nuestro segundo objetivo se centró en comprobar si los indicadores que proponen Burnett et al. (2014) como comunes a todos los tipos de autonegligencia (mostrar dificultades en las actividades de la vida diaria, mostrar dificultades en las actividades instrumentales y mostrar problemas médicos debido a un inadecuado cuidado) tienen un alto valor predictivo en nuestra muestra.

Se definió como trato adecuado las situaciones en las que las actuaciones de los allegados de la persona mayor o de ella misma garantizaban su bienestar físico, psicológico y/o social. El concepto de riesgo de malos tratos domésticos incluyó lo que

se definió como casos de trato inadecuado y casos de malos tratos. Se consideró que se producía una situación de trato inadecuado cuando el conjunto de actuaciones de los cuidadores, de los familiares, de otras personas cercanas o de la propia persona mayor no le garantizaban su bienestar físico, psicológico y/o social. Se conceptualizó las situaciones de malos tratos como los casos más extremos de trato inadecuado, porque suponían un peligro mayor para la calidad de vida de la persona mayor y vulneraban sus derechos en mayor medida. Para definir las se utilizaron las propuestas del National Research Council (2003) sobre los malos tratos domésticos y sus distintas tipologías (maltrato físico, maltrato psicológico, explotación económica, negligencia, abandono y abuso sexual) tal y como son definidas por el National Center on Elder Abuse (2000). Sin embargo, como ya se ha señalado, la definición utilizada para la autonegligencia no excluyó a las personas mentalmente competentes y que pudieran haber elegido de forma consciente y voluntaria realizar acciones que ponían en peligro su salud y seguridad.

Conceptualizar de esta manera el riesgo de malos tratos nos permitiría incluir en nuestros análisis un elevado número de casos que, como señalan Dyer, Connolly y McFeeley (2003) puede suponer el porcentaje más elevado y que son los que se sitúan en una zona gris donde no resultan tan evidentes los malos tratos, en muchas ocasiones porque sus manifestaciones o secuelas pueden llegar a solaparse con pequeños cambios psicológicos y fisiológicos característicos de la vejez.

## *Método*

### **Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 269 personas mayores usuarias de los servicios sociales de 46 ayuntamientos de Mallorca.

De los participantes, 94 fueron hombres y 175 mujeres. El rango de edad fue de 63 a 101 años, con una media de 81.22 años ( $DT=7.75$ ). En el grupo de hombres el rango fue de 64 a 95 años, con una edad media de 78.55 años ( $DT= 7.34$ ). En el grupo de mujeres, el rango fue de 63 a 101 años, con una edad media de 82.65 años ( $DT= 7.61$ ). La diferencia de edades fue estadísticamente significativa, siendo mayores en promedio las mujeres ( $t(219) = -4.26, p = .000$ ).

Para la investigación se formaron tres grupos diferentes: trato adecuado, riesgo de malos tratos domésticos y el grupo de personas autonegligentes. No hubo diferencias significativas en la edad de las personas mayores al comparar los tres grupos ( $F= 2.47, gl2, p= .086$ ). Las medias de edad fueron de 82.46 años para el grupo de trato adecuado ( $DT= 7.84$ ), de 81.06 años ( $DT= 7.71$ ) para el grupo de riesgo de maltrato doméstico y de 79.43 años para el grupo de personas autonegligentes ( $DT=7.44$ ).

En relación al género de las personas mayores, en el grupo de trato adecuado 32 fueron hombres y 58 mujeres. El grupo de riesgo de malos tratos domésticos lo formaron 43 hombres y 89 mujeres y finalmente, el grupo de personas mayores autonegligentes estuvo formado por 28 mujeres y 19 hombres.

## **Procedimiento**

Esta investigación forma parte de una investigación más amplia (Touza, 2009), pero en este apartado nos centraremos en el procedimiento relacionado los datos que aquí se analizan.

Participaron 46 profesionales de los equipos de servicios sociales (40 trabajadores sociales y 6 psicólogos) de 32 municipios de Mallorca y 6 profesionales del S' Institut de Serveis Socials i Esportius del Consell Insular de Mallorca. Su participación fue voluntaria después de realizar un curso de formación de 20 horas sobre aspectos conceptuales de los malos tratos, el proceso de detección de estos casos y la utilización de escalas de detección.

Los profesionales de los servicios sociales seleccionaron entre sus usuarios a los participantes en el estudio siguiendo los criterios establecidos para la selección de la muestra: calidad del trato, edad, sexo y distribución territorial. Estos casos seleccionados fueron valorados por los profesionales como casos de trato adecuado, de trato inadecuado, de malos tratos domésticos con sus distintas tipologías y casos de autonegligencia. Entre los casos de malos tratos domésticos no se produjeron casos de sospecha de abusos sexuales, pero si del resto de tipologías.

Para hacer los análisis estadísticos se creó el grupo de riesgo de malos tratos uniendo los casos considerados de trato inadecuado y los de malos tratos domésticos.

## **Instrumentos**

Se creó un protocolo de recogida de información que fue cumplimentado por los profesionales. Este protocolo incluyó preguntas abiertas, cerradas y una serie de ítems a valorar en una escala de 5 grados. Las variables sobre las que se recogió información fueron las siguientes:

- *Datos sociodemográficos de la persona mayor.* Se recogió información de su edad, género y estado civil.
- *Problemas de salud mental y de comportamiento.* Los profesionales evaluaron en una escala de 1 a 5 si la persona mayor presentaba los siguientes problemas: problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...), problemas de comportamiento (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos...), problemas con el alcohol u otras drogas, signos de deterioro cognitivo.
- *Situación económica de la persona mayor.* El profesional, también a través de una escala de 1 a 5, evaluó si los ingresos económicos de la persona mayor eran suficientes para mantener una adecuada calidad de vida.
- *Forma de convivencia de la persona mayor.* Los profesionales informaron sobre si era propietario de la vivienda y si convivía con alguien. En el caso de que fuera así, indicaban qué relación mantenía esa persona con la persona mayor.
- *Tipo de apoyo informal que recibían.* Para evaluar este aspecto contamos con dos tipos de información. La primera fue la valoración que realizó el profesional sobre si los contactos que mantenía con familiares, amigos y vecinos eran menos frecuentes de lo que necesitaba para atender sus necesidades y el grado de satisfacción de la persona mayor con las relaciones que mantenía con sus familiares, amigos y otros allegados. El profesional valoró estos aspectos en una escala de 1 a 5. La segunda hizo referencia a los contactos que mantenía la persona mayor y su frecuencia. La segunda es la indicación que realizó el profesional de con quién se relacionaba y con qué frecuencia (diaria, semanal u otras).

- *Tipo de apoyo formal que recibía hace tiempo* (ad;anational Center on Elder Abuse (2000) indicadores de negligencia, a pesar de que no utilicen *ruía*. Para evaluar este aspecto también contamos con dos tipos de información. La primera fue la valoración que realizó el profesional sobre si la persona era reacia a recibir ayuda; si disponía de la atención social que requería para cubrir sus necesidades básicas y si disponía de la atención sanitaria que necesitaba. El profesional valoró estos aspectos en una escala de 1 a 5. La segunda hizo referencia al tipo de ayuda profesional que recibía la persona mayor. Los profesionales indicaron si recibía ayuda a domicilio, si acudía a un centro de día u otros servicios (enfermería, cuidadora profesional...).
- *Características de la vivienda*. Los profesionales informaron sobre el estado de la vivienda de la persona mayor (condiciones higiénicas y problemas de habitabilidad).
- *Higiene y cuidado personal*. Los profesionales valoraron el aspecto físico y la higiene de la persona mayor. Indicaron si presentaba signos de falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado...).
- *Capacidad para cuidar su salud*. Los profesionales valoraron la calidad de la alimentación que mantenía la persona mayor y su capacidad para cumplir los tratamientos médicos y solicitar ayuda cuando lo necesitaba. Para ello respondieron a los siguientes ítems: su alimentación es irregular o incorrecta; ha sido ingresada por un probable fallo en el cuidado de su salud o de su seguridad; incumple el tratamiento médico prescrito (por inframedicación, sobremedicación o consumo de medicación no prescrita); presenta problemas de salud que pueden deberse a un inadecuado cuidado (malnutrición, deshidratación, hipotermia, infecciones...); presenta signos de problemas médicos que no han sido tratados a tiempo; tiene patologías mal definidas (dolor de cabeza, torácico, de espalda, abdominal, insomnio, palpitaciones, ahogo...) y si ha sufrido caídas repetidas veces.

- *Tipo de trato.* Se utilizó la valoración del trabajador social del equipo de servicios sociales al que pertenecía la persona mayor. Eran casos que habían sido analizados por el profesional y que conocía hace tiempo ( $M = 34$  meses;  $DT = 40.43$ ). Estos profesionales clasificaron a las personas mayores en función de si consideraban que era un caso de trato adecuado, trato inadecuado, malos tratos domésticos (indicando maltrato físico, psicológico, negligencia, explotación económica, abandono o abuso sexual) y autonegligencia.

### **Análisis estadísticos**

Con el objetivo de analizar las diferencias que podían existir entre el grupo de personas mayores de trato adecuado (PMTA), en riesgo de maltrato (PMRM) y las personas mayores autonegligentes (PMA) utilizamos la prueba de Kruskal Wallis y un análisis post hoc con la prueba U de Mann-Whitney y la corrección de Bonferroni. Las variables dicotómicas fueron analizadas utilizando los estadísticos de Cochran y de Mantel-Haenszel.

Se realizó una regresión logística multinomial con el objetivo de estudiar el poder predictivo de las variables señaladas por Burnett et al., (2014) como indicadores adecuados para todos los tipos de autonegligencia.

### ***Resultados***

Al analizar los datos recogidos comprobamos que, en la mayoría de los casos de maltrato, se informaba de que la persona sufría varios tipos de maltrato. Como muestra la Tabla 1, la autonegligencia se detectó en un 26.5 % de los casos de maltrato, siendo, junto con el maltrato emocional, de los tipos más frecuentes.

Tabla 1  
*Tipo de maltrato detectado*

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Maltrato físico	15	8.4
Maltrato emocional	44	24.85
Negligencia	35	19.77
Explotación financiera	18	10.16
Abandono	18	10.16
Autonegligencia	47	26.55
Total	177	99.89

Se encontró una relación significativa entre el estado civil y el tipo de trato recibido ( $\chi^2 (2, 267) = 6.25, p \leq .044$ ). En el grupo de personas autonegligentes un 19% estaban casadas, un 27% solteros, 38.3% viudos y un 14.9% separados o divorciados.

Nos interesó conocer si dentro de los casos detectados existían casos de autonegligencia activa y pasiva. Nos encontramos con un 15 % de casos en los que los profesionales indicaron que las personas mayores no presentaban ningún tipo de deterioro cognitivo, ni de problemas de salud mental, lo que podría indicar que se habrían detectado casos de las dos tipologías.

Como muestra la Tabla 2, las PMA obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a las PMTa y a las PMRM en todas las variables que indicaban un deterioro de la higiene y el aspecto personal, así como de las condiciones higiénicas de habitabilidad de sus viviendas.

Tabla 2

*Deterioro de la higiene y el aspecto personal y condiciones higiénicas y de habitabilidad de la vivienda*

		Grupos de trato	N	Rango promedio	K-W	Post Hoc Mann-Whitney		
						TA/AN	RM/AN	RM/TA
Vivienda sin condiciones higiénicas	RM		131	141.33	68.02*	641.00 <i>p</i> ≤.005	2089.00 <i>p</i> ≤.001	3582.50 <i>p</i> ≤.001
	AN		47	173.09				
	TA		90	104.41				
	Total		268					
Vivienda con problemas de habitabilidad	RM		131	144.19	29.29*	1225.50 <i>p</i> ≤.001	2526.00 <i>p</i> ≤.001	4243.50 <i>p</i> ≤.001
	AN		47	186.90				
	TA		90	92.46				
	Total		268					
Signos de falta de higiene personal	RM		132	147.70	83.13*	492.00 <i>p</i> ≤.001	2025.50 <i>p</i> ≤.001	3187.00 <i>p</i> ≤.001
	AN		47	192.44				
	TA		90	86.38				
	Total		269					
Ropa inadecuada	RM		131	147.70	40.51*	1050.00 <i>p</i> ≤.001	2330.00 <i>p</i> ≤.001	4252.00 <i>p</i> ≤.001
	AN		47	192.44				
	TA		90	86.38				
	Total		268					

Nota: TA = trato adecuado; AN = autonegligencia; RM = riesgo de maltrato; *p*≤.001

La Tabla 3, recoge los resultados obtenidos en las variables relacionadas con problemas salud y su cuidado. Las PMA obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a las de las PMTA en todas ellas. No se diferenciaron de las PMRM en los problemas médicos no tratados, pero sí que obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a ellas en el resto de variables que indican problemas de salud o del cuidado de la misma.

Tabla 3

*Comparación de las características relacionadas con la salud y su cuidado por parte de las PMA, PMRM y PMTA*

	Grupos de trato	N	Rango promedio	K-W	Post Hoc Mann-Whitney		
					TA/AN	RM/AN	RM/TA
Carece ayudas técnicas	RM	132	142.31	33.44*	1371.00 <i>p</i> ≤.001	2490.50 <i>p</i> ≤.024	4364.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	169.28				
	TA	90	106.38				
	Total	269					
Ingresada fallo salud o seguridad	RM	132	142.75	41.92*	1074.00 <i>p</i> ≤.001	2375.50 <i>p</i> ≤.007	4191.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	172.61				
	TA	90	104.00				
	Total	269					
Problemas salud por inadecuado cuidado	RM	132	149.63	60.27*	907.00 <i>p</i> ≤.001	2443.50 <i>p</i> ≤.020	3350.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	174.71				
	TA	90	92.80				
	Total	269					
Problemas médicos no tratados	RM	132	147.80	45.70*	1075.00 <i>p</i> ≤.001	2621.00 <i>p</i> ≤.080	3770.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	167.36				
	TA	90	99.33				
	Total	269					
Alimentación irregular	RM	131	153,23	83.49*	664.50 <i>p</i> ≤.001	2289.00 <i>p</i> ≤.007	2652.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	182,16				
	TA	90	82,35				
	Total	268					
Incumple el tratamiento médico	RM	132	146,92	58.86*	936.00 <i>p</i> ≤.001	2275.50 <i>p</i> =.004	3562.50 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	177,18				
	TA	90	95,48				

*Nota:* RM = riesgo de maltrato; AN = Autonegligencia; TA = trato adecuado; \* *p*≤.001

El contraste Kruskal-Wallis mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al evaluar las expectativas que tenían sobre su situación ( $\chi^2$  (gl=2, n=268) =72.98 *p*≤.001). Las PMA tenían unas expectativas más irreales que las PMTA U (1,136) = 436.500 *p*≤.001 ) y que aquellas que se encontraban en una situación de riesgo de maltrato (Z 1,178)= 1391.00 *p*≤.001)

Encontramos una asociación entre recibir ayuda profesional y mantener conductas autonegligentes ( $\chi^2(2, 267) = 28.38 p \leq .001$ ). Al analizar las diferencias entre las personas que recibían un trato adecuado y los otros dos grupos, comprobamos que el 93 % de las personas que estaban siendo bien tratadas recibían apoyo profesional frente a un 54.3% de las autonegligentes y un 78.6% de las maltratadas.

Como nos muestra la Tabla 4, las valoraciones realizadas por los profesionales sobre las características del apoyo profesional e informal que recibían las personas mayores fueron diferentes en la mayoría de las variables estudiadas, para las PMA, para las PMRM y para las PMTA. Ser reacia a recibir ayuda diferenció a los tres grupos, siendo las PMA las que presentaron más dificultades en este aspecto. Nos interesa destacar que, aunque esto fue así, un 14.8% de personas autonegligentes no mostró esta dificultad.

Los trabajadores sociales estimaron que existían diferencias en la medida en que las necesidades sociales y sanitarias de las personas mayores estaban siendo cubiertas. Las personas autonegligentes tenían significativamente más dificultades en estos aspectos que las PMRM y las PMTA.

En relación al apoyo informal, las PMA presentaron significativamente más carencias de apoyo que los otros dos grupos. También tendrían contactos menos frecuentes que las PMTA, pero no que las PMRM. Es interesante analizar la variable relacionada con la satisfacción con los contactos que mantenían. Aquí también nos encontramos diferencias entre los grupos. En este caso las PMA no fueron las más insatisfechas, sino las PMRM, aunque las diferencias entre estos dos grupos no fueron significativas.

Tabla 4

Comparación de las variables relacionadas con la ayuda recibida por las PMA, PMRM y PMTA

	Grupos de trato	N	Rango promedio	K-W	Post Hoc Mann-Whitney		
					TA/AN	RM/AN	RM/TA
Reacia a recibir ayuda	RM	132	133.25	81.09*	438.50 <i>p</i> ≤.001	1244.50 <i>p</i> ≤.001	4313.50 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	210.19				
	TA	90	98.30				
	Total	269					
Carece de la atención sanitaria que requiere	RM	132	151.98	81.13*	606.00 <i>p</i> ≤.001	2322.50 <i>p</i> ≤.007	2919.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	183.69				
	TA	90	84.67				
	Total	269					
Carece de la atención social que requiere	RM	132	156.99	99.33*	385.50 <i>p</i> ≤.001	2267.50 <i>p</i> ≤.005	2202.50 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	189.55				
	TA	90	74.26				
	Total	269					
Carece de apoyo	RM	132	157.11	88.41*	534.00 <i>p</i> ≤.001	2367.00 <i>p</i> ≤.023	2286.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	46	182.43				
	TA	90	76.83				
	Total	268					
Baja frecuencia de contactos	RM	132	167,50	106.85*	493.500 <i>p</i> ≤.001	2951.00 <i>p</i> ≤.612	1499.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	172,71				
	TA	90	67,64				
	Total	269					
Insatisfacción con los contactos	RM	132	169.01	90.66*	838.00 <i>p</i> ≤.001	2771.50 <i>p</i> ≤.268	1781.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	47	155.14				
	TA	90	74.60				
	Total	269					

Nota: RM = riesgo de maltrato; AN = Autonegligencia; TA = trato adecuado; \* *p*≤.001  
\*\**p*≤.05

Los tres grupos también se diferenciaron en el grado de conflictividad de sus relaciones familiares. El contraste Kruskal-Wallis mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $\chi^2$  (gl=2, n= 268)=10.,451 *p*≤.001). Al realizar el analisis post hoc con el test de Mann-Whitney se observaron diferencias significativas entre las PMA y las PMTA ( $\chi^2$  (gl=2, n=26 8)=809.50 *p*≤.001) pero no entre las PMA y las

PMRM ((U( 1,178)=2717.50  $p \leq .001$  ). Las personas en riesgo de maltrato eran las que mostraban unas relaciones sociales más conflictivas.

Se encontró una relación significativa entre vivir solo y el tipo de trato recibido ( $\chi^2$  (2, 267) = 44.239  $p \leq .001$ ). Un 66% de las personas autonegligentes vivían solas frente a un 16.7% de las personas mayores maltratadas y un 27.4% de las personas que recibían un trato adecuado.

En relación al estado funcional y los problemas de salud mental que presentaban las personas mayores, en la Tabla 5, podemos observar que las personas PMA presentaban menos dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse...) y las actividades instrumentales (como hacer la compra, desplazarse por la comunidad...) que las PMRM. No se diferenciaron en estos aspectos de las PMTA.

Las PMA mostraron más problemas de conducta y de salud mental que las PMTA, pero no se diferenciaron en estos aspectos de PMRM. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a los problemas de consumo de alcohol u otras drogas. Con respecto al grado de deterioro cognitivo, las PMA no se diferenciaron de los otros dos grupos. La diferencia se produjo entre las PMTA y las PMRM, siendo estas últimas las que presentaron un grado mayor de deterioro, según las valoraciones de los profesionales.

Tabla 5

*Comparación de las características relacionadas con el estado funcional y los problemas de salud mental de las PMA, PMRM y PMTA*

	Grupos de trato	N	Rango promedio	K-W	Post Hoc Mann-Whitney		
					TA/AN	RM/AN	RM/TA
Dificultades en actividades vida diaria	RM	132	141.75	6.24**	1675.50 <i>p</i> =.041	2377.50 <i>p</i> =.015	5773.50 <i>p</i> =.714
	AN	47	110.23				
	TA	90	138.03				
	Total	269					
Dificultades en actividades instrumentales	RM	132	144.25	6.44**	1799.55 <i>p</i> =.134	2390.00 <i>p</i> =.012	5431.50 <i>p</i> =.242
	AN	47	113.14				
	TA	90	132.86				
	Total	269					
Problemas de conducta	RM	132	142.93	28.28*	1137.00 <i>p</i> ≤.001	2435.50 <i>P</i> =.034	4227.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	46	167.84				
	TA	90	105.10				
	Total	268					
Problemas salud mental	RM	128	141.89	28.11*	1100.00 <i>p</i> ≤.001	2406.50 <i>P</i> =.055	4020.00 <i>p</i> ≤.001
	AN	46	165.27				
	TA	90	102.39				
	Total	264					
Problemas de deterioro cognitivo	RM	131	142.70	6.96*	1703.00 <i>p</i> =.095	2973.00 <i>p</i> =.891	4664.00 <i>p</i> =.009
	AN	46	140.11				
	TA	89	116.54				
	Total	266					
Problemas alcohol y drogas	RM	132	135.22	3.03	1891.50 <i>p</i> =.078	2943.00 <i>p</i> =.521	5620.00 <i>p</i> =181
	AN	46	139.40				
	TA	89	129.40				
	Total	267					

*Nota:* RM = riesgo de maltrato; AN = Autonegligencia; TA = trato adecuado; *p*≤.001  
\*\**p*≤.05

Por último comentar las diferencias entre los grupos en relación a la situación económica de la persona mayor. El contraste Kruskal-Wallis mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $\chi^2$  (gl=2, n=268)= 17.62 *p*≤.001). La diferencia se produjo entre las PMA y las PMTA (U (1,136)=1374.50 *p*≤.001), pero no entre las PMRM y PMA (U (1, 179)= 2793.00 *p*≤.250). Fueron las PTA que las que presentaron menos dificultades económicas.

Al aplicar el análisis de regresión logística multinomial para comprobar el valor predictivo de los indicadores que proponen Burnett et al. (2014) obtuvimos los resultados mostrados en la Tabla 6 y en la Tabla 7. El porcentaje de varianza de la variable dependiente explicada a partir de las variables predictivas fue del 42% ( $R^2$  de Cox y Snell = .37;  $R^2$  de Nagelkerke = .42).

Las variables relacionadas con la valoración funcional de la persona mayor (valoración de las actividades de la vida diaria y de las habilidades funcionales) no fueron significativas.

Tabla 6  
*Contraste de la razón de verosimilitud*

Efecto	Contraste de la razón de verosimilitud		
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Interceptación	41.443	2	.000
Dificultades en AVD	1.063	2	.588
Dificultades en AI	2.132	2	.344
Ingresa fallo salud/ seguridad	10.546	2	.005
Incumple tratamiento médico	16.303	2	.000
Problemas salud por inadecuado cuidado	13.844	2	.001

Tabla 7  
Estimaciones de parámetro

Grupo de	Variables	B	Error estándar	Wald	g	Sig	EXP(B)	95% de IC	
								Límite inferior	Límite superior
Riesgo maltrato	Dificultades en AVD	-4.32	.937	21.309	1	.473	.885	.635	1.235
	Dificultades en AI	-.122	.170	.515	1	.417	1.158	.813	1.649
	Ingresada fallo salud/seguridad	.146	.180	.658	1	.034	2.410	1.068	5.437
	Incumple tratamiento médico	.880	.415	4.490	1	.012	4.296	1.369	13.479
	Problemas salud por inadecuado cuidado	1.458	.583	6.244	1	.006	4.077	1.491	11.147
Autonegligencia	Dificultades en AVD	1.405	.513	7.499	1	.311	.781	.484	1.261
	Dificultades en AI	.146	.180	.658	1	.553	.862	.528	1.408
	Ingresada fallo salud/seguridad	.880	.415	4.490	1	.009	3.073	1.323	7.139
	Incumple tratamiento médico	1.458	.583	6.244	1	.003	6.114	1.885	19.827
	Problemas salud por inadecuado cuidado	1.405	.513	7.499	1	.005	4.462	1.573	12.661

Como refleja la Tabla 8, las variables permitieron predecir los casos de PMTA, clasificando correctamente al 91.1% de los casos pero cometieron muchos errores de

predicción en los casos de malos tratos , solo predice bien al 58.3% de los casos, y de autonegligencia , solo predice bien al 23.4%.

Tabla 8  
*Clasificación por tipo de trato*

Observado	Pronosticado		Trato adecuado	Porcentaje correcto
	Riesgo de maltrato	de Autonegligencia		
Riesgo de maltrato	77	7	48	58.3%
Autonegligencia	25	11	11	23.4%
Trato adecuado	8	0	82	91.1%
Porcentaje global	40.9%	6.7%	52.4%	63.2%

### *Discusión*

Nos gustaría, antes de pasar a discutir los datos, exponer la necesidad de tener en cuenta las limitaciones del estudio. El número reducido de casos de personas mayores autonegligentes con los que contamos y el hecho de que todos hayan sido seleccionados a través de los equipos de servicios sociales hace que los datos no puedan ser representativos de todas las personas mayores autonegligentes. Por otro lado, una medición más precisa y completa de las variables estudiadas enriquecería y daría mayor rigor a la investigación. Teniendo presente esto, consideramos que el estudio tiene valor al ser de los primeros realizados en España sobre este colectivo y ser adecuado metodológicamente a los objetivos que pretende conseguir.

Los datos muestran la necesidad de que los profesionales de los servicios sociales y sanitarios estén alerta sobre la posibilidad de que una persona mayor pueda estar viviendo una situación de autonegligencia. En nuestra muestra hemos encontrado que la autonegligencia se presenta con una frecuencia similar al tipo de maltrato más frecuente, el maltrato psicológico.

Los componentes descritos como claves a la hora de definir a las personas autonegligentes se han mostrado eficaces a la hora de diferenciarlas de los grupos de personas que reciben un trato adecuado y de las personas en situación de riesgo de maltrato. Las personas mayores autonegligentes muestran mayores problemas que los otros dos grupos en su higiene y aspecto personal, las condiciones de su vivienda, en sus capacidades a la hora de cuidarse y atender a sus situación médica, a la hora de valorar de forma realista su situación y aceptar la ayuda de otros.

En relación a las condiciones de la vivienda, en estudios posteriores, si se trabajase en el diseño de una escala específicamente dirigida a investigar los casos de autonegligencia, creemos necesario incluir ítems que nos permitiesen valorar la gravedad de estas situaciones (Ej: presencia de basura en casa, acumulación de objetos inservibles y en malas condiciones higiénicas...) Tendríamos también que contemplar la presencia de animales de compañía (cantidad, calidad de los cuidados que reciben).

Hemos encontrado una relación entre el tipo de trato recibido y vivir solo. Un porcentaje muy elevado de personas autonegligentes viven solas Si analizamos este dato teniendo en cuenta que también son quienes presentan menos dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria e instrumentales y tienen menos problemas de deterioro cognitivo, una posible explicación podría ser que su grado de autonomía e independencia les permite seguir viviendo solas. Sería muy interesante analizar que ocurre cuando estas personas alcanzan un grado alto de dependencia: ¿acceden a vivir en una residencia? ¿se ven obligadas a aceptar la ayuda de otros pasando a ser un caso de trato adecuado o de maltrato?. La realización de un estudio longitudinal nos podría ayudar a contestar a estas preguntas.

La falta de apoyo profesional también es una de las variables en las que se diferencian las PMA frente a las PMRM y las PMTA. Las personas autonegligentes son las que menos apoyo profesional están recibiendo. Solo un 54.3% de los casos de autonegligencia estudiados recibían algún tipo de ayuda profesional frente al 93% de los casos de trato adecuado y el 78.6% de las personas mayores en riesgo de maltrato. Sería muy necesario estudiar cuáles son las dificultades que se encuentran los profesionales a la hora de conseguir que estas personas acepten su ayuda (¿no son conscientes de su situación y no la solicitan?, ¿no conocen que existe esta posibilidad?, ¿la solicitan pero no llegan a finalizar el proceso con éxito?, ¿se les ofrece pero no la aceptan?) y cómo las personas autonegligentes perciben la ayuda profesional que se les ofrece. Los estudios de Ban-Winsterteis, Doron y Naim (2005) muestran como el hecho de sentirse juzgados y el miedo a perder su capacidad de decidir les alejan de la ayuda profesional que podrían recibir.

El apoyo social informal que reciben las personas mayores autonegligentes también les diferencia de las personas que reciben un trato adecuado. Estos datos coinciden con los de las investigaciones de Burnett et al. (2014). Un objetivo para futuras investigaciones sería el poder realizar un estudio longitudinal que nos permitiese observar cómo se van transformando las redes de apoyo de estas personas según se agrave o mejore su situación. Podríamos analizar si la falta de apoyo social es un factor que facilita la aparición de la autonegligencia o si una de las consecuencias de la autonegligencia es la pérdida de relaciones y por tanto el aumento del aislamiento de la persona.

Como comentamos en la introducción, actualmente una línea muy relevante de la investigación en autonegligencia (Dyer et al., 2007) se centra en el estudio de cómo las dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria e instrumentales

pueden, junto con otras variables, favorecer la aparición de la autonegligencia. En nuestro estudio, las comparaciones entre los grupos las personas autonegligentes son las que menos problemas tienen. No hay diferencias significativas con las personas con trato adecuado y tienen significativamente menos problemas de este tipo que las personas en riesgo de malos tratos. Son variables que no muestran un gran valor predictivo a la hora de diferenciar entre las PMA, PMRM y PMTA. Una posible explicación a las diferencias encontradas con los resultados expuestos por Brunett podría ser que las personas con problemas de autonegligencia más graves, aquellos en los que ya presenta muchas dificultades en su día a día, sean derivados a servicios residenciales o sea asumido su cuidado por algún familiar, con lo cual pasarían a pertenecer al grupo de personas adecuadamente tratadas o en riesgo de maltrato.

El haber mantenido comportamientos autonegligentes en otras épocas de la vida muestra ser un indicador adecuado para detectar situaciones autonegligencia. El dato concuerda con las investigaciones de Ban-Winsterteis, Doron y Naim (2012) en las que las personas mayores narraban cómo estas conductas las habían mantenido en otras épocas de su vida. En estudios posteriores, con muestras más amplias, sería interesante estudiar la existencia de etiologías diferentes para diferentes tipos de personas mayores autonegligentes.

Por último indicar que las variables relacionadas con el inadecuado cuidado de la salud han mostrado ser indicadores adecuados al encontrar diferencias entre los tres grupos. Igualmente han mostrado ser más eficaces a la hora de predecir la situación de la persona mayor. El hecho de que las variables predictoras utilizadas fueran más eficaces a la hora de clasificar a las personas mayores que recibían un trato adecuado, pero que cometieran más errores cuando se trataba de personas autonegligentes o en riesgo de sufrir malos tratos domésticos, pensamos que puede estar relacionado con la

similitud que en muchos casos presentan en cuanto a algunos de los indicadores y de los factores de riesgo. Sobre todo en el caso de la negligencia y la autonegligencia.

No contamos con el dato de cómo se detectaron los casos de autonegligencia estudiados (si fue observada la situación por un profesional de servicios sociales, por los familiares, vecinos...). En futuras investigaciones podría ser relevante estudiarlos ya que nos planteamos si la importancia de estos indicadores de salud puede estar relacionada porque sean detectados los casos principalmente a través de la red de atención sanitaria, al acudir a los centros de salud y hospitales cuando se agrava su salud o es que realmente estos indicadores se propucen en la mayoría de los casos de autonegligencia.

**TERCERA PARTE: CONCLUSIONES FINALES Y LIMITACIONES**

### **TERCERA PARTE: CONCLUSIONES FINALES Y LIMITACIONES**

La finalidad de la línea de investigación en la que se inscriben los tres estudios presentados fue aportar información relevante para la detección de las personas mayores que puedan estar viviendo una situación de riesgo de malos tratos domésticos o que presenten conductas autonegligentes. Los estudios se han realizado con usuarios de los servicios sociales comunitarios de la isla de Mallorca y las características de las muestras utilizadas han podido influir en los resultados obtenidos, que deberían confirmarse con muestras más amplias y más representativas de la población. A pesar de ello, consideramos que la información aportada puede ser de utilidad para conocer más en profundidad las características de un problema muy poco estudiado en nuestro país, para orientar la intervención de los profesionales de cara al detección precoz de los casos de malos tratos domésticos y de autonegligencia y para planificar líneas futuras de investigación.

Nos encontramos ante un problemas de graves consecuencias, con unas tasas de prevalencia al menos tan elevadas como las de otros tipos de malos tratos, como los malos tratos a los menores, y que es previsible que aumenten debido al proceso de envejecimiento de la población. Sin embargo, se trata de un problema que permanece bastante oculto. Las tasas de detección son muy reducidas y los servicios para hacer frente a los casos detectados son casi inexistentes en nuestro país, si los comparamos con los que existen en otros países. Creemos que las razones de ello son varias. Las personas mayores son un grupo de población “menos visible” para la comunidad que otros grupos, como puede ser el caso de los menores. Muchas personas mayores pueden tener dificultades para solicitar ayuda a los profesionales por su aislamiento social, por sufrir problemas de deterioro cognitivo o por el miedo a las consecuencias que puede suponer para su propio entorno familiar o para ellas mismas (por ej., la

institucionalización). Tampoco es probable que las personas de su entorno soliciten ayuda por razones similares. Ante esta situación, es fundamental que los profesionales de los servicios sociales y sanitarios dispongan de la formación y de los recursos que les permitan sospechar de posibles situaciones de riesgo de malos tratos domésticos o de situaciones de autonegligencia.

Sin embargo, las dificultades a las que se enfrentan para hacerlo, no solo tienen que ver con la falta de capacidad o de disposición de las personas mayores y de su entorno para solicitar ayuda, sino que el estado actual de conocimientos sobre los malos tratos a las personas mayores tampoco lo facilita. Es difícil encontrar definiciones consensuadas sobre qué se consideran malos tratos y sus diversas tipologías. Uno de los ejemplos más claros es, quizás, la definición de la autonegligencia, en la que pueden o no incluirse las personas que, sin presentar problemas cognitivos, cumplen el resto de los criterios que se utilizan para determinar su existencia. Las definiciones, además, no incluyen todavía aspectos como niveles de gravedad o criterios de aplicación. Por otra parte, bajo el término de malos tratos domésticos, se encuentran situaciones muy dispares como aquellas en las que el maltrato se produce en el contexto de una relación de cuidados, en el contexto de las relaciones en las que la persona mayor no necesita ser cuidada por la persona que la maltrata o situaciones de violencia de género. Además, en todas ellas, el grado de vulnerabilidad de los implicados puede ser muy diverso, así como los posibles factores de riesgo o de protección presentes.

A pesar de esta complejidad, hasta hace relativamente poco tiempo, las investigaciones abordaban el problema de una forma global, sin diferenciar entre tipologías de malos tratos o subgrupos de población. Sin embargo, cada vez más, se plantean investigaciones más específicas que permitan abordar la heterogeneidad de las situaciones para aportar informaciones más fiables que permitan diseñar intervenciones

más eficaces. Dentro de esta perspectiva se sitúan dos de los estudios realizados. Uno de ellos se centró en el análisis de las situaciones de riesgo de malos tratos domésticos que se producen en un grupo de población que, según las investigaciones, podría estar en una especial situación de riesgo: las personas con deterioro cognitivo. Sufrir un deterioro cognitivo, no solo puede colocarlas en una situación mayor de riesgo, sino que disminuye su capacidad para hacerle frente. Otro de los estudios se dirigió a obtener información de una de las tipologías de malos tratos que, a pesar de ser una de las más frecuentes según las investigaciones, es al mismo tiempo de las menos investigadas: la autonegligencia. Además, según los resultados de las investigaciones, las características asociadas a esta tipología como el aislamiento social, vivir solo o el sufrir deterioro cognitivo, etc., pueden hacer especialmente complicada su detección.

Si dos de los estudios responden a la necesidad de aumentar nuestros conocimientos sobre posibles factores de riesgo e indicadores que faciliten la detección, el tercer estudio responde a la necesidad de poder disponer de instrumentos que permitan una detección precoz de los casos. En nuestro país disponemos de muy pocos instrumentos que hayan informado sobre sus propiedades psicométricas y que hayan demostrado adecuadas evidencias de validez. En la mayoría de los casos, se trata de pruebas de autoinforme en los que la detección depende en gran medida de la capacidad o de la disposición de la posible víctima y del supuesto maltratador para aportar información. Por otra parte, aunque disponemos de algún instrumento en que la información es recogida por los profesionales de los servicios sociales, no está especializado en relaciones de cuidados como es el caso del *Indicators of Abuse (IOA) Screen*.

En cuanto a los resultados obtenidos, podemos decir que en general, confirman en gran medida los de estudios anteriores. Mostraron la especial vulnerabilidad de las

personas con deterioro cognitivo para encontrarse en una situación de riesgo de malos tratos domésticos, además de ser reacias a la ayuda profesional y las que menos la recibían al compararlas con personas que recibían un trato adecuado y personas en riesgo de malos tratos sin deterioro cognitivo. Los datos mostraron también la importancia de la percepción que tiene el cuidador de su papel y, sobre todo, si había asumido voluntariamente esta función.

Las personas autonegligentes alcanzaron puntuaciones significativamente superiores a las personas que recibían un trato adecuado y a las personas en riesgo de malos tratos en casi todas las variables analizadas y que se han considerado posibles factores de riesgo o indicadores de autonegligencia. Además, fueron las que recibían menos apoyo profesional. De las variables analizadas, las que se mostraron más relevantes en la clasificación de estos tres grupos fueron las relacionadas con los problemas de salud y deficiencias en los cuidados médicos.

Los resultados del estudio sobre las propiedades psicométricas del *Indicators of Abuse (IOA) Screen* confirmaron las evidencias de validez obtenidas por las creadoras de la escala y se aportó una nueva evidencia sobre su estabilidad temporal. También permitieron ofrecer posibles puntos de cortes para su utilización con sus correspondientes índices de sensibilidad y especificidad.

También los resultados obtenidos muestran algunas diferencias con los de otras investigaciones que pensamos que están asociadas a las características de las muestras utilizadas y a factores socioculturales y del modelo de prestación de servicios del territorio en el que se han realizado. Los tamaños de las muestras utilizadas han podido influir en que aparezcan poco representados factores de riesgo como los posibles problemas con el abuso del alcohol u otras drogas. Esta misma razón ha podido influir en que no se detectaran casos de sospecha de abusos sexuales. Por otra parte, los

participantes en los estudios eran usuarios de servicios sociales comunitarios con elevados niveles de dependencia y con escasos recursos económicos. Aunque estas características no tienen porqué ser representativas de la población general de personas mayores, pensamos que es un tipo de perfil muy frecuente en los servicios sociales, que en nuestro país siguen teniendo un carácter muy asistencial. Sería interesante poder comparar nuestros resultados con los realizados con población general y con los de otros estudios realizados en otros países en los que el modelo de prestación de los servicios es más universal. Poder hacerlo nos permitiría ponderar los límites de su generalización.

Para terminar este trabajo, nos gustaría señalar que sería necesario continuar investigando porque la finalidad para la que se desarrollaron los tres estudios aquí planteados requiere todavía de muchas más investigaciones y con diseños que superen las limitaciones que hemos señalado. En realidad no es fácil poder realizar estudios con muestras representativas de la población y por eso, la mayoría de las investigaciones, salvo algunas encuestas sobre prevalencia hechas a población general, se han realizado con usuarios de servicios sociosanitarios o de servicios de protección de adultos en otros países en los que cuentan con este tipo de recursos. En el caso de nuestro país, comienzan ahora a plantearse en muchas Comunidades Autónomas la necesidad de crear servicios que aborden el problema, pero en general carecemos de datos y de infraestructura que permita obtenerlos. A pesar de ello, es muy importante intentar poner en marcha investigaciones con muestras representativas de la población de personas mayores usuarias o no de los servicios sociales, que cuenten con adecuados grupos de control y, si es posible, con diseños longitudinales. De esta manera podríamos tener un conocimiento más preciso de los factores de riesgo e indicadores que nos permitirían detectar posibles casos de malos tartos y de autonegligencia.

Consideramos que es necesario que las investigaciones se centren en grupos específicos de población o en tipologías específicas, porque como ya hemos señalado, bajo el término malos tratos nos encontramos situaciones muy distintas que pueden tener distintas causas y requerir distintos tipos de intervención. Además, los resultados de las investigaciones y los modelos sobre la etiología de los malos tratos domésticos y de la autonegligencia señalan a la importancia de la interacción entre factores de riesgo y factores protectores de la víctima, de la persona mayor y del entorno. Hasta el momento, han sido más frecuentes las investigaciones que han analizado de manera aislada la influencia de posibles factores de riesgo, pero carecemos de investigaciones que analicen las interacciones y que incluyan la consideración de posibles mecanismos de protección.

También es fundamental poder seguir avanzando en el diseño y análisis de instrumentos de detección que faciliten el trabajo de los profesionales y que permitan la detección precoz del mayor número posible de situaciones de riesgo. En este sentido, creemos que la utilización del continuo de “calidad en las relaciones “ que hemos utilizado para definir las situaciones de riesgo como las de trato inadecuado y malos tratos, ha resultado de utilidad. Consideramos también muy necesario avanzar en el diseño de instrumentos que podamos utilizar en la fase de investigación de los casos, que nos permitan confirmar o descartar las situaciones de maltrato detectadas.

Finalmente, señalar que todos los esfuerzos para detectar situaciones de riesgo de malos tratos domésticos o de autonegligencia solo tiene sentido, si una vez detectados, se dispone de los recursos necesarios para resolver el problema.

## **REFERENCIAS**

## REFERENCIAS

- Abellán, A., Vilches J. & Pujol R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid. Informes *Envejecimiento en red*, 6, 1-6. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
- Abolfathi, Hamid y Ibrahim (2013). Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics.*, 13(3), 182-8. doi: 10.1111/psyg.12009.
- Acierno, R., Hernandez, M.A, Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100, 292-2977. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089
- Amstadter, A.B, Cisler, J.M., McCauley, J.L., Hernandez, M.A., Muzzy, W. & Acierono, R.(2010) Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 43-57. doi: 10.1080/08946566.2011.534707
- Anetzberger, G.J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? An alternative explanatory model. *Generations*, 21, 46-51.
- Anetzberger, G., Mitchell, B. & Mixson, P. (2008). National Committee for the Prevention of Elder Abuse Symposium on Self-Neglect: Building a coordinated response. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 10, 81-90. Recuperado de <http://www.civicrosearchinstitute.com/online/PDF/National%20Committee%20for%20the%20Prevention%20of%20Elder%20Abuse%20Symposium%20on%2>

- Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología “zahartzaróa” (2013) *Instrumento de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV*. Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- Band-Winterstein, T., Doron, I., & Naim, S. (2012). Elder self neglect: A geriatric syndrome or a life course story?. *Journal of Aging Studies*, 26, 109–118. doi: 10.1016/j.jaging.2011.10.001
- Bazo, T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36, 8-14.
- Beavoir, S. (1983). *La vejez*. Buenos Aires: Edhasa.
- Bozinovski, S.D. (2000) Older Self-Neglecters: Interpersonal Problems and the Maintenance of Self-Continuity. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(1), 37-56. doi: 10.1300/J084v12n01\_06
- Brandl, B., Heisler, C. Marlatt, J., Stiegel, L. y Thomae, R. (2007) *Elder abuse detection and prevention: A collaborative approach*. Nueva York: Springer.
- Brandl, B. & Raymond, J.A. (2012). Policy implications of recognizing that caregiver stress is not the primary cause of elder abuse. *Generations*, 36, 32-39
- Burnett, J., Regev, T., Pickens, S., Prati, L.L., Aung, K., Moore, J. & Dyer, C.B. (2006). Social networks: A profile of the elderly who self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18, 25-49. doi: 10.1300/J084v18n04
- Burnett, J., Dyer, C.B., Halphen, J.M., Achenbaum, W.A, Green, C.E, Booker, J.G & Diamond, P.M. (2014). Four subtypes of self-neglect in older adults: Results of a latent class analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 1127-1132. doi: 10.1111/jgs.12832

- Burnight, K. & Mosqueda, L. (2011). *Theoretical Model Development in Elder Mistreatment*. U.S. Department of Justice. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234488.pdf>
- Burston, G.R. (1975) "Granny Battering" . *British Medical Journal*,3:592-596.
- Celdrán,M. (2013) La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 57-64. Recuperado de [www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2171.pdf](http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2171.pdf)
- Choi, N. y Mayer, P. (2000). Elder Abuse, Neglect, and Exploitation. Risk Factors and Prevention Strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2),5-25. doi:10.1300/J083v33n02\_02
- Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18, 660-685. doi: 10.1177/0898264306293257
- Cohen, M. (2011). Screening tools for the identification of elder abuse. *Journal of Clinical Outcomes*, 18, 261-270.
- Comisión de seguimiento del Protocolo de actuación en los casos de violencia doméstica y de género de la demarcación de Girona (2007) *Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores*. Recuperado de [www.administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/protocol\\_g\\_rancast.pdf](http://www.administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/protocol_g_rancast.pdf)
- Conrad,K.J., Iris,M., Ridings,J.,Langley,K. Y Willber,K.H. (2010) Self-Report Measure of Financial Exploitation of Older Adults. *The Gerontologist*,50 (6): 758-773. doi: 10.1093/geront/gnq054

- Cooney, C., Howard, R. y Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6),564-571.
- Cooper C, Manela M, Katona C & Livingston G. (2008) Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Mar;23(3):283-8.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*, 37, 151–60. doi: 10.1093/ageing/afm194
- Cooper C, Maxmin K, Selwood A, Blanchard M, Livingston G. (2009) The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *Internantional Psychogeratry* 21(4),774-8. doi: 10.1017/S1041610209009387. Epub 2009 Jun 4.
- Cooper C., Selwood A., Blanchard M., Walker Z., Blizard R., Livingston, G. (2009) Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey *BMJ*, 338 , 1-3. doi:10.1136/bmj.b155
- Conrad, K.J., Iris, M. Ridings, J.W., Langley, K. & Anetzberger, G. J. (2011). Self-report measure of psychological abuse of older adults. *The Gerontologist*, 51, 354–366. doi:10.1093/geront/gnq103.
- Cooper, C. & Livingston, G. (2014). Mental health/psychiatric issues in elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30, 839 – 850. doi: 10.1016/j.cger.2014.08.01

- Crespo, M. & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Day, M.R., Leahy-Warren, P. & McCarthy G. (2013). Perceptions and views of self-neglect: A client-centered perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25, 76-94. doi: 10.1080/08946566.2012.712864
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de [www.thefamilywatch.org/doc/doc-0539-es.pdf](http://www.thefamilywatch.org/doc/doc-0539-es.pdf)
- Dong X, Simon MA, Wilson RS, Mendes de Leon CF, Rajan KB, Evans DA. (2010). Decline in cognitive function and risk of Elder self-neglect: finding from the Chicago Health Aging Project. *Journal American Geriatric Society* 58(12), 2292-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03156.x.
- Dong X., Simon, M.A & Evans D.A. (2012). Prevalence of self-neglect across gender, race, and socioeconomic status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology*, 58, 258–268. doi: 10.1159/000334256
- Dong, X., Simon, M.A., & Evans, D.A. (2013). Elder self-neglect is associated with increased risk for elder abuse in a community-dwelling population findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of Aging and Health*, 25, 80-96. doi: 10.1177/0898264312467373
- Dong,X. (2012) Advancing the Field Elder Abuse: Future Directions and Policy Implications. *Journal of American Geriatric Society*, 60(11):2151-2156. doi:

- 10.1111/j.1532-5415.2012.04211.x.
- Dong, X., Chen, R. & Simon, M.A. (2014). Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Affairs*, 33, 642-649. doi: 10.1377/hlthaff.2013.1261
- Dong,X., Chen, R., Fulmer,T., y Simon,M.A. (2014 ) Prevalence and correlates of elder mistreatment in a community-dwelling population of U.S. Chinese older adults. *Journal of aging Health*. 26(7) 1209-24. doi: 10.1177/0898264314531617
- Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, N.A., Lafferty, A. (2013) *Abuse of Older People with Dementia: A Review*. Dublin: NCPOP, University College Dublin.
- Dyer, C., Connolly, M. & McFeeley, P. (2003). The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect. En National Research Council *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (pp. 339-381). Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Dyer, C.B., Kelly, A., Pavlik, V.N., Lee, J., Doody, R.S., Regev, T., Pickens, S., Burnett, J. & Smith, S.M. (2006). The making of a Self-Neglect Severity Scale. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18, 13-23. doi:10.1300/J084v18n04\_03
- Dyer, C.B., Goodwin, J.S., Pickens, S., Burnett, J. & Kelly, P.A. (2007). Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97, 1671- 1676. doi: 10.2105/AJPH.2006.097113
- European Comission. (2015). *Eurostat. Demography Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2767/769227

- Family Commission. (2008). *Elder abuse and neglect. Exploration of risk and protective factors*. Wellington : Families Commission. Recuperado de <https://www.ageconcern.org.nz/files/EANP/Elder%20Abuse%20and%20Neglect,%20Exploration%20of%20Risk%20and%20Protectvie%20Factors,%20Families%20Commission,%202008.pdf>
- Fisher, B.S. & Regan, S.L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46, 200-209. doi: 10.1093/geront/46.2.200
- Flanagan, A.Y. (2014). *Elder Abuse: Cultural Contexts and Implications*. Sacramento. California Course #97821NetCE. Recuperado de <http://www.netce.com/learning.php?courseid=1012&page=pdfs>
- Fulmer, T. (1984). Elder abuse assessment tool. *Dimens Critical Care Nursing*, 3(4),216-220.
- Fulmer,T y O'Malley ,T (1998) *Inadequate Care of the Elderly. AHealth Care Perspective on Abuse and Neglect*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Fulmer, T., Guadagno, L. & Dyer, C.B. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 297-304.
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S. Juvinya, D., & Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 815–822. doi 10.1111/j.1532-5415.2009.02221.x
- Gibbons, S., Lauder, W. & Ludwick, R. (2006). Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17 (1), 10-18. doi: 10.1111/j.1744-618X.2006.00018.x

- Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2015). *Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ss/es\\_publica/adjuntos/personas%20mayores\\_web.pdf](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/personas%20mayores_web.pdf)
- Goergen, T. y Beaulieu, M. (2013). Critical concepts in elder abuse research. *International Psychogeriatrics*, 25(8), 1217–1228. doi:10.1017/S1041610213000501
- Gracia, J. (2011). El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas. *Oñati Socio-Legal Series*, 1(8), 1-26.
- Gracia, J. (2012). *El maltrato familiar hacia las personas mayores: un análisis sociojurídico*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Hildebrand, C., Taylor, M. & Bradway, C. (2014). Elder self-neglect: The failure of coping because of cognitive and functional impairments. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 452-462. doi: 10.1002/2327-6924.12045
- House of Commons Health Select Committee. (2004). *Elder abuse. Second Report of Session 2003–04. Volume I*. London: Stationery Office. Recuperado de <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/111/111.pdf>
- Hoover, R.M. & Polson, M. (2014). Detection of elder abuse and neglect. Assessment and intervention. *American Academy of Family Physician*. 89(6), 453-460.

- Hudson, M.F. (1986). Elder neglect and abuse: Current research. En K. Pillemer & R. Wolf, R.S. (Eds.), *Elder Abuse: Conflict in the Family*. Dover, MA: Auburn House.
- Hurley, M., Scallan, E., Johnson, H., De La Harpe, D. (2000). Adult service refusers in the greater Dublin area. *Irish Medical Journal*, 93 (7), 208-211.
- Hwalek, M.A. & Sengstock, M.C. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: Toward development of a clinical screening instrument. *The Journal of the Applied Gerontology*, 5, 153-173. doi: 10.1177/073346488600500205
- Hwalek, M.A., Neale, A.V., Goodrich, C.S. & Quinn, K. (1996). The Association of Elder Abuse and Substance Abuse in the Illinois Elder Abuse System. *The Gerontologist*, 36(5), 694-700.
- Instituto Nacional de Estadística (2014) *Estadística de violencia doméstica y violencia de género 2014*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft18%2Fp468%2Fp01%2F%2Fa2014>
- Institute of Medicine (IOM) and National Research Council (NRC). 2014. *Elder abuse and its prevention: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press. 10. doi: 10.17226/18518
- Iris, M., Conrad, J.K., & Ridings, J. (2014). Observational measure of elder self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26, 365-397. doi: 10.1080/08946566.2013.801818
- Jackson, S.L. & Hafemeister, T.L. (2011) Risk factors associated with elder abuse: The importance of differentiating by type of elder maltreatment. *Violence and Victims*, 26, 738-757. doi: 10.1891/0886-6708.26.6.738

- Jackson, S.L., & Hafemeister, T.L. (2012). Pure financial exploitation vs. hybrid financial exploitation co-occurring with physical abuse and/or neglect of elderly persons. *Psychology of Violence*, 2, 285-296. doi: 10.1037/a0027273
- Jackson, S.L. y Hafemeister, T.J. (2013). *Understanding elder abuse. new directions for developing theories of elder abuse occurring in domestic settings*. Washington: National Institute of Justice. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/241731.pdf>
- Jackson, S y Hafemeister, T. (2014) . How Case characteristics differ across four types of elder maltreatment: Implications for tailoring interventions to increase victim safety. *Journal of Applied Gerontology*, 33(8), 982-997. doi: 10.1177/0733464812459370
- Jackson, S. y Hafemeister, T. (2015). The impact of relationship dynamics on the detection and reporting of elder abuse occurring in domestic settings. *Journal of Elder Abuse & neglect*, 27(2), 121-145. doi: 10.1080/08946566.2015.1008085
- Daly, J. M, Merchant, M.L. y Jogerst, J. (2011) Elder Abuse Research: A Systematic Review, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(4), 348-365. doi: 10.1080/08946566.2011.608048
- Johannesen, M. & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42, 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195
- Johnson, Y. (2015). Elder self-neglect: Education is needed. *Home Healthcare Now*, 33, 421-424. doi:10.1097/NHH.0000000000000277

- Kelly, P.A., Dyer, C.B., Pavlik, V., Doody, R., & Jogerst, G. (2008). Exploring Self-Neglect in Older Adults: Preliminary Findings of the Self-Neglect Severity Scale and Next Steps. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (S2), 253-260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x
- Kessel, H., Marín, M., Maturana, N., Castañeda, L., Pageo, M., y Larrión, J.L. (1996). Primera conferencia nacional de consenso sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 31 (6), 367-372.
- Killick, C., Taylor, B.J., Begley, E., Carter Anand, J. & O'Brien (2015) Older People's Conceptualization of Abuse: A Systematic Review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27 (2), 100-120. doi: 10.1080/08946566.2014.997374
- Kong, J. & Moorman, S.M. (2013). Caring for my abuser: Childhood maltreatment and caregiver depression. *The Gerontologist*, 55, 656-666. doi:10.1093/geront/gnt136
- Lachs, M. & Berman, J. (2011). *Under radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study. Self-reported prevalence and documented case surveys. Final report.* Recuperado de [www.ocfs.ny.gov/main/reports/Under the radar 05 12 11 final report.pdf](http://www.ocfs.ny.gov/main/reports/Under%20the%20radar%2005%2012%2011%20final%20report.pdf)
- Lachs, M.S. & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364, 1263-1272.
- Las Hayas, C., López, E. & Calvete, E. (2012). *Aspectos positivos del cuidado en familiares de personas con daño cerebral adquirido. Working paper.* <http://www.bizkailab.deusto.es/wp-content/uploads/2012/12/estres.pdf>.
- Lee, M. & Kolomer, S. (2005). Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(1), 61-74. doi: 10.1300/J084v17n01\_04

- Lee, M. & Kim, K. (2014). Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78, 115-131. doi: 10.2190/AG.78.2.b
- McDonald, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: The glass is still half full. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement*, 30, 437-465. doi:10.1017/S0714980811000286
- McDonaldl, L. & Thomas, C. (2013). Elder abuse through a life course lens. *International Psychogeriatric Association*, 25, 1235-1243. doi:10.1017/S104161021300015X
- McGuire, J. & Earls, F. (1993). Exploring the reliability of measures of family relations, parental attitudes, and parent-child relations in disadvantaged minority population. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 1042-1046.
- McLachlin, B. (2009). Elder Law: An emerging Practice. *Journal of International Aging Law & Policy*. Vol 3: 17. Recuperado de <http://www.stetson.edu/law/agingjournal/media/vol3-emerging-practice.pdf>
- Meeks-Sjostrom, D. (2004). A comparison of three measures of elder abuse. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 247-250.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad & Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Envejecimiento activo. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) *Victimas mortales por violencia de género*. Fecha de actualización: 6 de Octubre de 2015. Recuperado de

[www.msssi.gob.es/ssi/ViolenciaGenero/datosEstadisticos/docs/VMortales\\_2015\\_06\\_10.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/ViolenciaGenero/datosEstadisticos/docs/VMortales_2015_06_10.pdf)

- Mouton, C., Larme, A., Alford, C., Talamantes, M., McCorkle, R., & Burge, S. (2005). Multiethnic perspectives on elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(2), 21–44.
- Moya, A., y Barbero, J. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de [www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/.../jmalostratosint.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/.../jmalostratosint.pdf)
- Moyer, V.A. (2013). Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 158, 478-486. doi: 10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00588
- Muñoz, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mysyuk, Y., Westendorp, R.G. & Lindenberg, J. (2013). Added value of elder abuse definitions: A review. *Ageing research reviews*, 12(1), 50-57. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.001 50
- Naciones Unidas. (2003). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York, 2003. Recuperado de <http://undesadspd.org/Portals/0/ageing/documents/Fulltext-SP.pdf>
- Nahmiash, D. (2013). Abuse and Neglect of Older Adults in the Canadian community: an overview of what we know and don't know . *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41: 186-208. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rev-sociedaduytopia4-2013-05-2015.pdf>

- Naik, A. D., Burnett, J., Pickens-Pace, S., & Dyer, C. B. (2008). Impairment in instrumental activities of daily living and the geriatric syndrome of self-neglect. *The Gerontologist*, 48, 388-393. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856595/>
- Namkee, G.C. y Mayer, M. (2000). Risk Factors and Prevention Strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33 (2), 5-25. doi:10.1300/J083v33n02\_02
- Nathanson J.N. (2009). Animal Hoarding: Slipping Into the Darkness of Comorbid Animal and Self-Neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(4), 307-324. doi: 10.1080/0894656090300483
- National Center on Elder Abuse. (1998). *National elder abuse incidence study: Final report*. Washington, DC: American Public Human Services Association in collaboration with Westat, Inc.
- National Center on Elder Abuse. (2001). *Major types of elder abuse*. Recuperado de [http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main\\_Site/FAQ/Basics/Types\\_Of\\_Abuse.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx)
- National Research Council (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-415.
- Nerenberg, L. (2008). *Elder abuse prevention: Emerging trends and promising strategies*. New York. Springer Publishing Company, LLC.
- Newman, L., Self, L.R., Beaulaurier, R.L. & Palmer, R.C. (2013). Domestic Abuse Against Elder Women and Perceived Barriers to Help-Seeking. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25 (3), 205-229. doi:10.1080/08946566.2012.751836

- O'Brian, J.G. ( 2015). Screening for Elder Abuse And Neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi: 10.1111/jgs.1\_13538
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Payne, B.K. & Gainey, R.R. (2005). Differentiating self-neglect as a type of elder mistreatment: How do these cases compare to traditional types of elder mistreatment? *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17, 21-36. doi: 10.1300/J084v17n01\_02
- Paz-Rodríguez, F. & Sánchez-Guzmán, M.A. (2011). Maltrato en pacientes neurológicos. *Anales de Psicología*, 27, 256-264.
- Perel-Levin (2008) *Discussion screening for elder abuse at primary health care level*. Switzerland : World Health Organization.
- Pérez-Cárceles, M.D., Rubio, L., Pereniguez, J.E., Pérez-Flóres, D., Osuna, E. & Luna, A. (2008). Suspicion of elder abuse in south eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132–137. doi: 10.1016/j.archger.2008.06.002
- Perez Rojo, G; Izal,M.; Montorio,I. Y Nuevo, R. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ,8 (1), 105-117.
- Perez-Rojo,G.,Izal,M., Sancho,M., y Grupo de Investigación Trátame Bien. (2010) Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(4): 213–218.

- Perez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P y Espinosa, J.M. (2013). Prevalencia de los malos tratos. *Medicina Clínica (Barc)*, 1-5  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mecli.2012.09.048>
- Perez Rojo, G. y Chulián, A. (2013) Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales* 41: 127-167.  
 Recuperado de <http://www.sociedaduyutopia.es/images/revistas/41/D02.pdf>
- Perez-Rojo, G., Izal, M. y Nuevo, R. (2015). Validation of the Spanish version of Caregiver Abuse Screen (CASE). *Research on Aging*, 37, 63-81. doi: 10.1177/0164027514522275.
- Philips, L.R. (1986) “Theoretical explanations on Elder Abuse: Competing Hypotheses and Unresolved Issues” En K.A. Pillemer. & R.S. Wolf (Comps.) (1986) *Elder abuse: Conflict in the family* (pp 197-217). Dover: Auburn House Publishing Co.
- Pillemer, K. (2005). Factores de riesgo del maltrato de mayores. En I. Iborra (Ed.), *Violencia contra las personas mayores*, (pp. 69-85). Barcelona: Editorial Ariel, SA.
- Pillemer, K., Connolly, M.T., Breckman, L., Spreng, N., & Lachs, M.S. (2015). Elder mistreatment: Priorities for consideration by the White House Conference on Aging. *The Gerontologist*, 55 (2), 320–327. doi:10.1093/geront/gnu180
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). Elder-Abuse Offenders: A Typology. *Generations*, 21, 17-22.
- Reis, M. (1995). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14, 45-60. doi: 10.1017/S0714980800005584
- Reis, M. & Nahmiash, D. (1995). *When seniors are abused: A guide to intervention*. North York, Ontario: Captus Press, Inc.

- Reis, M. & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist*, 38, 471-480.
- Reis, M. (2000). The IOA Screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, 24(2), 13-16.
- Reeves, S y Wysong, J. (2010). Strategies to address financial Abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 22(3-4), 328-334 .doi: 10.1080/08946566.2010.490182
- Risco, C., Paniagua, M.C., Jiménez, G., Poblador, M.D., Molina, L. & Buitrago, F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Medicina Clínica*, 125. doi: 10.1157/13076463
- Rodríguez, A.C. (Dir.). (2005). *Atención a las personas con dependencia en España*. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Rodríguez, P., Díaz-Veiga, P., Martínez, T. & García, A. (2014). *Cuidar, cuidarse y sentirse bien: Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Rodríguez, L., López-Cepedo, J y Rodríguez, F.J. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 2009, 21(2):248-254 recuperado de [www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8848/8712](http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8848/8712)
- Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enfermería*, 19, 47-50. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es)

- Royo,P. García,L, Segura,M.P., Touza,C. y Prado, C. (2001)Proyecto para la detección e investigación de los malos tratos a las personas mayores en el Distrito de Ciudad Lineal del Ayuntamiento de Madrid. En Colom y Orte (Coord.): Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores (pp. 353-363) .Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears
- Rubio, R. (2003). Conceptos, tipos, incidencia y factores de riesgo del maltrato institucional en personas mayores. En I. Iborra (Ed.),*Violencia contra personas mayores* (pp. 113-128). Barcelona: Ariel S.A.
- Sanchez, F. y Sancho, M.T. (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. Madrid: IMSERSO.
- Sancho, M. (Dir.). (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco*. Vitoria\_Gasteiz: Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.
- Schiamberg,L.B. y Gans,D. (2002). 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.
- Schmeidel,A.N., Daly,J.M., Rosenbaum,M.E., Schmuch,G.A. y Jogerst,G.T. (2012) .Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(1),17-36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044.
- Schofield. M., Reynolds, R., Mishra, G.D., Powers, J.R. & Dobson, A.J. (2002). Screening for vulnerability to abuse among older women. *Women's Health*

- Australia Study. *Journal of Applied Gerontology*, 21, 24-39. doi: 10.1177/0733464802021001002
- Schofield, M. & Mishra, G.D. (2003). Validity of Self-Reports Screening Scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.
- Sengstock, M.C., Thibault, J.M. & Zaranek, R. (2000) Community dimensions of elderly self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11, 77-93. doi: 10.1300/J084v11n02\_05
- Serrano, P., Tena-Dávila, M.C., González, M., Martín, M.C. Arellano, J.C.; Martín, F. (2008). Detección de casos de posible maltrato en mayores de 65 años a través de informes de actuación de Samur Social. *En Ayuntamiento de Madrid (2008) Malos tratos a mayores: observa y actúa. (pp.217-220)*.Madrid: Ayuntamiento de Madrid. *Recuperado de* <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Libro%20Jornadas%202008/3%20Comunicaciones.pdf>
- Reeves, S. & Wysong, J. (2010). Strategies to Address Financial Abuse, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22:3-4, 328-334. doi: 10.1080/08946566.2010.490182
- Snowdon, J., Shah, A., & Halliday, G. (2007). Severe domestic squalor: A review. *International Psychogeriatrics*, 19, 37-51. doi: 10.1017/S1041610206004236
- Straka,S.M. (2006). Responding to the needs of older women experiencion domestic violence. *Violence Against Women*, 12(3):251-267.
- Strauss, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Tabachnick, B.G & Fidell, L.S. (2006). *Using Multivariate Statistics* (5th Edition). Cambridge: Pearson.

- Tabueña, M. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención psicosocial*, 15(3), 253-274. Recuperado de [www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/102975.pdf](http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/102975.pdf)
- Teaster, P. B., Otto, J. M., Dugar, T. D., Mendiondo, M. S., Abner, E. L., & Cecil, K. A. (2006). *The 2004 survey of state adult protective services: Abuse of adults 60 years of age and older*. Washington, DC: National Center of Elder Abuse, Administration on Aging.
- Touza, C., Prado, C., García Campos, L., Royo, P. y Segura, M.P. (2002). Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: Los malos tratos a las personas mayores. *Revista Pulso*, Vol. 25, 59:73.
- Touza, C.; Segura, M.P. y Prado, C. (2004). Initial conclusions on the design and validation of the Inadequate Treatment Detection Scale for elders. *The Journal of Adult Protection*, 6, 4-14.
- Touza, C. (Dir.). (2009). *Personas mayores en riesgo: detección del maltrato y la autonegligencia*. España: Ediciones Pirámide y Edicions UIB.
- Touza, C., March, M. and Prado, C. (2009). ¿Por qué se producen los malos tratos domésticos y la autonegligencia. En: Touza, C. (Dir.). *Personas mayores en riesgo: Detección del maltrato y la autonegligencia*. (pp.61-76). España: Ediciones Pirámide y Edicions UIB.
- Touza, C. (2010). Por qué y cuándo se han de utilizar las «Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (EDMA)». *Cuadernos de Trabajo Social* , 23 , 145-161. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110145A>
- Touza, C., Prado, C. & Segura, M.P. (2011). Construcción y validación de las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos

- Autonegligentes (EDMA). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 91-106.
- Touza, C., Prado, C. & Segura, M.P. (2012). Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA). *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682
- Turner, A., Hochschild, A., Burnett, J., Zulfiqar, A. & Dyer, C.B. (2012). High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. *Drugs & Aging*, 29, 741-749. doi: 10.1007/s40266-012-0007-2
- United Nations (2013) *Neglect, Abuse and Violence Against Older Women*. United Nations. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/neglect-abuse-violence-older-women.pdf>
- Vandeweerd, C., Paveza, G. J., Walsh, M., & Corvin, J. (2013). Physical mistreatment in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Research*. doi:10.1155/2013/920324
- Wang, J.J., Lin, M.F., Tseng, H.F. & Chang, W.Y. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *International Psychogeriatric Association*, 21, 314-320. doi:10.1017/S1041610208008211
- Wang, X.M., Brisbin, S., Loo, T. y Straus, S. (2015). Elder abuse: An approach to identification, assessment and intervention. *CMAJ*, 19, 187(8):575-581. doi: 10.1503/cmaj.141329.

- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L. & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 493-500. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02737
- Wolf, R.S. (1998). Caregiver stress, Alzheimer's disease, and elder abuse. *American Journal of Alzheimers Diseases and other Dementia*. 13, 81-83.
- World Health Organization. (2008). *A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: Main report*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/ageing/publications/ELDER\\_DocAugust08.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf)
- World Health Organization. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Roma: World Health Organization. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)
- Yaffe, M.J., Wolfson, C., Lithwick, M. & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20, 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168
- Yaffe, M., Wolfson, C. & Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 646-654. doi: 10.3109/13561820902886279
- Yaffe, M.J., Weiss, D & Lithwick, M (2012) Seniors' Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), 277-292, doi: [10.1080/08946566.2011.652930](https://doi.org/10.1080/08946566.2011.652930)

## ABREVIATURAS Y SIGLAS

EEUU	Estados Unidos
NCEA	National Center on Elder Abuse
MTPM	Malos tratos hacia las personas mayores
OMS	Organización Mundial de la Salud
NICE	National Initiatives for the Care of the Elderly Project
NRC	National Research Council
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
BASE	Brief Abuse Screen for the Elderly
CASE	Caregiver Abuse Screen
IOA	Indicators of Abuse Screen
EASI	Elder Abuse Suspicion Index
EAI	Elder Assessment Instrument
H-S/EAST	Hwelek-Sengtock Elder Abuse Screening Test
E-IOA	Expanded Indicators of abuse
VASS	Vulnerability to abuse Screening Scale
ESNA	Elder Self-Neglect Assessment
SSS	Self-neglect Severity Scale
EDMA	Escalas de Detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes
OAPAM	Older Adult Psychological Abuse Measure
OAFEM	Older Adult Financial Exploitation Measure

## ANEXO

### Anexo 1: Protocolo de recogida de información.

#### DATOS DE LA PERSONA MAYOR:

- Iniciales y fecha de nacimiento:.....
- Edad: ..... Sexo:..... Estado civil:.....
- Vive sola: SI NO

Recibe cuidados de algún profesional sociosanitario o de personal no especializado:

SI NO

Si ha contestado SI, especifique de quién se trata<sup>1</sup>:

.....

Tipo de trato sospechado: .....

#### DATOS DEL CUIDADOR

- Iniciales y fecha de nacimiento: .....
- Sexo:..... Edad: ..... Estado civil:
- Relación con la persona mayor (rodear):

A. 1.-Cónyuge	D. 4.- Amigo
B. 2.-Hijos/as	E 5.-Vecino/a
C. 3.-Otro familiar (indicar relación).....	F. 6.-Otros (indicar relación).....

- Antigüedad de la relación: .....

<sup>1</sup> Indique el tipo de profesional (auxiliar de ayuda a domicilio, enfermera del centro de salud...)

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE CUMPLIMENTA EL CUESTIONARIO**

1. Iniciales y fecha de nacimiento:

.....

2. Lugar de trabajo:

.....

3. Puesto de trabajo:

.....

4. Titulación académica:

.....

5. Tiempo que hace que conoce a la persona mayor: .....

**Fecha de cumplimentación:** .....

1. Si dispone de información sobre alguna valoración médica o psicológica realizada para conocer si la persona mayor sufre algún tipo de deterioro cognitivo, especifique el resultado de dicha valoración a continuación (indicando escala aplicada, puntuación y baremo):

.....  
.....

2. (SI esta es la 2º aplicación) ¿Se ha producido alguna modificación relevante en la situación de la persona mayor, de la persona que supuestamente ejerce el trato adecuado o en la interacción entre ambos desde la primera aplicación?

.....  
.....

**Instrucciones:**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que describen a personas mayores, a sus familiares, cuidadores o personas cercanas. Puntúe cada afirmación de 1 a 5, rodeando con un círculo el número correspondiente, teniendo en cuenta que el 5 (o las puntuaciones próximas a 5 debe otorgarse a afirmaciones con las que usted esté muy de acuerdo, y el 1 (o las puntuaciones próximas a 1) debe otorgarse a las afirmaciones con las que usted no esté nada de acuerdo. De esta forma las puntuaciones tendrían el siguiente significado:

1 = usted no está **nada** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o característica no se produce ( o nunca se ha producido) en este caso;

2 = usted está **un poco** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) pocas veces, o con poca intensidad o gravedad;

3 = usted está **bastante** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con bastante frecuencia, o con bastante intensidad o gravedad;

4 = usted está **muy** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con mucha frecuencia, o con mucha intensidad o gravedad;

5 = usted está **totalmente** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o característica se produce (o se ha producido) casi siempre, o con una intensidad o gravedad muy elevadas.

Por favor, **no deje ningún ítem sin contestar**. Si tuviera que dejar sin contestar algún ítem, explique en las observaciones por qué no lo ha contestado. Las respuestas que usted dé a esta escala son confidenciales.

Debe cumplimentarse utilizando como referencia temporal los **datos disponibles en los últimos 4 meses** y si la situación de la persona mayor o de la persona que supuestamente ejerce un trato adecuado, inadecuado o maltrato ha variado sustancialmente en este período, la valoración de estos aspectos se hará en tiempo real (en el momento actual) haciéndolo constar en el apartado final sobre observaciones.

Muchas gracias por su colaboración.

La persona mayor:

- Se muestra reacia a recibir ayuda.	1	2	3	4	5
- Carece de la atención sanitaria que requiere.	1	2	3	4	5
- Carece de la atención social que requiere.	1	2	3	4	5
- Carece de personas que le puedan prestar la ayuda que necesita.	1	2	3	4	5
- Ha mantenido comportamientos autonegligentes en otras épocas de su vida.	1	2	3	4	5
- Ha sido maltratada en algún momento de su vida.	1	2	3	4	5
- Los contactos que mantiene con familiares, amigos y vecinos son menos frecuentes de lo que necesitaría para atender sus necesidades.	1	2	3	4	5
- No parece satisfecho con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados.	1	2	3	4	5
- Presenta dificultades para realizar algunas de las siguientes actividades: peinarse, lavarse, ducharse, vestirse, ir al baño, caminar, comer.	1	2	3	4	5
- Presenta dificultades para realizar algunas de las siguientes actividades: realizar tareas de la casa, salir de casa, desplazarse por la comunidad, hacer gestiones, manejar dinero.	1	2	3	4	5
- Presenta problemas de conducta (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos...).	1	2	3	4	5
- Presenta problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...).	1	2	3	4	5
- Presenta signos de deterioro cognitivo.	1	2	3	4	5
- Tiene problemas con el alcohol u otras drogas.	1	2	3	4	5
- Tiene relaciones familiares conflictivas.	1	2	3	4	5
- Tiene unas expectativas irreales sobre su situación.	1	2	3	4	5
- Viste ropa inadecuada para la época del año.	1	2	3	4	5
- Vive en una casa que no reúne condiciones higiénicas.	1	2	3	4	5

- Vive en una casa que presenta problemas de habitabilidad (con barreras arquitectónicas, sin agua corriente, sin aseo, sin ventilación...).	1	2	3	4	5
- Carece de las ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis dentales, audífono, andadores, silla de ruedas...) o las lleva rotas o en mal estado.	1	2	3	4	5
- Ha sido ingresada por un probable fallo en el cuidado de su salud o de su seguridad.	1	2	3	4	5
- Incumple el tratamiento médico prescrito (por inframedicación, sobremedicación o consumo de medicación no prescrita).	1	2	3	4	5
- No dispone de ingresos económicos suficientes.	1	2	3	4	5
- Presenta problemas de salud que pueden deberse a un inadecuado cuidado (malnutrición, deshidratación, hipotermia, infecciones...)	1	2	3	4	5
- Presenta signos de falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado...).	1	2	3	4	5
- Presenta signos de problemas médicos que no han sido tratados a tiempo.	1	2	3	4	5
- Su alimentación es irregular o incorrecta.	1	2	3	4	5
- Tiene dificultades económicas a pesar de disponer de unos ingresos suficientes.	1	2	3	4	5

★ La persona que cuida a la persona mayor:

Carece de personas que le puedan prestar la ayuda que necesita para cuidar a la persona mayor.	1	2	3	4	5
Depende económicamente de la persona mayor.	1	2	3	4	5
Ha sido maltratada en algún momento de su vida.	1	2	3	4	5
Ha tenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida.	1	2	3	4	5
Parece carecer de las capacidades y conocimientos necesarios para cuidar de la persona mayor.	1	2	3	4	5
Parece tener dificultades para resolver las situaciones estresantes o difíciles.	1	2	3	4	5
Presenta problemas de conducta (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos...).	1	2	3	4	5
Se muestra reacia a recibir ayuda.	1	2	3	4	5
Tiene problemas con el alcohol u otras drogas.	1	2	3	4	5
Tiene problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...).	1	2	3	4	5
Tiene problemas familiares y/o conyugales.	1	2	3	4	5
- Percibe el cuidado de la persona mayor como “una carga” que no desea asumir	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

## Anexo 2: Indicators of Abuse Screen

### Instrucciones:

Después de haber realizado una evaluación en el domicilio, por favor, indique la frecuencia de cada uno de los ítems puntuándolos de 0 a 4. No omita ninguno de los ítems y valórelos en función de su opinión actual: 0 = no existente; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = probablemente/ moderadamente grave; 4 = sí/ grave; NA= No aplicable; NS= no sabe

Edad de la persona que ejerce el trato adecuado:.....

Tipo de relación entre la persona que ejerce el trato adecuado y la persona mayor: .....

¿La persona que ejerce el trato adecuado es el cuidador principal? SI NO

### La persona que cuida a la persona mayor

Tiene problemas de conducta.	0	1	2	3	4	NS	NA
Es económicamente dependiente.	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene problemas mentales/emocionales.	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias.	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene expectativas irreales	0	1	2	3	4	NS	NA
No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar.	0	1	2	3	4	NS	NA
Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar.	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene conflictos maritales/familiares.	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene una mala relación con la persona a la que cuida.	0	1	2	3	4	NS	NA
No tiene experiencia en el cuidado.	0	1	2	3	4	NS	NA
Es una persona que tiende a culpabilizar a los otros de sus problemas.	0	1	2	3	4	NS	NA
En el pasado, tenía una mala relación con la persona a la que cuida.	0	1	2	3	4	NS	NA

### La persona mayor

Ha sido maltratada en el pasado	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene conflictos maritales/familiares	0	1	2	3	4	NS	NA
No comprende el alcance de su enfermedad	0	1	2	3	4	NS	NA
Está aislada socialmente	0	1	2	3	4	NS	NA
Carece de apoyo social	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene problemas de conducta	0	1	2	3	4	NS	NA
Es económicamente dependiente	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene expectativas irreales	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación	0	1	2	3	4	NS	NA
Mantiene actualmente una mala relación con la persona que la cuida,.	0	1	2	3	4	NS	NA
Ha sufrido caídas sospechosas	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiene problemas mentales/emocionales	0	1	2	3	4	NS	NA
Tiende a culpabilizar a otras personas de sus problemas	0	1	2	3	4		
Es emocionalmente dependiente	0	1	2	3	4	NS	NA
No tiene un médico habitual/fijo	0	1	2	3	4	NS	NA