

75

GIZARTEA HOBETUZ

DOCUMENTOS DE BIENESTAR SOCIAL

**ESTUDIO DE PREVALENCIA
DE MALOS TRATOS A PERSONAS
MAYORES EN LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES

75

GIZARTEA HOBETUZ

DOCUMENTOS DE BIENESTAR SOCIAL

**ESTUDIO DE PREVALENCIA
DE MALOS TRATOS A PERSONAS
MAYORES EN LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2011

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Dirección del estudio: Mayte Sancho

Informe de resultados:

Gema Pérez Rojo

Mayte Sancho

Elena del Barrio

José Javier Yanguas

Asesoría científica: María Izal Fernández Troconiz. Universidad Autónoma de Madrid.

Trabajo de campo: Empresa Demométrica

Edición:	1.ª abril 2011
Tirada:	500 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Empleo y Asuntos Sociales
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Diseño de cubierta:	Canaldirecto
Fotocomposición e impresión:	Composiciones Rali, S.A. Particular de Costa, 12-14 - 48010 Bilbao
ISBN:	978-84-457-3142-0
D.L.:	BI - 464/2011

PRESENTACIÓN

Un estudio pionero para mejorar la calidad de vida de los mayores

Para la sociedad, muchos de los fenómenos asociados a la vejez han permanecido ocultos, evitando en cierta manera el conocimiento de elementos que no encajan con la percepción de bienestar generalizado. Los malos tratos que afectan a los mayores es uno de ellos. Tradicionalmente, la sociedad ha tendido a eludir su existencia, pero en la actualidad, este complejo tema empieza a adquirir cierta relevancia social. Aunque ya se está trabajando sobre esta cuestión en gran cantidad de foros institucionales, científicos y organizaciones no gubernamentales, sabemos que sólo vislumbramos la punta de un gran iceberg que aún permanece escondido bajo el agua.

Los malos tratos hacia las personas mayores han sido reconocidos por la II Asamblea Mundial del envejecimiento (Madrid, 2002) como uno de los problemas centrales en la atención a las personas mayores, generando en el ámbito internacional múltiples iniciativas investigadoras, redes europeas y mundiales, así como planes de actuación con el fin de erradicar este tipo de conductas.

Desde el Gobierno Vasco nos incorporamos a esta actitud activa, llevando a la práctica el lema «conocer para intervenir». Para ello, hemos llevado a cabo un amplio estudio pionero en el Estado con el objetivo de obtener información rigurosa sobre estas situaciones en Euskadi. Siendo conscientes de las limitaciones que un estudio de estas características presenta —la detección de situaciones de maltrato suele ser bastante menor a la realmente existente—, se ha conseguido arrojar luz sobre algunas de las particularidades de las condiciones de vida de las personas mayores y factores de riesgo asociados.

El Departamento de Empleo y Asuntos Sociales está comprometido en contribuir a que sus ciudadanos mayores puedan llevar una vida digna, libre de estereotipos, con una imagen social ajustada a la realidad. En este empeño, la lucha contra la exclusión y la negación de derechos está en la base de la erradicación de los malos tratos. Como con otros colectivos de ciudadanos, niños y mujeres sobre todo, nuestra tolerancia será cero ante cualquier trato inadecuado hacia nuestros mayores.

La publicación que tiene en sus manos pretende, por un lado, dar a conocer la realidad del fenómeno de los malos tratos; y, por otro, profundizar en los factores asociados a la misma en el ámbito de la CAPV. Los valiosos resultados obtenidos en este estudio, nos permiten tener una visión más clara de la situación de las personas mayores, lo que facilitará la puesta en marcha de un conjunto de acciones que se incluirán en el «Plan de Acción para las personas mayores», cuyo diseño ha sido presentado recientemente a la Comisión Sectorial de Mayores del Consejo Vasco de Servicios Sociales.

La elaboración de este Plan, pasa ineludiblemente por la apertura de un amplio proceso participativo en el que se quiere contar con las opiniones y aportaciones del mundo asociativo y académico, pero también de todas las administraciones públicas y entidades comprometidas en la atención a las personas mayores. Y, por supuesto, de los propios afectados a través de sus asociaciones, órganos y consejos de representación.

Sabemos que afrontamos una tarea difícil, pero que lo vamos a conseguir con la colaboración de todos los implicados en la defensa de los derechos de las personas mayores. En definitiva, con el compromiso activo de toda la sociedad vasca en el marco de la Euskadi solidaria que impulsamos.

GEMMA ZABALETA ARETA
Consejera de Empleo y Asuntos Sociales

ÍNDICE

1. Marco teórico	9
1.1. Introducción	11
1.2. Definición de los malos tratos hacia las personas mayores	12
1.3. Tipos de malos tratos	14
1.4. Teorías sobre los malos tratos a mayores	16
1.5. Epidemiología de los malos tratos hacia las personas mayores	22
1.5.1. Estudios internacionales	24
1.5.2. Estudios nacionales	32
1.6. Factores asociados a la sospecha de malos tratos	35
1.7. Instrumentos utilizados para la detección de los malos tratos hacia las personas mayores	43
2. Análisis de resultados	51
2.1. Metodología	53
2.1.1. Marco geográfico y poblacional	53
2.1.2. Tipo de muestreo	53
2.1.3. Estratificación y afijación muestral	54
2.1.4. Técnica de recogida de información	54
2.1.5. Error muestral	54
2.1.6. Selección de los elementos muestrales	54
2.1.7. Estructura y distribución geográfica de la muestra	55
2.1.8. Variables e instrumentos estandarizados utilizados	55
2.1.9. Procedimiento	59
2.1.10. Características sociodemográficas de la muestra	59

2.2. Resultados	61
2.2.1. Prevalencia de la sospecha de malos tratos percibida por la persona mayor	61
2.2.2. Prevalencia de la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador	62
2.2.3. Tipos de malos tratos	62
2.2.4. Factores asociados a la sospecha de malos tratos percibidos por la persona mayor	63
2.2.4.1. Factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en la persona mayor	63
2.2.4.2. Factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en las personas responsables	83
2.2.4.3. Factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en el contexto de la situación	85
2.2.4.4. Factores asociados a la sospecha de malos tratos extraídos de la información proporcionada por el entrevistador	86
2.2.4.5. Factores asociados a los malos tratos físicos, psicológicos y a la negligencia	101
2.2.5. Análisis discriminante	103
2.3. Conclusiones	106
Bibliografía	109

1. MARCO TEÓRICO

1.1. INTRODUCCIÓN

La protección de los derechos de las personas mayores está configurándose como tema central en el abordaje de la mayoría de las planificaciones destinadas a mejorar la vida cotidiana de este numeroso grupo de ciudadanos. Con frecuencia se asocia a garantías de protección económica, de acceso a recursos socios sanitarios o culturales, de respeto a la capacidad de elección o a la intimidad pero es menos frecuente asociarlo con el afrontamiento de las situaciones de malos tratos que vulneran gravemente los derechos de estas personas.

Sin embargo, este complejo tema, oculto durante décadas, está tomando protagonismo en los últimos años, propiciado por organismos internacionales, organizaciones de personas mayores, profesionales de los servicios sanitarios y sociales y responsables de las políticas sociales de los diferentes países. Prueba de ello es el impulso que Naciones Unidas a través de la OMS viene desarrollando desde 2002, con motivo de la celebración de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. En coordinación con este organismo, la Red Internacional para la prevención del maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA), hace público el informe «Voces ausentes» que se ha convertido en referente para la puesta en marcha de procesos de investigación-acción en muchos países del mundo.

Aunque la problemática relacionada con los malos tratos hacia las personas mayores está ganando visibilidad en ámbitos nacionales e internacionales, hasta hace muy poco tiempo la investigación sobre violencia se centraba exclusivamente en el maltrato infantil y, posteriormente en la violencia contra las mujeres, dejando de lado los malos tratos a mayores, que ha sido la última tipología por la que se han preocupado los investigadores (Reay y Browne, 2002). Las razones de este proceso sin duda son múltiples, pero hay una, relacionada con el valor social de la vejez y los estereotipos que rodean a esta etapa de la vida que sin duda preside la causalidad de esta falta de interés ante situaciones claramente dramáticas. Así en el último Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (mayo 2009) en el que se formulan pre-

guntas relacionadas con la vejez, observamos con asombro, como el 36,2% de la población española identifica a las personas mayores como aquellas que «no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados», mientras que sólo un 6,2% asocia este grupo de población con «personas activas, que disfrutan de la vida». Estamos todavía ante una percepción distorsionada sobre la realidad de este grupo de población, que es identificado con la fragilidad, las carencias y, en consecuencia, la carga social. Estas representaciones sociales generan una clara infravaloración de la vejez como grupo que hace posible que nuestra sociedad pueda convivir con un grado de tolerancia excesivo ante situaciones que en cualquier otro grupo de población serían inadmisibles.

Por todo ello, el Gobierno Vasco, a través de su Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, decide afrontar este problema, asumiendo el itinerario recomendado desde los ámbitos académicos y organismos internacionales, es decir «conocer para intervenir». En consecuencia, encarga la realización de un estudio de prevalencia sobre la incidencia y características de los malos tratos en Euskadi, cuyos resultados se presentan a continuación. Además de los datos del estudio de campo realizado, en la primera parte de este informe se aporta una completa revisión teórica sobre esta área de conocimiento en el que se recogen las aportaciones realizadas hasta el momento en aspectos como: teorías y definición en torno a los malos tratos, tipologías, epidemiología, factores de riesgo e instrumentos de detección.

Por fortuna, los resultados de este estudio apuntan hacia una incidencia baja de malos tratos contra las personas mayores en el País Vasco. Sin embargo, sabemos que sólo tenemos constancia de la punta de este iceberg y que en esta ocasión, la investigación constituye un acercamiento orientativo para dar los pasos necesarios en la erradicación de estas situaciones. La conciencia social de que este fenómeno existe, junto con una amplia gama de medidas entre las que la formación a todos los niveles ocupa un lugar prioritario, serán armas indispensables para combatir un problema que, aunque oculto todavía, es necesario afrontar con urgencia.

1.2. DEFINICIÓN DE LOS MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Para la identificación y detección de malos tratos hacia cualquier tipo de población, incluyendo las personas mayores, es necesaria la presencia de una definición consensuada del término. Sin embargo, en el caso de los malos tratos hacia las personas mayores, como se ha señalado anteriormente, este intento ha venido cargado de problemas y dificultades, especialmente en aquellos casos donde los malos tratos son

sutiles, la línea entre la posible víctima y el posible responsable de los malos tratos es difusa, o cuando esos malos tratos no producen una disminución inmediata de la calidad de vida de la persona mayor (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Gordon y Brill, 2001). La ausencia de una definición consensuada provoca problemas a la hora de entender este complejo fenómeno, así como para la comparación de las diversas investigaciones realizadas en las cuales los diferentes contextos culturales juegan un importante papel.

La definición más aceptada ha sido la acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995) que indica que «el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor». En esta definición habría que incluir tres aspectos adicionales. El primero de ellos es que para ser considerado como malos tratos hacia las personas mayores tiene que haber tenido lugar a partir de que la persona mayor tenga 65 o más años. En segundo lugar, que se consideran malos tratos tanto si la acción u omisión es intencional como si no lo es y, finalmente, que puede tener lugar en diferentes ámbitos como la familia, las instituciones, la sociedad, etc. En España, en el año 1996 se celebró la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado surgiendo como resultado de la misma la Declaración de Almería, según la cual, «maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones)». Para la realización de este proyecto se ha optado por la primera definición ya que fue ratificada en la Declaración de Toronto de 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El término utilizado preferentemente en este estudio será «malos tratos» dentro del cual se incluye tanto los diferentes tipos de malos tratos (físico, psicológico, económico, sexual) como la negligencia. El término de abuso no es utilizado en este proyecto. Procede de la traducción literal inglesa (*abuse*, es decir maltrato) y por eso se ha extendido inadecuadamente. Por ello se ha optado por utilizar la clasificación internacional para los malos tratos que ha obtenido mayor consenso en el mundo científico.

Los malos tratos, por tanto, pueden tener lugar en diferentes entornos: comunitario, doméstico, cuidados de larga duración, sociedad en general, etc., aunque el ámbito en el que se producen con mayor frecuencia es el doméstico o familiar. Quizás es más correcto afirmar que es en el ámbito comunitario donde ha sido posible investigar estas situaciones. No sucede lo mismo con el mundo institucional, en el que los

impedimentos son muchísimo mayores. Aun en el caso de que no existan, el perfil de las personas que viven en ellos es más carencial y las condiciones ambientales de la investigación son poco propicias, ya que suelen estar acompañados por cuidadores que modulan su discurso fácilmente. Esperamos que en breve se pueda abordar una investigación en profundidad en ámbitos institucionales sociales y sanitarios para conocer mejor la realidad de la vida cotidiana de las personas que allí residen. No obstante sí tenemos constancia de que el umbral de tolerancia en estos centros con respecto a determinadas conductas que configuran la vida cotidiana es muy alto y debería ser objeto de revisión.

Glendening (1999) señala que los malos tratos institucionales llegarán a ser una de las formas más comunes de malos tratos hacia las personas mayores donde el ambiente, las prácticas y las normas se convertirán en abusivas en sí mismas.

1.3. TIPOS DE MALOS TRATOS

Al igual que en el caso de la definición de malos tratos, existen diferentes clasificaciones sobre su tipología.

La idea de tipologías universales es deseable, por un lado, porque en función del tipo de malos tratos que esté presente se pondrían en marcha unas determinadas estrategias de intervención u otras, y, por otro lado, si existe una clasificación bien definida de los tipos de malos tratos, se conocerán de forma exacta cuáles son los indicadores de cada tipo específico, facilitándose la tarea de la detección e identificación de los posibles casos de malos tratos (Pérez-Rojo, 2004).

También es preciso tener en cuenta que es probable que estén presentes de forma simultánea varios tipos de malos tratos. Por ejemplo, una persona mayor puede estar siendo maltratada física y psicológicamente al mismo tiempo por un familiar.

Tras la revisión de la literatura sobre diferentes tipologías existentes de malos tratos hacia las personas mayores (Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2008a), éstos podrían clasificarse de la siguiente forma:

- *Malos tratos físicos*, que consistirían en cualquier acción como golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc., llevada a cabo por otras personas que causa, como consecuencia, daño o lesión física. Los indicadores de este tipo de malos tratos podrían ser: hematomas, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido contusiones físicas o químicas de algún tipo, como marcas de cuerdas, niveles anormales de fármacos, etc, hipotermia, dolor al ser tocado.

- *Psicológicos*, que consistirían en agresión verbal, uso de amenazas, malos tratos emocionales, obligar a presenciar malos tratos infligidos a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes edadistas en forma de infantilismo, tratándolo como si fuese un niño. Los indicadores de este tipo de malos tratos serían: indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado, impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables.
- *Sexuales*, que implicarían cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos lo incluyen dentro de los malos tratos físicos, y otros, como categoría independiente. Entre los posibles indicadores de este tipo de malos tratos podemos encontrar: hematomas alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
- *Económicos*, implica robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona. Las personas que viven en instituciones podrían experimentar el robo de sus propiedades personales por parte del personal de la institución, familiares, visitas u otros residentes (Buzgová y Ivanová, 2009). Los indicadores de este tipo de malos tratos pueden ser: patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc., firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor, etc.
- *Negligencia*, consiste en un acto de omisión, fallo intencional (activa) o no intencional (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle «trato de silencio» (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc. En el ámbito residencial, podría ser el resultado del fallo o no cumplimiento por parte de un empleado o del sistema, como por ejemplo, insuficiente número de trabajadores, falta de motivación, etc. (Buzgová y Ivanová, 2009). Entre los indicadores de este tipo de malos tratos se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, aislar a la persona mayor, excluirle de sus actividades.
- *Abandono*, consiste en que la persona que ha asumido la responsabilidad del cuidado o que posee la custodia de una persona mayor abandona físicamente a

la persona mayor. Algunos lo incluyen dentro de la categoría de negligencia y otros como categoría independiente. Los indicadores de este tipo de malos tratos serían que la persona mayor fuera abandonada en un hospital o cualquier otro lugar público.

- *Violación de los derechos básicos.* Este tipo de malos tratos se relaciona a menudo con los malos tratos psicológicos. Consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa). Los indicadores podrían ser: ocultarle o abrirle el correo, que no se le permita ir a la iglesia, que no se le permita tener la puerta de su habitación abierta o cerrada.

Todos estos indicadores, de forma aislada o acompañados por otros, pueden servir únicamente como señales de alerta de la posible presencia de malos tratos, pero no para diagnosticar una situación de malos tratos. Para ello, es necesario realizar una evaluación pormenorizada no sólo a la persona mayor, sino al posible responsable de los malos tratos, así como al contexto de la situación.

Además, como se ha señalado previamente, los malos tratos pueden ser intencionales o no. Aunque en ambos casos se hablará de malos tratos, la diferencia entre una y otra situación estribará en el tipo de intervención que se realizará en función de si los malos tratos son intencionados o no lo son. Para la realización de este estudio la tipología utilizada ha sido la siguiente: malos tratos físico, sexual, psicológico, económico y negligencia.

1.4. TEORÍAS SOBRE LOS MALOS TRATOS A MAYORES

Las explicaciones sobre las causas de los malos tratos son diversas. Son varias las perspectivas que se han utilizado con este objetivo, exponiendo a continuación las más relevantes (Pérez-Rojo e Izal, 2007):

- *El modelo situacional:* es la primera teoría elaborada para explicar los malos tratos a mayores. Se asocia especialmente con el modelo explicativo del maltrato infantil y menos con otras formas de violencia. A pesar de que el apoyo teórico para el modelo situacional procede de numerosas y diversas fuentes, también han surgido varias razones que indican la existencia de un ajuste inconsistente entre este modelo y los datos empíricos disponibles, observando importantes problemas metodológicos en los estudios que se han centrado en este modelo. Por estas y otras razones, determinados autores concluyen que el modelo situacional podría ser inapropiado.

- *El modelo patológico*: esta teoría se centra en ciertas características presentes en la persona responsable de los cuidados, por ejemplo problemas psiquiátricos y abuso de drogas y alcohol (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998). La disminución de la capacidad de una persona para tolerar la frustración y para controlar su conducta, debido por ejemplo, a la dependencia del alcohol, está asociada a las acciones violentas y abusivas hacia otra persona. Los malos tratos económicos también podrían ser resultado del abuso de sustancias, ya que el posible responsable de los malos tratos podría necesitar dinero para costear ese consumo (Kosberg y Nahmiash, 1996; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998). A pesar de que esta teoría fue apoyada por un gran número de autores (por ejemplo, Johnson, 1991; Kosberg y Nahmiash, 1996; Gordon y Brill, 2001), los datos existentes hasta el momento tampoco pueden avalar plenamente esta perspectiva.
- *Teoría del intercambio social*: esta teoría está basada en el principio de que una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre al menos dos personas y todos los individuos implicados en la misma buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción, de forma que las interacciones sociales se mantienen siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y, el nivel de satisfacción con la relación sea más alto que el nivel de comparación con las alternativas (Schiamberg y Gans, 2000). Según esta teoría, las recompensas incluyen la recepción de recursos (por ejemplo, dinero, apoyo) y/o servicios, el intercambio de sentimientos positivos, etc., mientras que los castigos incluyen el intercambio de sentimientos negativos, la retirada de recursos y servicios y el intercambio de conductas de castigo. Cuando la interacción entre dos personas está equilibrada, Homans (1961) señala que la interacción social ocurre de acuerdo a la ley de justicia distributiva, «que hace referencia a las expectativas que tiene una persona sobre las recompensas que debe recibir y los costes que debe asumir en una determinada interacción social, cuya distribución debe ser percibida por éste como justa». Cuando esta ley no es cumplida surge la ira, el resentimiento y el castigo. Pero lo curioso de esta teoría es que predice que los malos tratos se producirán independientemente de la dirección en la que se produzca el desequilibrio; es decir, tanto si es la persona mayor como el si es el responsable de los malos tratos el que está en una posición «de impotencia/sin autoridad» (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Por tanto, esta teoría, puede ser utilizada fácilmente para explicar los malos tratos a mayores bajo la presunción de que las personas mayores maltratadas están más indefensas, son más dependientes y vulnerables que las personas con las que interactúa y, como consecuencia, tienen menos alternativas para continuar la interacción. Por otra parte, se ha demostrado que la dependencia del posible responsable del malos tratos sobre la posible víctima también es un factor de riesgo de malos tratos, de manera que

cuando el posible responsable de los malos tratos se siente indefenso y/o impotente y busca una compensación a la falta de control o a la pérdida de poder con los recursos disponibles, la violencia es un resultado probable. No obstante, existen dificultades para determinar o valorar los costes y los beneficios en las relaciones íntimas, en las relaciones personales y, por sí misma, no permite una explicación completa para los malos tratos contra las personas mayores (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).

- *Teoría del interaccionismo simbólico*: ésta es otra posible explicación teórica desarrollada para explicar los malos tratos a mayores. Utilizando este punto de vista desarrollado por McCall y Simmons (1966), el interaccionismo simbólico está incluido dentro de la presunción de que la interacción social es un proceso entre al menos dos individuos que: (1) ocurre a lo largo del tiempo; (2) consiste en fases identificables recurrentes, interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible; y (3) requiere negociación y renegociación constante para establecer un «consenso» sobre el significado simbólico del encuentro. Desde esta perspectiva, por tanto, no se trata de responder a unas recompensas o a unos castigos, como en la teoría del intercambio social, sino que en esta teoría, los actores sociales tienen unas metas que asumen como válidas, al tiempo que atribuyen una serie de motivaciones a los demás en su actuación o en su comportamiento y pueden corresponderse o no con lo que los demás asumen. Las fases de la interacción social incluyen el proceso cognitivo, la improvisación, la atribución y la consolidación de roles, la reciprocidad y la compatibilidad y, cuando se produce un desfase en alguna de ellas surge la posibilidad de conflicto y la finalización de la interacción. En tal contexto, los malos tratos a mayores puede ser conceptualizado como una representación inadecuada o inapropiada del rol. Los malos tratos por ejemplo, se podría producir debido a los cambios en las definiciones del rol en los grupos sociales donde la persona mayor interactúa, convirtiéndose muchas veces los hijos en padres y los padres en hijos. Esta teoría tiene al igual que en los casos anteriores, ventajas y desventajas en su utilización como explicación para los malos tratos a personas mayores.
- *Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento*. Estas teorías hacen hincapié en el impacto de la sociedad sobre la vida de las personas mayores, marginados dentro de la sociedad, dentro del entorno familiar y fuera de él. Desde este modelo se señala que muchos de los problemas que tienen las personas mayores no son consecuencia de procesos biológicos o naturales del propio proceso de envejecimiento, sino que reflejan las desigualdades sociales que limitan los roles y los recursos de las personas mayores. Varios autores consideran la construcción social de la pobreza y del estatus dependiente en la vejez, así como el menor valor de las personas mayo-

res en nuestra sociedad como resultado, aunque no exclusivamente, de las diversas políticas sociales. En esta teoría se hace referencia al término «dependencia estructurada» que sugiere que los servicios sanitarios y sociales y las instituciones que gestionan las vidas de las personas mayores (por ejemplo, la obligación de la jubilación a una edad determinada, cobrar una pensión en lugar de un salario, la institucionalización y la restricción de los roles al ámbito doméstico) contribuyen a reforzar la dependencia y marginalización de las personas mayores. Desde esta perspectiva, los malos tratos surgirían debido a la marginación de las personas mayores por la sociedad (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

- *Teoría feminista*: explica los malos tratos en función del desequilibrio de poder dentro de las relaciones entre diferentes sexos (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Ha sido una teoría con poco eco en los ámbitos gerontológicos, precisamente por el convencimiento que existe entre los gerontólogos de que estamos ante una problemática diferente a la de violencia contra las mujeres.
- *Demandas excesivas*: la teoría de las demandas excesivas o de la «persona cuidadora agotada» propone que el estrés al proporcionar cuidado a una persona mayor aumenta el riesgo de que la persona que proporciona cuidados se comporte de forma abusiva (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Aunque algunos críticos afirman que esta teoría quita responsabilidad al posible responsable de los malos tratos (Pillemer y Finkelhor, 1989), otros afirman que el exceso de estrés que ocurre entre las personas que cuidan de personas mayores y, por tanto, los esfuerzos para la prevención deben centrarse en aliviar este estrés para beneficiar a la posible víctima. Esta teoría ha llegado a ser bastante popular entre los profesionales de la salud mental y la población en general, posiblemente porque conduce en sí misma fácilmente a estrategias de intervención. No es fortuito que muchos servicios (por ejemplo, ayuda a domicilio, «comida sobre ruedas») apoyados por varias agencias con fondos gubernamentales sean dirigidas para disminuir la carga debida al cuidado de una persona mayor.
- *Transmisión intergeneracional de la violencia*: otra hipótesis señalaba la importancia de la «violencia aprendida» y la transmisión intergeneracional de violencia dentro de las familias (Ansello, 1996; Quinn y Tomita, 1997; Gordon y Brill, 2001). Esta teoría hipotetiza que el comportamiento violento es un método aprendido como medio para expresar la ira y la frustración (Wolf y Pillemer, 1989). Algunas situaciones de malos tratos podrían ser situaciones de violencia conyugal donde los individuos se han hecho mayores juntos y donde el comienzo de la edad avanzada y el incremento asociado de los contactos con los sistemas del cuidado de la salud y los servicios sociales podrían tener como resultado que la violencia salga a la luz por primera vez. También se ha teorizado que

algunas situaciones de malos tratos, eran una consecuencia de violencia inversa, es decir, situaciones donde el posible responsable de los malos tratos actuales fue, en el pasado, la posible víctima de maltrato infantil o conyugal a manos de la persona mayor que está siendo maltratada (Ansello, 1996) o donde la violencia ha llegado a ser aceptada como norma dentro de la historia de esa relación (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Se ha hipotetizado que los individuos que son maltratados cuando son niños llegan a formar parte de un ciclo de violencia, desarrollando el mismo patrón de comportamiento a través de la observación directa (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). El cambio de poder que acompaña al proceso de envejecimiento, donde los hijos adultos se convierten en cuidadores de sus padres mayores, proporciona a la persona que en el pasado fue maltratada, la oportunidad para llevar a cabo la venganza ya sea a través de los malos tratos o la negligencia hacia sus padres (Gordon y Brill, 2001). En estas circunstancias se sugiere que la persona que comete los malos tratos está utilizando la violencia como una estrategia aprendida para afrontar conflictos o, como se ha sugerido anteriormente, para vengarse de malos tratos ocurridos en el pasado. Aunque hay algunos datos que apoyan esta teoría teniendo en cuenta la violencia de género y el maltrato infantil, todavía no hay datos convincentes que apoyen la extensión de esta teoría a los malos tratos hacia personas mayores (Biggs, Phillipson y Kingston, 1995).

- *Modelo ecológico*: dada la complejidad de esta área de conocimiento y ante la constatación de que diversos factores de riesgo relevantes estén relacionados con las personas que cuidan y son cuidadas, con el ambiente o el contexto social/cultural y con la interacción entre las personas y el contexto, un enfoque ecológico podría ser el mejor para dirigirse a los requisitos necesarios explicativos de los malos tratos a mayores. En definitiva, este modelo proporciona una interpretación de las relaciones intergeneracionales entre hijos adultos y padres mayores a lo largo del curso de la vida como base para el desarrollo de programas de prevención e intervención, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias en una sociedad envejecida (Schiamberg y Gans, 2000).

Este modelo se deriva de dos marcos conceptuales más amplios: la perspectiva ecológica humana, en particular del modelo de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1995) y la perspectiva del curso de la vida (Schiamberg y Gans, 2000). En él, se modificó el modelo original de Bronfenbrenner para incorporar una perspectiva bi-focal, centrándose de forma simultánea en las figuras de los padres mayores y los hijos adultos (el modelo original sólo se centraba en una persona). El desarrollo ontogénico es también analizado en ambos (por ejemplo, género,

estado civil, etc.). La relación entre las personas se examina dentro de los múltiples contextos donde tienen lugar las relaciones (biológico, físico/ecológico, interpersonal, sociocultural, político, económico e histórico) y, además, se analiza el cambio de las interacciones e interrelaciones entre ambos a lo largo del tiempo. Por tanto, la violencia, según este modelo, surge como resultado de factores individuales, interpersonales y sociales. Su ventaja es que permite que el análisis de los malos tratos a personas mayores se asocie a cuestiones sociales más amplias.

La perspectiva ecológica no sólo capacita a los profesionales a tratar con la complejidad del problema, sino que también proporciona un marco para entender la interrelación y la interdependencia entre los diferentes factores de riesgo. La organización de los factores de riesgo dentro del acuerdo de ambientes (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1995) enfatiza la influencia de estos factores unos con otros y, por tanto, capacita a los investigadores a entender mejor la dinámica de los malos tratos dentro del contexto del cuidado familiar.

Como se puede observar, algunas teorías son de carácter intraindividual y contemplarían las causas de la violencia basada en las características de las personas o en los efectos, por ejemplo, del abuso del alcohol u otras drogas y de la psicopatología. Otras teorías son socio-psicológicas y se fijan en la interacción de la persona y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta, como la teoría del aprendizaje social, donde se entiende que aquellos niños que han aprendido a ejercer la violencia cuando sean mayores serán potenciales responsables de malos tratos (aunque se ha encontrado que no todos los niños que han sufrido violencia en su infancia, de adultos son posibles responsables de malos tratos, sí se ha comprobado que entre los que ejercen violencia predominan los que fueron maltratados de niños). Las teorías socio-culturales, por su parte, enfatizan la importancia de las estructuras sociales y las organizaciones institucionales en el desarrollo de la violencia, como por ejemplo todas las teorías que se derivan de la economía política del envejecimiento. Por tanto, autores como Ansello (1996) concluyen que no parece que haya una sola explicación para cualquier forma de violencia doméstica, incluido los malos tratos a mayores, y que diferentes teorías explican distintos aspectos de un problema complejo. La investigación sugiere que las explicaciones teóricas deben dirigirse no sólo a las características individuales de las posibles víctimas mayores y sus posibles responsables de malos tratos, sino también al contexto general dentro del que ocurren estas situaciones (Schiamberg y Gans, 2000; Kosberg y Nahmiash, 1996), cuestiones señaladas en el modelo ecológico.

En definitiva, y una vez descritas las más importantes teorías explicativas de los malos tratos contra personas mayores, sólo podemos concluir que estamos ante un problema de enorme complejidad, del que todavía se ha generado poco conocimien-

to. El enfoque multidimensional que ha de presidir cualquier análisis de la violencia humana es indispensable también en este ámbito de investigación sobre las personas mayores.

1.5. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS MAYORES

A pesar de que se han realizado diferentes estudios sobre la estimación de la incidencia de malos tratos hacia las personas mayores, especialmente en el ámbito internacional, los cuales se describirán detalladamente a continuación, sus resultados se pueden utilizar únicamente como datos orientativos, pero no como estimación precisa sobre su prevalencia. La necesidad, por tanto, de llevar a cabo un estudio adecuado y riguroso cuyo objetivo es conocer la estimación de la presencia de malos tratos contra personas mayores resulta de vital importancia. Debido a la enorme cantidad de casos no informados y/o detectados, también se hace necesario conocer, en primera instancia, la prevalencia de sospecha de malos tratos hacia las personas mayores. En cualquier caso, el consenso sobre la necesidad de contar con información tanto cuantitativa como cualitativa sobre la situación de los malos tratos hacia las personas mayores es indiscutible. Como bien señala Lowenstein et al. (2009), esta información servirá para el desarrollo de políticas, directrices y estándares que sirvan para detectar e intervenir en estas situaciones, así como, en última instancia, contribuir a su prevención.

No obstante, a pesar de que los malos tratos hacia las personas mayores deben ser considerados, y así lo es, como un problema social, existen pocos estudios sistemáticos basados en muestras representativas nacionales. Los primeros estudios, los cuales eran exploratorios, presentan múltiples problemas metodológicos, por lo que la capacidad para generalizar estos resultados es limitada (Lowenstein, et al., 2009). Los estudios realizados a partir de los años 80, aunque de una calidad metodológica mayor, en términos de muestras e instrumentos, sin embargo, muestran una falta de acuerdo universal en algunos criterios, como, por ejemplo, los tipos de malos tratos a incluir en los estudios. Aunque la mayoría incluyen malos tratos físicos, verbales, psicológicos, explotación económica y negligencia, en algunos se incluyen categorías distintas, por ejemplo, la categoría malos tratos sociales (Yan y Tang, 2001). Además, muchas investigaciones muestran una serie de puntos débiles como: definiciones poco claras e inconsistentes, confusión entre diferentes tipos de malos tratos (infantil, hacia la pareja y hacia las personas mayores), medidas inadecuadas sin una fundamentación conceptual clara, falta de datos basados en población, falta de procedimientos de muestreo claros (como método de muestreo, tamaño de la muestra, edad

de la muestra, muestra urbana o rural, o nacional, etc.), lo cual limita la representatividad y posible generalización de los resultados, la utilización de diferentes métodos para la recogida de información (por ejemplo, desde entrevistas telefónicas o cuestionarios enviados por correo, a entrevistas personales), y diferencias respecto a quién recoge la información (profesionales con formación o no en malos tratos, empresas de estudios de mercado, etc.), instrumentos utilizados para evaluar los malos tratos, por ejemplo, en muchos estudios se utiliza la Conflict Tactics Scale (CTS2, Strauss et al., 1996), o el instrumento elaborado por un grupo de trabajo Canadiense para los malos tratos hacia las personas mayores (Canadian Task Force), o por la Asociación Médica Americana (American Medical Association) (Lowenstein, et al., 2009). Estos problemas metodológicos y conceptuales dificultan la comparación de los resultados obtenidos en los diferentes estudios realizados. Es decir, existen problemas tanto metodológicos como conceptuales, aunque está claro que estos estudios sí sirven para demostrar que los malos tratos hacia las personas mayores existen. Otra de las dificultades o cuestiones que dificultan el poder conocer la realidad de este fenómeno es cómo se utiliza la información obtenida en estos estudios. La mayoría de ellos se basan en una única fuente para confirmar un caso de malos tratos, cuando en realidad con una sola fuente sólo se puede llegar a sospechar de malos tratos pero nunca a confirmar. Para confirmar un caso es necesaria la evaluación pormenorizada y multidisciplinar no sólo de la persona mayor, sino también del posible responsable de los malos tratos así como del contexto de la situación.

Con el objeto de identificar las cifras de prevalencia de malos tratos se han llevado a cabo diferentes estudios en distintos países.

Según las investigaciones realizadas, es en el ámbito doméstico donde se producen los malos tratos hacia las personas mayores con mayor frecuencia (Oh et al., 2006). Se han realizado diferentes estudios de prevalencia, cuyos resultados muestran tasas tan dispares que abarcan entre un uno y un 52,6% de personas mayores que habrían sufrido malos tratos. Es evidente que estas cifras son un claro indicador de la fragilidad de la mayoría de las investigaciones realizadas, así como de la prudencia con que deben ser utilizados sus resultados. Por otra parte, la misma afirmación de que la incidencia es mayor en el ámbito doméstico, no puede ocultar en ningún caso, las dificultades, en muchas ocasiones insalvables, que presenta la investigación sobre los malos tratos en ámbitos institucionales, sociales o sanitarios. De hecho son muy escasas y en algún país, como el nuestro, inexistentes, las investigaciones disponibles sobre este tema en residencias u hospitales, por lo que parece cuando menos arriesgado, afirmar con total certeza que la incidencia es mayor en el único ámbito en el que se ha investigado. Lo que sí parece claro, es que la incidencia de los malos tratos y de conductas inadecuadas en ámbitos institucionales está directamente relacionada con el grado de desarrollo del modelo de servicios para las personas mayores vigente en

los diferentes países. A mayor desarrollo y bienestar de este colectivo, menor incidencia de malos tratos.

A continuación se presentan los estudios de prevalencia más relevantes en el ámbito doméstico por orden cronológico.

1.5.1. ESTUDIOS INTERNACIONALES

Los primeros estudios sobre malos tratos a mayores se realizaron en Estados Unidos. En 1979, Lau y Kosberg realizaron un estudio exploratorio con 404 personas mayores residentes en la comunidad. Encontraron que un 9,6% de la muestra mostraba síntomas de malos tratos (físico, psicológico o económico), siendo los malos tratos físicos el tipo que se producía con mayor frecuencia, seguido del psicológico (Block y Sinnott, 1979). Además concluían que los malos tratos hacia las personas mayores raramente estaban limitados a un único tipo. También encontraron que eran las mujeres las que con mayor frecuencia eran víctimas de malos tratos (77%) y que los responsables de los malos tratos eran con mayor frecuencia las hijas (30%), seguidas de los hijos o nietas (14%), mientras que la menos incidencia se producía en el cónyuge o los hermanos, especialmente hermanas (12%).

En ese mismo año, Block y Sinnott realizaron otro estudio y hallaron que un 4% de 73 personas mayores que entrevistaron eran maltratadas física, psicológica o económicamente, encontrando una mayor frecuencia de mujeres víctimas y responsables de los malos tratos en comparación con los hombres. Como en el estudio anterior, frecuentemente estaban presentes varios tipos de malos tratos de forma simultánea. Encontraron que los malos tratos psicológicos eran más frecuentes que los físicos.

En 1983 Gioglio y Blakemore entrevistaron a una muestra de personas mayores de 65 años que vivían en la comunidad seleccionadas al azar en New Jersey. De las 342 personas que fueron entrevistadas el 1% admitieron sufrir algún tipo de malos tratos. Los malos tratos económicos fueron la modalidad más frecuente de las encontradas.

Ya en 1989, Pillemer y Finkelhor identificaron la necesidad de llevar a cabo un estudio a gran escala con una muestra aleatoria para comprobar la prevalencia y naturaleza de los malos tratos hacia personas mayores. En el estudio participaron 2.020 personas mayores no institucionalizadas, que vivían en el área metropolitana de Boston. Se realizaron entrevistas telefónicas y personales con las personas mayores y sus allegados. Las tipologías de malos tratos investigadas fueron:

- *Malos tratos físicos*: al menos un acto de violencia física contra una persona mayor.
- *Malos tratos psicológicos*: insultos o amenazas al menos en 10 ocasiones o más durante el año anterior.
- *Negligencia*: privación de ayuda necesaria para realizar actividades de la vida diaria en 10 o más ocasiones durante el último año.

Se encontró que un 3,2% de las personas mayores habían sufrido algún tipo de malos tratos. El 2% experimentó malos tratos físicos; el 1,1% malos tratos psicológicos, definido en este estudio como agresión verbal, y el 0,4% negligencia. El 52% de las personas mayores maltratadas eran hombres. Además, en este estudio, los responsables de los malos tratos fueron principalmente los cónyuges (58%) seguidos de los hijos (24%). La baja tasa de casos de negligencia y malos tratos psicológicos podría ser debida a las definiciones utilizadas. Es decir, mientras que para considerar la presencia de malos tratos físicos bastaba con que ocurriera una sola vez, en el caso de la negligencia o malos tratos psicológicos era necesario que se produjera al menos en 10 ocasiones.

También en este año, en una encuesta telefónica realizada en Suecia y Dinamarca por Tornstam (1989, citado en Kivela et al., 1992), el 17% de los participantes señalaban que conocían a una persona mayor que había sido maltratada.

En la década de los 90 se llevaron a cabo diferentes estudios sobre la prevalencia de malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito comunitario. Por ejemplo, Homer y Gilleard (1990) entrevistaron a 51 cuidadores de personas mayores, admitidas en una unidad geriátrica con el fin de dar «respiro» a sus cuidadores. Estos fueron entrevistados en su domicilio, evaluándose la posible presencia de malos tratos físicos, psicológicos (definido aquí como malos tratos verbales), y negligencia. Se utilizaron las mismas definiciones que en el estudio de Pillemer y Finkelhor (1989). Encontraron que un 45% admitieron alguna forma de malos tratos hacia las personas mayores. De ellos, un 27% admitió un tipo, el 14% dos tipos y el 3% tres tipos.

Podnieks (1992) realiza un estudio con el objetivo de identificar, por primera vez a nivel nacional en Canadá, la prevalencia y las circunstancias de los malos tratos hacia las personas mayores. Se entrevistó telefónicamente a 2.008 personas mayores, elegidas al azar, que vivían en la comunidad. En este estudio se analizaron cuatro tipos de malos tratos: económico, psicológico, físico y negligencia. Se encontró que un 4% de las personas mayores entrevistadas sufrían uno o más tipos de malos tratos, por parte de su pareja, un familiar u otras personas significativas. La tipología más frecuentemente experimentada por las personas mayores fueron los malos tratos económicos (2,5%), consistente con otros estudios (Glioglio y Blackmore, 1983), segui-

da de los malos tratos psicológicos (1,4%), físicos (0,5%) y negligencia (0,4%). Estos resultados pueden estar influidos, una vez más, por las definiciones para cada tipo de malos tratos. Para considerar la presencia de un caso de malos tratos físicos o económicos en este estudio era suficiente con que hubiera ocurrido una vez desde que se cumplieron los 65 años, mientras que para considerar la presencia de un caso de negligencia o malos tratos psicológicos era necesario que hubiera ocurrido entre dos y 10 veces, en el caso de la negligencia, y 10 veces o más, en el caso de los malos tratos psicológicos, durante el último año.

También en 1992, Kivelä, et al., realizaron un estudio en una ciudad semiindustrializada de Finlandia con el objetivo de conocer la prevalencia de los malos tratos físicos, psicológicos, negligencia, económicos y sexuales en personas mayores de 65. Las personas con demencia moderada o grave fueron excluidas de la muestra porque no podían contestar al cuestionario. En el estudio participaron 1.225 personas mayores de 65 años (480 hombres y 745 mujeres), que vivían en la comunidad, y los datos fueron recogidos a través de cuestionarios enviados por correo, evaluaciones clínicas y entrevistas personales. Los cuestionarios incluían preguntas sobre el estado socioeconómico, salud, depresión y otros síntomas, capacidades funcionales, participación social, hobbies, satisfacción con la vida, sentimientos de respeto, soledad, conductas de salud, presencia de problemas y de confidentes. Los cuestionarios fueron enviados por correo a las personas dos semanas antes de ser entrevistados y examinados por un médico de atención primaria y una enfermera. Las entrevistas y los exámenes clínicos se llevaron a cabo en un centro de salud, en la casa de la persona mayor o en la institución en la que vivía. Aquellas cuestiones no contestadas en el cuestionario eran completadas al principio de la entrevista. El 16% de los hombres y el 18% de las mujeres declararon conocer alguna persona que había sufrido malos tratos tras la jubilación. El 3,3% de los hombres y el 8,8% de las mujeres declararon haber experimentado malos tratos tras la edad de jubilación. La tasa total fue del 6,7%. La prevalencia de malos tratos a partir de la jubilación, excluyendo a extraños y en instituciones fue del 2,5% en hombres y del 7% en mujeres, siendo un 5,4% para ambos sexos. La tasa de mujeres maltratadas fue más alta que la de hombres, tanto en la muestra total como en el grupo de edad de 65-74 años, pero no había diferencias de sexo entre las personas de 75-84 años y 85 años y más. Aproximadamente un tercio de los hombres maltratados habían sufrido recientemente malos tratos por parte de un amigo y un cuarto había sido maltratado por su mujer o una persona desconocida. Los hijos y otros familiares eran los responsables de los malos tratos con menor frecuencia. La violencia psicológica fue el tipo más común de malos tratos en ambos sexos.

Ogg y Bennett (1992) exploraron en el Reino Unido la prevalencia de los malos tratos económicos, físicos y psicológicos. Para ello entrevistaron personalmente, a 2.130 personas mayores que vivían en la comunidad y encontraron que el 5% de ellas

habían experimentado algún tipo de malos tratos psicológicos por parte de un familiar cercano o un pariente en un pasado reciente; el 2% había sido maltratado físicamente; y el 2% había sufrido malos tratos económicos.

En 1993, Bennet y Kingston realizaron otro estudio de prevalencia en Gran Bretaña, obteniendo un 5,4% para malos tratos psicológicos, definido en este estudio como malos tratos verbales, 1,5% para malos tratos físicos y 1,5% para malos tratos económicos.

Otro estudio realizado en Canadá por Pittaway y Westhues (1993) en el que se entrevistó a 385 personas mayores de 55 años o más, que acudían a agencias de servicios sociales y sanitarios, encontró tasas de prevalencia del 14,3% para malos tratos físicos, 14% para el psicológico (definido en este estudio como malos tratos verbales), 20% para malos tratos económicos y 14% para negligencia. Los malos tratos eran más frecuentes en mujeres.

En Dinamarca, Finlandia y Suecia, Hydle (1993) informó de entre un 1-8% de prevalencia de malos tratos por parte de familiares cercanos. En Alemania, Hirsch y Brendebach (1999) informaron de un 10% de casos de malos tratos en un estudio donde se estudiaba la prevalencia en un intervalo de cinco años a través de un cuestionario que se enviaba por correo a una muestra de personas mayores en Bonn, siendo los más frecuentes los malos tratos psicológicos y económicos (Citado en Hydle, 1993).

En Grecia, un estudio en el que se entrevistó a 506 personas mayores que vivían en la comunidad, mostró que el 15,5% de las personas encuestadas informaban haber experimentado al menos un tipo de malos tratos durante el último año, siendo los malos tratos psicológicos los informados con mayor frecuencia (Pitsiou-Darrough y Spinellis, 1995). Las mujeres eran maltratadas con más frecuencia que los hombres. El responsable de los malos tratos era con mayor frecuencia un pariente de la persona mayor, sobre todo cónyuges o hijos.

Un estudio realizado en Irlanda del Norte (Compton et al., 1997) se llevó a cabo para conocer la prevalencia de malos tratos físicos, psicológicos y negligencia hacia personas mayores con demencia que vivían en la comunidad. Estas categorías se definieron de igual manera que en el estudio de Pillemer y Finkelhor (1989). Se entrevistó a 38 cuidadores (8 hombres y 30 mujeres) preguntándoles sobre su ocupación, el grado de dependencia económica sobre la persona mayor, los apoyos disponibles, el uso de alcohol, la salud general y el grado de vínculo emocional con la persona cuidada. Se observó malos tratos en un 37% de la muestra, siendo los malos tratos psicológicos-verbales los más frecuentemente señalados (34%), seguido del físico (10,5%). No se encontró ningún caso de negligencia. El hecho de no encontrar nin-

gún caso de negligencia puede ser debido a la definición utilizada (Pillemer y Finkelhor, 1989), es decir, que para estimar la presencia de negligencia, era necesario que hubiera tenido lugar al menos 10 veces. En el 8% de los casos estaba presente de forma simultánea los malos tratos físicos y psicológicos-verbales. El 13% de los cuidadores informaban de malos tratos físicos por parte de la persona cuidada y el 34,2% de malos tratos verbales-psicológicos.

Un estudio realizado en Australia, reveló tasas de prevalencia de malos tratos del 1,2% (Kurrle et al., 1997). El estudio se realizó sobre una muestra de 5.246 personas mayores residentes en la comunidad que habían sido derivadas a los equipos de evaluación de atención a la persona mayor. El tipo más frecuente de malos tratos fue el psicológico, seguido del físico, económico y negligencia, siendo frecuente la presencia simultánea de varios tipos. Las mujeres eran maltratadas con mayor frecuencia que los hombres. El 57% de los responsables de malos tratos eran hombres, el 38% cónyuges y el 43% hijos. La tasa de prevalencia es inferior a la encontrada en un estudio anterior realizado por los mismos autores (4,6%) (Kurrle y Sandler, 1992). La diferencia podría deberse a las distintas definiciones de malos tratos aplicadas en cada estudio, así como a la distinta carga de trabajo de los equipos de profesionales que participaron.

En 1997, Lachs et al., analizaron la tasa de prevalencia de malos tratos (físico y psicológico), malos tratos económicos y negligencia en una muestra de 2.812 personas mayores que vivían en la comunidad. Encontraron que un 1,6% de los casos habían experimentado algún tipo de malos tratos. La tipología mas común en este estudio fue la negligencia (64%), seguida de los malos tratos (físicos o psicológicos) (19%) y los malos tratos económicos (17%). Los responsables más frecuentes fueron los hijos (45%), seguidos de los cónyuges (26%).

En otro estudio se entrevistó en Ámsterdam (Holanda) personalmente a 1.797 personas mayores independientes, que vivían en sus domicilios, de edades entre 65-84 años con el objetivo de conocer la prevalencia de malos tratos psicológicos, definido como agresión verbal crónica, malos tratos físicos, malos tratos económicos y negligencia (Comijs et al., 1998). Se encontró que la prevalencia de malos tratos hacia las personas mayores era del 5,6%. La prevalencia de los diferentes tipos de malos tratos fue: 3,2% psicológico; 1,4% malos tratos económicos; 1,2% físico y 0,2% negligencia. Las tasas de prevalencia de este estudio son algo más altas que las encontradas en otros, debido a que se incluyeron como posibles responsables de los malos tratos a todos los parientes, amigos o conocidos, mientras en otros estudios la categoría de responsable de los malos tratos estaba limitada a la pareja, parientes u otras personas que convivían con la persona mayor.

Con el objeto de obtener datos válidos de incidencia, se realizó un estudio en Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998). Se evaluó la presencia de

malos tratos físicos, psicológicos, económicos, negligencia y abandono a personas de 60 o más años, en un año. Se consideró que los malos tratos físicos implicaban el uso de la fuerza física que podría dar como resultado lesiones corporales, dolor físico o deterioro. Los malos tratos sexuales implicarían cualquier contacto sexual no consensuado con la persona mayor. Los malos tratos psicológicos incluirían causar angustia, dolor emocional o malestar. La negligencia consistiría en el rechazo o fallo del cumplimiento de cualquiera de las obligaciones o deberes hacia una persona mayor. El abandono de una persona mayor por parte de un individuo que ha asumido la responsabilidad de proporcionar cuidados o que tenga la custodia de la persona mayor sería otro tipo de malos tratos. Y por último, los malos tratos económicos implicarían el uso ilegal o inadecuado de los fondos o propiedades de la persona mayor. Se encontró una incidencia de malos tratos de 2,36%. El tipo de malos tratos más frecuente fue la negligencia (48,7%), seguida de los malos tratos psicológicos (35,4%), económicos (30,2%), físicos (25,6%), abandono (3,6%) y sexuales (0,3%). Las víctimas de malos tratos eran con mayor frecuencia mujeres y los responsables de los malos tratos eran con mayor frecuencia hombres en todos los tipos de malos tratos, a excepción de los casos de negligencia donde las mujeres eran con mayor frecuencia las responsables. Además, en un 47% de los casos los hijos eran los responsables de los malos tratos.

Así mismo, Vida et al., se plantean en el 2002 determinar la prevalencia y los correlatos de cuatro tipos de malos tratos (físico, económico, negligencia y psicológico) en 126 personas mayores, derivados a un servicio de psiquiatría geriátrica en Montreal. Realizan un estudio transversal retrospectivo. Se evaluaron variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil y el tipo de convivencia. También se evaluó la presencia de deterioro cognitivo, Se sospechó o confirmó al menos un tipo de malos tratos en un 16% de los casos, siendo el tipo más frecuente encontrado el económico (13%), seguido de la negligencia (6%), los malos tratos psicológicos (4%) y físicos (2%).

Yan y Tang (2004) realizaron un estudio para estimar la prevalencia y los factores de riesgo de los malos tratos físicos, psicológicos y violación de los derechos, hacia las personas mayores entre familias de Hong Kong. En el estudio participaron 276 personas mayores que vivían en la comunidad. Se estimó que un 27,5% de los participantes habían experimentado al menos un tipo de malos tratos. El psicológico fue el más prevalente (26,8%), seguido de la violación de los derechos personales (5,1%) y del físico (2,5%).

Oh et al. (2006) realizaron un estudio en Corea sobre una muestra de 15.230 personas mayores que vivían en la comunidad, a las que se entrevistó en sus domicilios. Se encontró una prevalencia del 6,3% para la muestra analizada, siendo los malos

tratos psicológicos el tipo más frecuente, seguido de los malos tratos económicos, negligencia y físicos. Los hijos e hijas, seguidos de las nueras, fueron los responsables de malos tratos con mayor frecuencia.

Otro estudio (Cooney et al., 2006) se llevó a cabo en Irlanda, con el objetivo de conocer la prevalencia del malos tratos (físico, psicológico y negligencia), hacia personas mayores con demencia por parte de sus cuidadores. En el estudio participaron 82 cuidadores y se encontró que algo más de la mitad de los participantes (52%) admitieron haber cometido, al menos, uno de los tres tipos de malos tratos. Los malos tratos psicológicos fueron la forma más común (51%), seguida del físico (20%) y de la negligencia (4%).

En el Reino Unido se ha realizado un estudio de prevalencia (O'Keeffe et al., 2007) que consideraba la presencia de malos tratos psicológicos o negligencia si, durante el último año, habían tenido lugar 10 ó más incidentes de ese tipo, mientras que para el resto de tipos de malos tratos, se consideraba su presencia si la persona mayor lo había experimentado al menos en una ocasión. Se realizaron entrevistas individuales con 2.111 personas de 66 años o más (57% mujeres y 43% hombres), seleccionadas aleatoriamente, residentes en la comunidad, en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Se encontró una prevalencia de malos tratos del 2,6% por parte de familiares, amigos o cuidadores formales durante el año anterior. Si se incluyen los malos tratos infligidos por vecinos y conocidos, la prevalencia global asciende al 4%. El tipo de malos tratos informado con mayor frecuencia es la negligencia (1,1%), seguido de los malos tratos económicos (0,7%). La prevalencia de malos tratos psicológico y físico fue similar (ambos un 0,4%), y los malos tratos sexuales fue el tipo menos informado (0,2%). El 6% de las personas mayores maltratadas habían experimentado durante el año anterior dos tipos de malos tratos simultáneamente. Las mujeres experimentaron más casos de malos tratos que los hombres. Los malos tratos variaron significativamente en función del estado civil, estando presente en un 9,4% de los casos en separados o divorciados, 2,6% solteros, 2,4% casados o que conviven con una pareja y un 1,4% en viudos y se incrementó cuando había un mal estado de salud, depresión, mala calidad de vida y soledad. Los responsables de malos tratos fueron, con mayor frecuencia el cónyuge o pareja (51%), otro familiar (49%), un cuidador formal (13%) y amigo cercano (5%).

Otro estudio llevado a cabo en Israel tenía como objetivo conocer la prevalencia de los malos tratos físicos, psicológicos, sexuales, económicos y negligencia hacia personas mayores hospitalizadas. En el estudio participaron 730 personas mayores residentes en la comunidad y se encontró una prevalencia de malos tratos en el último año del 5,9%. Las entrevistas fueron realizadas personalmente y el tipo de malos

tratos más frecuente fue la negligencia, seguido de los malos tratos psicológicos y económicos (Cohen et al., 2007).

En el estudio realizado por Yaffé et al. (2008) se aplicó el Índice de Sospecha de Malos tratos hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) a 953 personas de 65 años o más sin deterioro cognitivo y que vivían en la comunidad y de éstas, 663 participaron en la segunda fase donde se aplicaba el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS). Se encontró un 11,9% de personas mayores con sospecha de malos tratos. El tipo de sospecha de malos tratos más frecuente fue el psicológico. La sospecha de malos tratos era más frecuente en mujeres.

En 2009, Lowenstein et al. realizan el primer estudio nacional de prevalencia en Israel. En el estudio participaron 1.045 personas mayores de 65 y más años, siendo el 62% de la muestra mujeres. Se realizaron entrevistas personales en el domicilio de las personas mayores y fueron llevadas a cabo por estudiantes entrenados específicamente para ello. Evaluaron variables sociodemográficas como el sexo, la nacionalidad, la edad, el nivel educativo, los ingresos, el estado civil y el tipo de convivencia. La dependencia en actividades de la vida diaria (AVDs), el estado de salud en general y el estado de salud mental, la disponibilidad de apoyo social formal e informal y la utilización de recursos comunitarios también fueron evaluados. Para la evaluación de los diferentes tipos de malos tratos ocurridos durante el último año se utilizaron diferentes instrumentos, por ejemplo, para la evaluación de los malos tratos físicos, sexuales y psicológicos o verbales y la restricción de libertad se utilizó la Conflict Tactics Scale (CTS2, Strauss et al., 1996), para la evaluación de la explotación económica se utilizaron nueve preguntas y para la evaluación de la negligencia se evaluó la discrepancia entre necesitar ayuda para cinco AVDs y no recibirla. Los resultados encontrados señalan que excluyendo la negligencia, un 18,4% de la muestra había experimentado uno de los diferentes tipos de malos tratos, siendo el más frecuente los malos tratos verbales (14,2%) seguido de la explotación económica (6,4%), mientras los malos tratos físicos y sexuales presentaban una prevalencia mucho menor (2%) y el 2,7% experimentó restricción de la libertad como por ejemplo, que les dejaran encerrados en casa o les negaran poder utilizar el teléfono. La negligencia tanto en el cumplimiento con las necesidades básicas como instrumentales de la vida diaria, fue el tipo más prevalente con una presencia cercana al 26%. Teniendo en cuenta sólo la negligencia para el cumplimiento con las necesidades básicas la cifra asciende al 18%. Las mujeres árabes estaban más expuestas a experimentar malos tratos verbales, limitación de la libertad, explotación económica y negligencia. Esto podría ser debido al papel que la mujer árabe tiene asignado en su sociedad. Las mujeres, tanto judías como árabes, eran con mayor probabilidad objeto de violencia física y sexual. La mayoría de los responsables de los malos tratos físicos, sexuales y limitación de la libertad eran el cónyuge o la pareja, mientras que en la explotación económica

la mayoría de los responsables eran hijos adultos. Sólo un porcentaje muy pequeño de responsables eran cuidadores formales.

1.5.2. ESTUDIOS NACIONALES

En el año 2001 la profesora Teresa Bazo llevó a cabo el primer estudio sobre malos tratos hacia las personas mayores realizado en España con el objetivo de conocer su prevalencia en personas mayores que recibían servicios de ayuda a domicilio. En el estudio participaron auxiliares domiciliarias del País Vasco, Andalucía y Canarias a las que se administró un cuestionario. Se encontró una prevalencia de 4,7% (n = 111), siendo las mujeres las víctimas más frecuentes de este tipo de violencia. Los hijos/as aparecen como los responsables de malos tratos más frecuentes. El tipo de malos tratos más frecuentemente encontrado en esta investigación fue la negligencia, pudiendo aparecer de forma simultánea más de un tipo de malos tratos. Este estudio está dirigido a una población de personas mayores muy concreta, aquella que percibe servicios de ayuda a domicilio, es decir que tiene necesidades diversas y cuando menos, se encuentra en situación de fragilidad. Esta característica así como el pequeño tamaño de la muestra utilizada, no permite realizar comparaciones de ningún tipo con nuestro estudio, dirigido a personas mayores que viven en sus domicilios, que pueden requerir o no algún tipo de servicio y presentar o no algún grado de dependencia.

En el año 2005, Risco, Paniagua, Jiménez, Poblador, Molina y Buitrago realizaron un estudio en Badajoz cuyo objetivo era determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la sospecha de malos tratos en personas mayores. En el estudio participaron 209 personas de 72 años o más sin deterioro cognitivo. El cuestionario que se utilizó para evaluar la sospecha de malos tratos fue el recomendado por un Grupo de Trabajo Canadiense y la Asociación Médica Americana que consiste en nueve ítems, dónde una respuesta positiva se considera indicativa de sospecha de malos tratos. Los resultados del estudio mostraron una prevalencia de sospecha de malos tratos del 52,6%. Parece claro que un índice de prevalencia como este es difícilmente aceptable.

Pérez-Cárceles et al. (2008) realizaron un estudio transversal con 460 personas mayores de 65 años seleccionadas a través de diferentes centros de salud a los que se aplicó un cuestionario en formato de entrevista individualizada. El cuestionario que utilizan es el mismo que el reseñado en el estudio anterior. Se encontró un 44,6% de casos en los que se identificó sospecha de malos tratos, siendo la negligencia el tipo de malos tratos más frecuente. Era más frecuente entre mujeres, con edad de 75 años o más, solteros/as o viudos/as, que vivían solos o con hijos, con un bajo nivel socioeconómico. Sin duda sería necesario realizar un análisis en profundidad sobre las

características culturales de este instrumento que difícilmente coincidirían con la idiosincrasia española.

En este mismo año, se realizaron en España otros dos estudios. Uno de ellos llevado a cabo por Pérez-Rojo, Izal y Montorio (2008) que incluía dos objetivos generales: analizar si la utilización de un instrumento breve de cribado para la sospecha de malos tratos hacia las personas mayores (Índice de Sospecha de Malos tratos hacia las Personas Mayores, EASI) (Yaffé et al., 2008) dentro del ámbito comunitario, ayuda a su detección y la estimación de sospecha de malos tratos entre personas mayores que acuden a centros de Atención Primaria y/o de Servicios Sociales. Los objetivos específicos fueron: (1) la adaptación y validación del EASI; (2) estimación de la prevalencia de sospecha de malos tratos y/o negligencia hacia personas mayores sin deterioro cognitivo en el ámbito comunitario; (3) establecer perfiles diferenciados de personas con y sin sospecha de malos tratos, que permitan identificar posibles factores de riesgo y (4) conocer los índices de riesgo de cada uno de los factores diferenciales. Para ello se realizó un estudio transversal y multicéntrico en Madrid, Málaga y Donostia-San Sebastián compuesto por dos fases. En la primera fase, profesionales de Atención Primaria (médicos o enfermeras) o de Servicios Sociales (psicólogas) descartaron la presencia de deterioro cognitivo a través de la aplicación del MEC (Mini Examen Cognoscitivo, Lobo et al., 1979) (criterio de exclusión). Posteriormente, estos mismos profesionales aplicaron, el EASI en formato de entrevista individual. Para el desarrollo de esta fase participaron 396 personas mayores. Tras la aplicación del EASI en la primera fase, se solicitó a los participantes su colaboración en la segunda fase. En esta fase, psicólogas o trabajadoras sociales aplicaron el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS) a 340 de los participantes de la primera fase. Estas profesionales desconocían el resultado de la aplicación del EASI. Los resultados muestran que la sospecha de malos tratos hacia las personas mayores es un fenómeno multidimensional, de manera que los malos tratos deben ser considerados como un fenómeno con categorías diferenciadas: negligencia, malos tratos económicos y malos tratos interpersonales (malos tratos psicológicos, físicos y sexuales). Se considera que el EASI es un instrumento útil porque ayuda a aumentar la sensibilidad de los profesionales hacia los malos tratos en las edades avanzadas y permite la detección de seis de cada 10 casos en los que se confirma la sospecha de malos tratos. No obstante, en función de los resultados obtenidos, se observa que la utilidad estadística del EASI está garantizada en centros de Servicios Sociales no siendo así en centros de Atención Primaria.

Se ha encontrado una prevalencia de sospecha de malos tratos del 12,1%, siendo el tipo más frecuente de sospecha el psicológico y siendo frecuente la presencia simultánea de diferentes tipos, especialmente los malos tratos psicológicos, físicos y sexuales. La prevalencia de sospecha de malos tratos es superior a la obtenida en el presente proyecto y puede ser debido a que mientras en el caso de este nuevo proyecto la población

diana son personas mayores que viven en la comunidad, en el caso del estudio realizado por Pérez-Rojo et al. las personas evaluadas acudían a servicios de atención primaria o servicios sociales por lo que estas situaciones pueden actuar como factores de riesgo que pueden aumentar la presencia de la sospecha de malos tratos. La sospecha de los malos tratos psicológicos están presente en un 82,9% del total de los casos de sospecha de malos tratos. En este sentido, la presencia de los malos tratos psicológicos puede actuar como señal de alarma, de forma que su detección es prioritaria. La sospecha de malos tratos es más frecuente en mujeres que en hombres y los responsables de la sospecha de los malos tratos son con mayor frecuencia los cónyuges.

El segundo estudio lo realizó el Centro Reina Sofía contra la violencia (Iborra, 2008) en el que se administró un cuestionario de diseño propio a 2.401 personas mayores de 64 años. El 0,8% de las personas mayores que fueron entrevistadas informaron estar siendo maltratadas por alguno de sus familiares a lo largo del año anterior, aumentando este porcentaje al 1,5% en personas mayores dependientes. Las mujeres son las víctimas de estas situaciones en mayor proporción. En este estudio también se administró un cuestionario a los/as cuidadores/as, concretamente a 789 encontrándose que los cuidadores que maltrataban con mayor frecuencia presentaban las siguientes características: mujer, edad media, hijos/as de la persona mayor, sobrepasados por la situación de cuidado con trastorno psicológico. Estos cuidadores también señalaban qué características pensaban que tenían las persona mayores maltratadas encontrando que existiría igual número de hombres que mujeres, con trastorno psicológico, deterioro cognitivo, discapacidad y estresados.

Garre-Olmo et al. (2009) también en España evaluaron la prevalencia de sospecha de malos tratos hacia las personas mayores en Girona. Para ello realizaron entrevistas a una muestra de 676 personas de 75 años o más en sus domicilios. Los entrevistadores fueron formados para aplicar el protocolo de evaluación en el cual se incluía el cuestionario utilizado por la Asociación Médica Americana y el Grupo de Trabajo Canadiense para detectar varios tipos de malos tratos a mayores que consta de nueve ítems que evalúan malos tratos físico, psicológico, económico y negligencia. La escala de respuesta a este cuestionario es dicotómica (sí/no). Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas dentro de los 12 meses previos era considerada como un caso de sospecha de malos tratos. La principal fuente de información era la persona mayor, excepto en casos donde esta persona presentaba graves dificultades auditivas o de comprensión. En estos casos las preguntas eran respondidas por parientes o cuidadores de la persona mayor. La prevalencia de sospecha de malos tratos en general fue del 29,3%. La prevalencia de sospecha de negligencia fue del 16%, la de los malos tratos psicológicos 15,2%, económicos 4,7% y la de los malos tratos físicos del 0,1%. La presencia simultánea de dos tipos de sospecha de malos tratos fue del 3,6%, y la sospecha de tres tipos de sospecha de malos tratos al mismo tiempo, del 0,1%.

Con respecto a los malos tratos institucionales a personas mayores existen muy pocos estudios realizados, como se ha señalado anteriormente. El más conocido es el realizado por Pillemer y Moore (1989). Estos autores realizaron un estudio con personal que trabajaba en diferentes residencias para personas mayores de EE UU. La investigación reveló que el 36% de los profesionales habían sido testigos al menos de un incidente de malos tratos físicos por parte de otro miembro del personal durante el año anterior y un 10% admitió haber cometido ellos mismos al menos un acto de malos tratos físicos. Además, el 81% de la muestra indicó que durante el año anterior habían observado al menos un incidente de malos tratos psicológicos contra un residente y el 40% admitió haber cometido al menos un acto de este tipo.

En un estudio realizado en Quebec (Canadá) en 1981 se preguntó a 140 profesionales por la violencia que ellos sabían que tenía lugar en el ámbito institucional donde se identificaron 974 acciones de malos tratos. De éstas, el 35,5% fueron observadas en centros residenciales u hospitales y otro 28,4% se observó en instituciones, en las cuales se incluía también a instituciones concertadas.

En 1993 el Colegio de Enfermeras de Ontario en Canadá encuestó a 804 enfermeras y a 804 auxiliares y encontró que un 20% habían sido testigos de casos de malos tratos hacia personas mayores en residencias, el 31% informó que había sido testigo de un manejo brusco con los pacientes, el 28% señaló haber sido testigo de cómo los empleados gritaban e insultaban a los pacientes, el 28% señaló haber sido testigo de comentarios embarazosos hacia los pacientes y el 10% informaron haber sido testigos de situaciones donde un profesional golpeaba o empujaba a pacientes.

Un estudio llevado a cabo en Suecia por Saveman et al., en 1999, encontró que un 11% de los empleados eran conscientes de que los malos tratos hacia las personas mayores estaba ocurriendo en su institución.

Otra investigación realizada en Canadá por Ens en 2005 mostró que un 20% de empleados había sido testigo de malos tratos hacia personas mayores institucionalizadas.

Goergen (2004) encontró que el 23,5% de los empleados estudiados en instituciones alemanas de cuidados de larga duración reconocieron haber cometido malos tratos físicos y un 53,7% malos tratos psicológicos.

1.6. FACTORES ASOCIADOS A LA SOSPECHA DE MALOS TRATOS

A pesar de que la gran mayoría de las personas mayores que necesitan ayuda son bien cuidadas tanto en el ámbito familiar como en el ámbito formal, desafortunada-

mente, algunas personas mayores pueden estar recibiendo cuidados de personas que son incapaces de cuidar adecuadamente de ellas. De buenas intenciones pueden surgir como resultado consecuencias negativas, es decir, el deseo de cuidar a una persona mayor podría «agobiar» a un cuidador formal o informal y al sistema familiar y dar como resultado un aumento de tensiones y presiones que pueden desembocar en conductas abusivas generadas por las percepciones de frustración y la fatiga (Kosberg, 1988), entre otras.

Diversas investigaciones realizadas señalan que son factores de diversa índole (culturales, sociales, personales, familiares, etc.) los que aumentan el riesgo de malos tratos hacia personas mayores (Wolf, 1998). Dicho de otra forma, los malos tratos hacia personas mayores no son la consecuencia de un único factor, sino el resultado de la interacción entre diversos factores (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). Estos factores pueden estar presentes en la propia persona mayor, en el responsable de los malos tratos y/o en el contexto de la situación.

En primer lugar, entre los *factores presentes en la persona mayor* cabe destacar:

- *Sexo*: respecto a este factor existen resultados contradictorios, es decir, unos señalan que ser mujer es un factor asociado a los malos tratos (Pérez-Cárceles, et al., 2009; Pérez-Rojo et al., 2008a; ; Kivelä et al., 1992) y otros señalan que es ser hombre (Pillemer y Finkelhor, 1988).
- *Edad*: a mayor edad mayor riesgo (National Center on Elder Abuse, 1998). Garre-Olmo, et al. (2009) señalan que las personas de 85 años o más son las que presentan mayor riesgo de sospecha de malos tratos.
- *Estado civil*: existen resultados contradictorios, de manera que mientras algunos autores señalan que las personas casadas presentarían mayor riesgo (Lowenstein et al., 2009; Schiamberg y Gans, 2000), un estudio de Pérez-Cárceles, et al. (2009) señala que las personas mayores solteras o viudas presentan un mayor riesgo de sospecha de malos tratos. Y en el estudio de Vida et al. (2002) se informaba de que las personas mayores viudas, separadas o divorciadas era más probable que experimentarían malos tratos.
- *Nivel educativo*: Lowenstein et al. (2009) encontraron relación entre el bajo nivel educativo de la persona mayor y los malos tratos hacia ella.
- *Comportamientos provocadores y/o agresivos*: presentes especialmente en personas con demencia (Kosberg, 1988; Pérez-Rojo, et al., 2008c; Pérez-Rojo, et al., 2008d; Cooper et al., 2010).
- *Deterioro cognitivo*: demencia, Enfermedad de Alzheimer (Kosberg y Nahmiash, 1996; Cooper, 2008).
- *Enfermedad mental*.

- *Salud percibida*: se han encontrado resultados contradictorios con respecto a este factor, mientras algunos estudios indican que las personas mayores con buena salud pueden ser maltratadas, otros han encontrado lo contrario (Pérez-Cárceles, et al., 2009; Lowenstein et al., 2009; Pérez-Rojo et al, 2008a; Kosberg y Nahmiash, 1996; Kivelä et al., 1992).
- *Habilidades de comunicación*: Kosberg (1988) señala la relación entre los problemas de comunicación en la persona mayor y los malos tratos.
- *Dependencia* (física, económica, etc.), también, con respecto a este factor, se han encontrado resultados contradictorios (Pérez-Cárceles, et al., 2009; Lowenstein et al., 2009; Pillemer y Finkelhor, 1988; Kosberg, 1988; Glendenning, 1993) no pudiendo asumir la relación directa entre la dependencia y los malos tratos (Pillemer y Suito, 1988).
- *Número de visitas recibidas en las instituciones*: en el documento elaborado por el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ, 2009) concretamente se hace referencia al deterioro físico, mental o emocional derivado de la dependencia; personas mayores que reciben pocas visitas (National Center on Elder Abuse, 2005) y personas agresivas o insatisfechas (National Center on Elder Abuse, 2005).
- *Número de visitas a servicios de atención primaria*: existe evidencia científica que señala que las personas que son maltratadas visitan con mayor frecuencia los servicios de atención primaria que aquellos que no son maltratados (Taket et al., 2003; Bradley et al., 2002; Peckover, 2002; D'Avolio et al, 2001; Rodríguez, 1999).
- *Cambio frecuente de domicilio y centro sanitario* (CGPJ, 2009).
- *Desconocimiento de sus propios derechos* (CGPJ, 2009).
- *Asumir estereotipos edadistas* (discriminación basada en la edad).
- *Tipo de convivencia*: se ha encontrado un mayor porcentaje de sospecha de malos tratos si la persona vivía sola o con hijos (Pérez-Cárceles, et al., 2009). En este mismo estudio también se señala como factor de riesgo que la persona mayor viva en la casa de un familiar o con parientes de forma rotatoria (Pérez-Cárceles, et al., 2009).
- *Vivir con una persona con que padece enfermedad mental* (Pérez-Cárceles, et al., 2009).
- *Consumo de alcohol*: se ha encontrado una relación entre la sospecha de malos tratos y el excesivo consumo de alcohol por parte de la persona mayor (Pérez-Cárceles, et al., 2009).

- *Sintomatología depresiva* (Garre-Olmo, et al., 2009; Pérez-Rojo et al, 2008a). Kivelä et al. (1992) encontraron mayor prevalencia de depresión solo en las mujeres mayores maltratadas.
- *Sintomatología somática y psicósomática*: fue encontrada en mujeres mayores maltratadas en un estudio llevado a cabo por Kivelä et al. (1992).
- *Sentimientos de soledad* (Lowenstein et al., 2009; Kivelä et al., 1992).
- *Incontinencia urinaria* (Garre-Olmo, et al., 2009).
- *Situación económica*: Pérez-Rojo et al (2008a) encontraron que la sospecha de malos tratos era mayor en las personas que eran dependientes económicamente de otra persona. También, Lowenstein et al. (2009) encuentran como factor asociado a la sospecha de malos tratos la existencia de bajos niveles de ingresos.
- *Satisfacción con la vida*: Kivelä et al. (1992) encontraron que las personas maltratadas mostraban una baja satisfacción con la vida.
- *Confidente en el hogar*: se ha encontrado relación entre la falta de confidente en el hogar y los malos tratos. (Kivelä et al., 1992).
- *Enfermedad*: Kivelä et al. (1992) señalan que existe una relación entre ser maltratados y la presencia de una enfermedad que disminuya la capacidad funcional en una muestra de hombres mayores.
- *Eventos vitales*: Kivelä et al. (1992) encontraron relación entre ser hombre maltratado y la ocurrencia de eventos vitales en los últimos cinco años.
- *Otras variables* como que la persona mayor se culpe de la situación (Quinn y Tomita, 1997; Schiamberg y Gans, 2000), que muestre lealtad excesiva hacia el responsable de los malos tratos (Kosberg, 1988), o se resigne (Schiamberg y Gans, 2000) también se han identificado como factores de riesgo.

En segundo lugar, entre los *factores de riesgo presentes en el responsable de los malos tratos* cabe señalar:

- *Sexo*: respecto a este factor se han encontrado resultados contradictorios. Otros autores, señalan que el sexo está relacionado con el tipo de malos tratos (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 1993) (hombres, malos tratos físicos y mujeres, negligencia).
- *Parentesco con la persona maltratada*: algunos estudios señalan que son los hijos (Lowenstein et al., 2009), mientras en otros se hace referencia a los cónyuges (Pérez-Rojo, et al., 2008) como principales responsables de los malos tratos.
- *Inexperiencia* (falta de conocimientos y entrenamiento adecuados) en el cuidado de una persona mayor (CGPJ, 2009; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).

- *Trastornos psicológicos* (depresión, ansiedad, demencia): algunos autores no han encontrado que la presencia de estos trastornos haga que aumente directamente la probabilidad de maltratar al familiar mayor (Tomita, 1990), sino que la presencia de los mismos puede dificultar las interacciones adecuadas entre ambos y que éste sea el origen de posibles situaciones de malos tratos (Quinn y Tomita, 1997). Pérez-Rojo, et al. (2008c) encontraron una relación entre la depresión en los cuidadores y el riesgo de malos tratos.
- *Afrontamiento*: se ha señalado que la presencia de un mal afrontamiento en los cuidadores familiares puede favorecer la presencia de malos tratos (Cooper et al., 2010).
- *Abuso de sustancias* como el alcohol y/u otras drogas (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008a; Godkin, Wolf y Pillemer, 1989).
- Presencia de *deterioro cognitivo* debido a demencia o enfermedad de Parkinson (Pérez-Rojo, et al., 2008a;)
- *Sentimientos negativos*, como la ira y la hostilidad, como consecuencia de determinadas características de la situación de cuidado (Adelman, Siddiqui y Földi, 1998).
- *Estrés o sobrecarga* (CGPJ, 2009), aunque se han encontrado resultados contradictorios con respecto a la relación de esta variable y los malos tratos a mayores, de manera que mientras algunos autores sí la encuentran (Hudson, 1986), otros, en cambio han señalado que, aunque muchas de las personas que cuidan de una persona mayor informan de elevados niveles de estrés y de sobrecarga, sólo una minoría de ellos los maltrata (Pérez-Rojo, et al., 2008b; Cooper et al., 2010; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Anetzberger, 2005). Pérez-Rojo, et al. (2008c y d) encontraron relación entre el riesgo de malos tratos y el estrés producido por las conductas provocativas o agresivas por parte de la persona mayor.
- *Bajos sentimientos de autoeficacia* (Pérez-Rojo, et al., 2008c).
- *Expresión de la ira* (Pérez-Rojo, et al., 2008d).
- *Dependencia económica* (CGPJ, 2009) o para el alojamiento de la persona mayor (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).
- *Edadismo* (CGPJ, 2009).
- *Desempleo* (Lowenstein et al., 2009).
- *Otras variables* como que culpe a la persona mayor de la situación, que no comprenda sus necesidades (Quinn y Tomita, 1997), etc.

Finalmente, entre los *factores de riesgo presentes en la situación de cuidado*, podemos indicar que entre los que pueden aumentar el riesgo de malos tratos se encuentran:

- *Cantidad de ayuda* (formal e informal) recibida: siendo los cuidadores que menos ayuda reciben los que presentan mayor riesgo de malos tratos (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008c, 2008d; Wolf y Pillemer, 1989; Kosberg y Nahmiash, 1996).
- *Contactos informales y/o formales*: la falta de contactos informales o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000; CGPJ, 2009) como en la persona mayor (Garre-Olmo, et al., 2009; Pérez-Rojo et al., 2008a; Homer y Gilleard, 1990) aumenta la probabilidad de malos tratos.
- *Desgaste de los vínculos intergeneracionales*.
- *Situación económica*: las dificultades económicas se han encontrado asociadas a los malos tratos hacia la persona mayor (CGPJ, 2009; Kosberg, 1988). Pérez-Cárceles, et al. (2009) señalan que existe un mayor riesgo de sospecha de malos tratos en personas mayores que reciben menos de 300 euros al mes o entre 301-600 euros.
- *Tipo de convivencia*: que el responsable de los malos tratos y la persona mayor vivan juntos (CGPJ, 2009; Lowenstein et al., 2009; Oh, et al., 2006; Vida et al., 2002; Kosberg, 1988).
- *Calidad de la relación* anterior (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008a; Homer y Gilleard, 1990) y actual (Pérez-Rojo, et al., 2008d; Glendenning, 1993) entre el cuidador y la persona mayor, siendo más probable el riesgo cuando peor es la calidad de la relación en ambos momentos.
- *Deterioro rápido* que no permite organizarse a la familia (CGPJ, 2009).
- *Historia previa de violencia familiar* (CGPJ, 2009).
- *Conflictos familiares* (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008a; Kivelä et al., 1992).
- *Vivienda compartida* por demasiadas personas provocando falta de espacio e intimidad (CGPJ, 2009).

Algunos de estos factores están presentes tanto en el ámbito informal como formal de cuidados, como por ejemplo las situaciones de dependencia y demencia (National Center on Elder Abuse, 2005), pero existen factores de riesgo específicos asociados al ámbito formal que se describen a continuación. Dentro de estos factores de riesgo podemos señalar características institucionales, características de los empleados, características de los residentes y características relacionadas con la relación entre los residentes y el personal. Entre las características relacionadas con la institución destacan que no exista una política de prevención de los malos tratos, es decir, una declaración pública que remarque el compromiso de la institución hacia la comunicación abierta que reconoce y apoya la dignidad de los residentes (National Center

on Elder Abuse, 2005); una mala organización del trabajo (Buzgová y Ivanová, 2009); el régimen o normas de la institución, como la hora de levantarse, irse a dormir o comer (Buzgová y Ivanová, 2009; CGPJ, 2009); la escasez de personal (Buzgová y Ivanová, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005; Clough, 1999); la alta rotación del personal (National Center on Elder Abuse, 2005; Clough, 1999); la inadecuada selección de los empleados (National Center on Elder Abuse, 2005); falta de tiempo para los clientes debido a falta de personal o por mala organización de trabajo (National Center on Elder Abuse, 2005); historial de deficiencias o quejas (National Center on Elder Abuse, 2005; Clough, 1999); tendencia a la obstinación diagnóstica y terapéutica (CGPJ, 2009); falta de controles e inspecciones (CGPJ, 2009); la apariencia de la institución (Clough, 1999); la «cultura» (incluyendo objetivos, tradiciones, valores, actitudes compartidas, sanciones, etc.) y malos directores (National Center on Elder Abuse, 2005); mal diseño ambiental no adaptado a las necesidades de las personas mayores (CGPJ, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005). Además de las ausencias por enfermedad de los trabajadores, la poca supervisión y el alto consumo de alcohol (Clough, 1999).

Por otro lado, entre las características de los empleados que pueden aumentar la probabilidad de los malos tratos hacia las personas mayores cabe señalar la precaria situación laboral; el burnout; los problemas personales de los trabajadores; mala relación con los residentes; la falta de detección y notificación de los casos o la inadecuada formación de los profesionales (Buzgová y Ivanová, 2009; CGPJ, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005).

Además, entre las características propias de los residentes se incluyen sus características personales tales como sentimientos de indefensión en situaciones donde la persona es incapaz de expresar sus necesidades, tiene problemas sensoriales o es excesivamente demandante; mala relación con el personal de la institución y el aislamiento de familiares recibiendo pocas visitas (Buzgová y Ivanová, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005; Clough, 1999).

Finalmente, entre los factores asociados a la interacción de los residentes y el personal se encuentran diferencias culturales, de lenguaje, prejuicios, malas relaciones entre ambos (National Center on Elder Abuse, 2005; Clough, 1999).

En el documento elaborado por el CGPJ (2009) también se incluyen factores presentes en la sociedad como la falta de tolerancia social, la falta de sensibilización, los recursos insuficientes para la atención a las personas mayores, las desigualdades sociales, la discriminación de los mayores por la edad (edadismo), las imágenes estereotipadas de la vejez como una carga, las relaciones intergeneracionales insuficientes, el incumplimiento de leyes y normas y la falta de coordinación de los servicios y profesionales de atención a las personas mayores.

La presencia de uno o varios de estos factores no es suficiente para directamente diagnosticar la presencia de una situación de malos tratos, sino tan sólo la sospecha de los mismos. Para la confirmación de un caso de malos tratos es necesaria una evaluación muy pormenorizada que abarque tanto a la persona mayor, como al posible responsable así como al contexto de la situación. En los últimos años, se ha centrado mucho el interés en identificar perfiles tanto de la víctima como del responsable de los malos tratos, pero es muy difícil predecir un perfil exacto, ya que se ha demostrado que los malos tratos hacia las personas mayores afecta a todas las edades y a todos los niveles socioeconómicos de la sociedad. El peligro de los perfiles reside en el hecho de que para ser considerado víctima o responsable de los malos tratos se tengan que cumplir una serie de «requisitos» y que en caso de no cumplir alguno de ellos se considere que no cumple el perfil y se dejen fuera casos posibles de malos tratos (falsos negativos). Al igual que podría tener lugar la presencia de falsos positivos debido a que una determinada persona (posible víctima o responsable de los malos tratos) cumpla con los criterios establecidos en el perfil y de esta forma etiquetada bien como víctima bien como responsable.

En la gran mayoría de los estudios revisados tan sólo se hace referencia a factores asociados a los malos tratos, mientras que en el documento elaborado por el CGPJ (2009) también se hace referencia a factores protectores que pueden estar presentes en diferentes niveles (persona mayor, responsable del cuidado, contexto de la situación, sociedad, profesionales, etc.).

Con respecto a los factores protectores relacionados con la propia persona mayor se señala la actividad física, ocio y tiempo libre favoreciendo la autonomía; el apoyo psicológico; el seguimiento de los «abuelos golondrina»; reconocimiento de experiencias de malos tratos; respeto a los derechos de las personas mayores.

También se describen factores protectores presentes en el responsable de los malos tratos como la disponibilidad de ayuda para el cuidado principal; formación en las necesidades de las personas mayores; estabilidad/independencia económica del cuidador; favorecer la empatía y relaciones sociales.

Respecto a la familia, concretamente los factores protectores se centran en la accesibilidad a servicios de respiro familiar; atención domiciliaria y la adaptación de las viviendas adecuadas a las necesidades.

Si se hace referencia al ámbito institucional específicamente se encuentran factores protectores relacionados con los trabajadores como condiciones laborales adecuadas; actividades de promoción de la salud; formación continuada, y, también factores protectores relacionados con la institución como la presencia de recursos adecuados;

establecimiento de criterios de buena práctica-estándares de calidad; trabajo en equipo multidisciplinar; evaluación periódica; adaptación del centro a las necesidades.

Además se incluyen factores protectores presentes en el contexto de la situación o relación formal o informal como la valoración de factores sociales, los dispositivos de valoración/atención de situaciones de rápida evolución, estabilidad en su atención.

Finalmente se establecen factores protectores a nivel de sociedad y de profesionales. Los referentes a la sociedad hacen alusión a la creación de ciudades amigables de las personas mayores a través de la promoción de sus derechos; servicios de voluntariado y cooperación social; viviendas e infraestructuras adecuadas; garantizar el cumplimiento de las leyes y normas; difundir imágenes positivas de las personas mayores. Y para los profesionales se hace hincapié en el desarrollo de módulos formativos y el desarrollo de instrumentos que faciliten la detección, notificación y registro de casos.

1.7. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Obviamente, la detección de los casos de malos tratos es una condición necesaria para poder intervenir. Se han desarrollado diferentes instrumentos para la detección de los malos tratos hacia las personas mayores a nivel internacional, aunque pocos se aceptan para una amplia aplicación en el ámbito clínico; se considera que son poco precisos o específicos o insuficientemente sensibles o fiables para ser oficialmente adoptados y recomendados (Perel-Levin, 2008).

En la actualidad, respecto a los instrumentos de cribado, se sigue valorando su utilidad y eficacia, a la luz de los resultados tan excesivamente contradictorios que acabamos de presentar. Existen dos posturas contrarias respecto a la utilización de instrumentos de cribado para la detección de los malos tratos hacia las personas mayores. Los defensores de una de las posturas sugieren que se apliquen a todas las personas mayores y se recomienda, especialmente a los médicos, que realicen de forma sistemática preguntas directas acerca de los malos tratos. Esta postura ha sido apoyada entre otros por la Asociación Médica Americana (AMA). En la actualidad sólo una pequeña proporción de profesionales preguntan de forma rutinaria sobre los malos tratos, a no ser que existan signos o síntomas claros. Esto puede conducir a no detectar precozmente la violencia y a no poder intervenir con rapidez (Rodríguez, Bauer, McLoughlin y Grumbach, 1999). Desde esta postura, se subraya que los signos clínicos de malos tratos pueden ser sutiles y que si los profesionales se limitan a preguntar sólo ante casos sospechosos, podrían ignorarlos. El apoyo a esta perspecti-

va se ve reforzado por estudios realizados sobre prevalencia y por la alta tasa de casos no informados de malos tratos (Ferris et al., 1999).

Sin embargo, entre los que defienden la postura contraria, señalan que no existe suficiente evidencia —ni a favor ni en contra— que permita afirmar que los instrumentos de cribado para la violencia familiar en personas de cualquier edad sean eficaces (Lachs y Pillemer, 2004). Esta postura es apoyada por el Grupo de Medicina Preventiva de Estados Unidos (US Preventive Service Task Force, 2004) y por investigadores canadienses (Canadian Task Force, 2004). Los argumentos empleados para no recomendar tales instrumentos se basan en la inexistencia de técnicas efectivas de cribado para los malos tratos hacia las personas mayores, en la falta de evidencia que demuestre que el cribado rutinario permite una mayor confirmación de casos de malos tratos y en que, aunque existieran estrategias de cribado efectivas, ningún estudio ha demostrado que la intervención en los casos identificados consiga mejoras. Lachs (2004) sugiere que no se pueden utilizar los instrumentos de filtrado de malos tratos con el mismo objetivo que los utilizados para diagnosticar enfermedades, ya que los malos tratos engloba una interacción compleja entre factores médicos, sociales y psicológicos. Pillemer et al. (2007) señalan que los instrumentos de filtrado no parecen tener un potencial significativo para la prevención de los malos tratos hacia las personas mayores en el momento actual. Además, señalan que si el instrumento de filtrado identifica de forma incorrecta a una persona mayor e indica que presenta riesgo alto, puede ser objeto de una investigación invasiva y se la puede etiquetar como «persona mayor maltratada» y a otra persona, como responsable de malos tratos. Por tanto, aunque la identificación precoz de las personas mayores maltratadas sea deseable, lo prudente sería esperar a tener resultados más definitivos antes de promocionar la utilización de los instrumentos de filtrado a gran escala.

Fulmer y O'Malley (1987) propusieron en su momento una solución razonable que ha sido recientemente apoyada por Pillemer et al. (2007). Estos mismos autores sugieren que el mejor papel de los instrumentos de filtrado es aumentar la sensibilización de los profesionales ante los malos tratos hacia las personas mayores, de manera que estén alerta ante signos y síntomas que de otra forma podrían ser pasados por alto. De esta forma, antes que confiar en una estrategia específica de filtrado o en un algoritmo clínico, debería formarse a los profesionales para aumentar su concienciación respecto a los malos tratos hacia las personas mayores incorporando la formación sobre la detección general de los malos tratos hacia las personas mayores dentro de la formación médica o de otras disciplinas.

Por tanto, es necesario que los instrumentos de cribado reúnan una alta sensibilidad y especificidad, si lo que se pretende es determinar sólo con la aplicación de un cuestionario, en ocasiones muy breve, a la persona mayor, si ésta está siendo o no

maltratada. Por el contrario, si lo que se pretende es conocer únicamente la presencia de sospecha de malos tratos tras la aplicación de un instrumento la cuestión de la sensibilidad y la especificidad no sería determinante. Entre los instrumentos de filtrado que existen pueden destacarse el *Instrumento de Evaluación de la Persona Mayor* (Elder Assessment Instrument, EAI) (Fulmer et al., 1984), el *Instrumento Breve de Cribado sobre Malos tratos a las personas mayores* (Brief Abuse Screen for the Elderly, BASE) (Reis y Nahmiash, 1998) y el *Instrumento de Screening para Malos tratos a Personas Mayores de Hwalek-Sengstock* (Sengstock y Hwalek, 1987), los cuales se han analizado por sus características psicométricas. En los instrumentos existentes, algunos de los indicadores de malos tratos son demasiado generales (por ejemplo, que el cuidador familiar parezca sospechoso) o consisten en características conductuales de los malos tratos reales (por ejemplo, no buscar ayuda para la persona mayor (Sengstock y Hwalek, 1987). Entre los pocos instrumentos para detectar el riesgo de malos tratos que han experimentado un proceso de validación está el *Índice de las Consecuencias del Cuidado* de Kosberg (1988). Este instrumento puede identificar a los cuidadores familiares que tienen dificultades mentales y físicas para asumir la carga del cuidado.

Debido a la ausencia de instrumentos validados para el ámbito de la atención primaria, es difícil hacer comparaciones o evaluar su aplicabilidad en otros ámbitos aparte de dónde fueron probados en primer lugar (Perel-Levin, 2008).

La carencia de un instrumento diagnóstico suficientemente sensible y específico dificulta la comparación de los datos obtenidos en diferentes estudios. Además, en muchas ocasiones, los diagnósticos son sólo de sospecha de malos tratos, sin la posterior confirmación, aunque esta condición no se especifique. La falta de instrumentos estandarizados y validados convierte a los malos tratos en un hecho primordialmente observacional. De esta forma, aunque los cuestionarios de cribado y las guías de valoración son útiles para los clínicos, la complejidad del fenómeno es tal que, tras la aplicación del instrumento de cribado debería llevarse a cabo la confirmación de la sospecha como un juicio clínico multidisciplinario, producto del análisis de la información recogida por el equipo asistencial en su conjunto (médico, enfermero, trabajador social), a partir de la persona mayor, del posible responsable, del contexto de la situación y del resto de personas implicadas en la situación.

Los instrumentos que se utilizan para la detección de situaciones de malos tratos son sobre todo instrumentos de cribado, aunque también se recomienda el uso de protocolos o pautas para identificar y responder ante situaciones de malos tratos. El cribado es un servicio de salud público y la valoración de los instrumentos de screening se realiza con rigor científico (Perel-Levin, 2008). Estos tests son evaluados generalmente de acuerdo a sus valores predictivos positivos o negativos y a su sensi-

bilidad y especificidad (Perel-Levin, 2008). La sensibilidad hace referencia a la efectividad de un test para detectar a los que experimentan la situación y la especificidad a la efectividad de un test para reconocer aquellas personas libres de dicha condición (Perel-Levin, 2008). El objetivo de los tests de screening es conseguir una alta sensibilidad y especificidad, lo que proporcionará una probabilidad mayor de resultado correcto (Perel-Levin, 2008).

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE UU (The United States Preventive Services Task Force) en 2004 definió *screening* de violencia como «la evaluación del daño actual o riesgo de daño desde la violencia provocada por la familia y la pareja en personas asintomáticas en el ámbito del cuidado de la salud» (Perel-Levin, 2008). Las personas que presentan lesiones asociadas a violencia familiar deberían ser objeto de un diagnóstico y no una evaluación de screening (Perel-Levin, 2008). Un *screening* universal significa evaluar a todo el mundo; un *screening* selectivo indica que solo aquellos que cumplen unos criterios específicos son evaluados (Perel-Levin, 2008).

El *screening* se dirige a toda la población potencialmente en riesgo. En el campo de la violencia, el *screening* se refiere generalmente a acciones a través de las cuales los profesionales detectan malos tratos en algunos individuos, excluyendo a los no maltratados (Perel-Levin, 2008).

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE UU (2004) reivindica que los falsos negativos de los test desaniman a los clínicos para seguir buscando más allá del historial clínico y evitan la identificación de los individuos que realmente están en riesgo. Los falsos positivos pueden conducir, por otro lado, a etiquetar y llevar a cabo actitudes punitivas así como a angustia psicológica y podrían conducir a provocar tensión familiar, pérdida de la residencia y recursos económicos y pérdida de autonomía en la víctima.

Los instrumentos de cribado y de evaluación de los malos tratos hacia las personas mayores tienen un papel importante en áreas clínicas y de investigación. El principio básico de los programas de cribado es que «hacen más bien que daño» (Perel-Levin, 2008). El cribado es importante porque, esta forma de malos tratos, igual que los malos tratos domésticos en otros grupos de población, es con frecuencia un problema oculto e identificarlo es el primer paso para poder intervenir a fin de promover la seguridad y el bienestar de esas personas. A diferencia del maltrato infantil, donde los signos de negligencia y malos tratos físicos son casi siempre indicadores de un problema, en personas mayores podrían confundirse con cambios normales asociados al envejecimiento o síntomas y signos de una enfermedad, lo que añade dificultad a la evaluación y detección del mismo (Fulmer, Guadano, Dyer y Connolly 2004). Además, pocos instrumentos de evaluación de este tipo de malos tratos son aceptados

universalmente y en la mayoría no se ha comprobado su fiabilidad y validez. No hay instrumentos con un alto índice de sensibilidad y especificidad válidos para la detección de malos tratos (Reis y Nahmiash, 1995), ni evidencia que pruebe la eficacia de ninguno de los métodos utilizados hasta ahora.

Existen diferentes tipos de instrumentos de cribado. En primer lugar, unos tienen como objetivo preguntar directamente a la persona mayor para descubrir conductas abusivas por parte de otra persona, si es que éstas se han producido. Cuando se pregunta a la persona sobre conductas abusivas específicas, la tasa de casos descubiertos tiende a aumentar. No obstante, aunque se realicen preguntas directas en un ambiente de confianza, sólo algunas personas mayores que estén siendo maltratadas lo revelarán (Cohen et al., 2007). En segundo lugar, otros instrumentos de cribado comprueban la existencia de signos evidentes de diferentes tipos de malos tratos, como hematomas, falta de higiene, etc., aunque hay que tener mucha cautela al utilizar estos instrumentos ya que, en la vejez, los signos de malos tratos son con frecuencia difíciles de distinguir de los síntomas de enfermedad. Esto es especialmente cierto en el caso de los malos tratos psicológicos donde los signos de malos tratos como la apatía, la depresión y el miedo son congruentes con las reacciones de las personas mayores a la pérdida, la enfermedad o el deterioro cognitivo (Cohen et al., 2007). Finalmente, existen instrumentos de cribado que pretenden identificar factores de riesgo, aunque el problema con este enfoque es que muchas personas mayores maltratadas no cumplen los criterios de riesgo, mientras otras que presentan un alto riesgo podrían no estar siendo maltratadas (Cohen et al., 2007). En resumen, el uso de los instrumentos de cribado debe ir dirigido únicamente hacia la detección de la sospecha de malos tratos, ya que para confirmar la existencia del mismo es necesaria la realización de una evaluación más pormenorizada.

Se han realizado evaluaciones sobre la aceptación general de los instrumentos sólo con profesionales pero no con las propias personas mayores (Perel-Levin, 2008). Uno de los beneficios de utilizar instrumentos de cribado es el aumento de la concienciación de los malos tratos hacia las personas mayores entre los profesionales, pero no una evaluación de su aceptación por parte de los pacientes mismos. Esto no solo va en contra de los principios del cribado sino también en contra de una perspectiva basada en los derechos. Quigley (2000) propone que los profesionales se pregunten a sí mismos si la sospecha de casos de malos tratos incluye la violación de derechos humanos como requisito para lograr un sistema de cribado justo para los malos tratos hacia las personas mayores. Los estudios sobre percepciones y actitudes de mujeres hacia el cribado y las intervenciones para la violencia doméstica han demostrado que la mayoría de las mujeres están a favor o no les importa ser preguntadas si han experimentado situaciones de violencia, especialmente si se realiza de forma rutinaria y con sensibilidad.

Sin embargo, las herramientas de cribado no son suficientes por sí solas. Para que los profesionales puedan emplearlas, necesitan conocer el problema y sus consecuencias y tener acceso a estrategias para intervenir y alcanzar resultados positivos en las personas. Por último, es necesario señalar otros obstáculos, además de los ya reseñados, que los profesionales deben superar para detectar malos tratos a personas mayores, como son la falta de concienciación sobre el problema, el insuficiente conocimiento sobre cómo identificar o hacer un seguimiento de un posible caso de malos tratos, aspectos éticos, falta de tiempo y el hecho de que el paciente pueda ser reacio a informar de su situación. Es por tanto crucial no sólo aumentar la concienciación entre los profesionales, especialmente de Atención Primaria, sino también ofrecer suficiente formación y estrategias de actuación para permitirles reaccionar de manera apropiada cuando una persona esté en riesgo de ser víctima de malos tratos o negligencia.

En la aplicación de instrumentos de detección, debe tenerse en cuenta que presentan limitaciones que pueden afectar a la interpretación de los resultados (Fulmer, 2008):

- *Diferencias culturales*: entre pacientes y cuidadores podrían conducir a sospechas de malos tratos erróneas. Por ejemplo, un profesional podría observar a una persona mayor y a un cuidador manteniendo una conversación agresiva que incluya gritos; algunas culturas considerarían tal comportamiento aceptable, mientras otras podría considerarlo como malos tratos verbales. Las perspectivas sobre la autonomía personal o económica de la persona mayor, su derecho a tomar decisiones sobre su persona, o la cantidad de respeto que merece podría también diferir entre grupos culturales o socioeconómicos.
- *Deterioro cognitivo*: presenta un desafío particular. Cuidar de una persona con deterioro cognitivo puede ser muy frustrante y podría contribuir a generar una atmósfera en la cual los malos tratos y la negligencia es más probable que ocurra. Además, cuidar de personas con deterioro cognitivo podría permitir a cuidadores y otras personas oportunistas explotarles.
- *Miedo a falsas acusaciones*: a los clínicos a veces les preocupa que puedan acusar falsamente a alguien de maltratar a una persona mayor y alterar la vida del paciente. Por ejemplo, si una persona mayor está viviendo con una hija que es negligente con ella, se realizará un análisis cuidadoso para determinar si el cuidado puede ser mejorado antes de que la persona sea sacada de su casa y apartada de la familia. Un equipo multidisciplinario deberá ser el encargado de tomar esta decisión. Muchas personas mayores que muestran evidencias de malos tratos tienen miedo de ser trasladadas de sus casas y llevadas a una institución. Incluso si el cuidado en el domicilio es negligente, la persona mayor

podría preferir estar en casa con su familia más que trasladarse a un ambiente no familiar. Su miedo debe ser reconocido y tenido en consideración.

- *Intencionalidad de los malos tratos*: si una mujer mayor que tiene una úlcera por presión avanzada está siendo cuidada por su marido que desconoce la frecuencia con la que hay que hacer cambios posturales, pocos profesionales podrían considerarlo negligencia. De nuevo, un equipo multidisciplinar manejará esta situación de la mejor forma posible. Por otro lado, si un hombre mayor que tiene una pérdida severa de peso informa que su hija le proporciona poca comida a pesar de sus repetidas quejas, esa situación será investigada. La intencionalidad o no de los malos tratos será importante a la hora de establecer la mejor intervención para cada situación.

Los malos tratos hacia las personas mayores tiene lugar en un entorno determinado, por lo que sin una evaluación global del contexto biopsicosocial de los malos tratos hacia las personas mayores, los instrumentos de cribado o evaluación tienen significativas limitaciones, como se ha señalado anteriormente (Fulmer, 2008). Un instrumento eficaz deberá utilizar una aproximación interdisciplinar e investigación participativa desde el inicio de su desarrollo (Perel-Levin, 2008). Cuantas más disciplinas y personas mayores se involucren en el diseño y mejora de un instrumento, mejor será aceptado éste tanto por las personas mayores como por los profesionales, a la vez que también mejorará indirectamente la práctica interprofesional en lo que respecta a las derivaciones e intervenciones.

2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de sospecha de malos tratos (malos tratos y/o negligencia) hacia personas mayores con y sin deterioro cognitivo en el ámbito comunitario. Estos datos deben ser tomados como un estudio exploratorio sobre la situación de los malos tratos hacia las personas mayores en el País Vasco, pero en ningún caso como casos confirmados de malos tratos. Para confirmar un caso de malos tratos es necesaria una evaluación en profundidad de la posible víctima, del posible responsable de los malos tratos así como del contexto de la situación. Además, se analizarán posibles factores de riesgo de malos tratos, tanto relativos a la víctima de los malos tratos, al posible responsable de los mismos, como a otras circunstancias externas (modos de vida, contextos, etc.).

2.1. METODOLOGÍA

2.1.1. MARCO GEOGRÁFICO Y POBLACIONAL

El ámbito poblacional está formado por la población de ambos géneros con 60 y más años no institucionalizadas, es decir, que residen en viviendas familiares. Las razones de optar por este tramo de edad, son estrictamente administrativas, derivadas de las demandas del pliego de prescripciones técnicas de este estudio. El ámbito geográfico es la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2.1.2. TIPO DE MUESTREO

Se ha utilizado la tipología de muestreo por conglomerados polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por las secciones censales, las de segunda etapa por las viviendas y las de última etapa o elementos muestrales por las personas pertenecientes a cada hogar.

2.1.3. ESTRATIFICACIÓN Y AFIJACIÓN MUESTRAL

La afijación muestral es de un total de 1.207 entrevistas. Para que el tipo de muestreo propuesto conduzca a resultados óptimos es conveniente estratificar las unidades muestrales, o al menos las de primera etapa, con el fin de conformar unidades homogéneas entre sí. El objetivo de la estratificación es conseguir grupos lo más homogéneos posible respecto a las variables a estudiar, por un lado, y considerar aquellas características por las que sea necesario desagregar los resultados, por otro. En este caso, se utilizan como criterios de estratificación el territorio histórico y el estrato de hábitat.

A efectos de afijación muestral se establecen cinco estratos definidos por:

- Estrato 1: capital de provincia.
- Estrato 2: municipios menores de 5.000 habitantes.
- Estrato 3: municipios de 5.001 a 20.000 habitantes.
- Estrato 4: municipios de 20.001 a 50.000 habitantes.
- Estrato 5: municipios de 50.001 a 100.000 habitantes.

La asignación muestral por comunidad autónoma y estrato de hábitat se lleva a cabo de forma proporcional a la población de 60 y más años residentes en cada estrato.

2.1.4. TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Entrevista personal en el hogar mediante cuestionario estructurado. La recogida de información se llevó a cabo en el mes de mayo de 2010.

2.1.5. ERROR MUESTRAL

El intervalo de confianza de las estimaciones de porcentajes referidas al total de la muestra se puede acotar en un $\pm 2,9\%$ para las estimaciones de porcentajes correspondientes a categorías igualmente probables ($p = q = 50\%$) a un nivel de confianza del 95%.

2.1.6. SELECCIÓN DE LOS ELEMENTOS MUESTRALES

La selección de las unidades de primera etapa (secciones censales) se realiza de forma proporcional a su tamaño poblacional para garantizar que todo individuo tenga

la misma probabilidad de ser seleccionado. La selección de la vivienda dentro de la sección se realiza mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. La asignación por sección censal es constante e igual a módulos de 7/8 entrevistas. En la última etapa de selección se aplica un sistema de cuotas por sexo y grupo de edad (de 60 años a 69 años, de 70 años a 79 años y 80 y más años) de acuerdo con la estructura demográfica de la población de 60 años y más.

2.1.7. ESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MUESTRA

La distribución final de la muestra figura en la tabla 1.

TABLA 1. **Distribución por hábitat**

Habitat	Capital	> = 5.000	5.000/20.000	20.001/50.000	50.001/100.000	Total
Álava						
Varones	49	14	7	0	0	70
Mujeres	57	12	10	0	0	79
Total	106	26	17	0	0	149
Gipuzkoa						
Varones	38	16	73	26	17	170
Mujeres	71	17	84	28	27	227
Total	109	33	157	54	44	397
Bizkaia						
Varones	95	32	44	72	41	284
Mujeres	114	38	80	95	52	379
Total	209	70	124	167	93	663

2.1.8. VARIABLES E INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS UTILIZADOS

- *Funcionamiento cognitivo: se aplicó el Test de las Fotos (Carnero-Pardo y Montoro-Ríos, 2004) para identificar a las personas con deterioro cognitivo. Es una prueba de detección y cribado de deterioro cognitivo no un test diag-*

nóstico. Consiste en un test cognitivo breve que facilita la detección y el seguimiento de sujetos con deterioro cognitivo y demencia. Esta prueba elimina los problemas que puede ocasionar la presencia de un mayor o menor nivel educativo y presenta prácticamente idénticas propiedades psicométricas al MEC de Lobo, et al. (1979). Su aplicación conlleva un tiempo no superior a los tres minutos. Este cuestionario evalúa en primer lugar la capacidad de denominación del sujeto pidiéndole que nombre seis elementos muy familiares (baraja de cartas, coche, pera, trompeta, zapatos, cuchara). Por cada elemento que nombre adecuadamente se contabiliza un punto. Posteriormente se utiliza una tarea distractora de fluidez verbal, pidiéndole al sujeto, en primer lugar, que durante treinta segundos diga nombres propios de personas del sexo opuesto al suyo y posteriormente, durante otros treinta segundos diga nombres propios de personas de su mismo sexo. Por cada nombre correcto y sin repetición se otorga al sujeto un punto. Finalmente, se le pide que recuerde los seis elementos que se le mostraron al inicio. Si los recuerda directamente se otorgan dos puntos por respuesta correcta y si el recuerdo es facilitado, es decir, es necesario ofrecerle una clave, se otorga un punto por respuesta correcta. La recomendación con respecto a la puntuación es que, si se obtiene una puntuación de 24 o inferior se identifica como deterioro cognitivo, si puntúa entre 25 y 29 sería dudoso y sería recomendable aplicar otro cuestionario como el Eurotest (también desarrollado por Carnero) y a partir de 30 significaría que no existe deterioro cognitivo. No obstante, como el objetivo de este trabajo no es diagnosticar deterioro cognitivo sino identificar a personas que no puedan responder por sí mismas el cuestionario, las puntuaciones se han diferenciado en menor o igual a 24 y mayor de 24. Si la persona obtiene una puntuación menor o igual a 24, esto indica la presencia de un posible deterioro cognitivo siendo necesaria la presencia de un *proxy* para completar el cuestionario. No obstante, siempre en primer lugar se intentará que conteste la persona mayor y, si ella no puede, contestará el *proxy*. Si obtiene una puntuación mayor de 24 la persona mayor contesta por sí misma.

- *Preguntas relacionadas con los malos tratos hacia las personas mayores.* Estas preguntas pertenecen al cuestionario *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las personas mayores* (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) (Pérez-Rojo et al, 2010; Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2008; Yaffé et al., 2008) desarrollado para la detección de sospecha de malos tratos. Las preguntas incluidas son las que hacen referencia a:

— *Malos tratos físico y sexual:* En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...), le ha amenazado o

- atermorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?
- *Psicológico*: En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?
 - *Negligencia*: En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...), le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?
 - *Económico*: En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...), ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Los datos encontrados en el estudio realizado por Pérez et al. (2010) muestran una sensibilidad del 51% y una especificidad de 95%. Estos datos mejoraban en la sensibilidad si solo se tenían en cuenta los datos extraídos a través de servicios sociales (n = 230), encontrando una sensibilidad del 67% y una especificidad del 96%. Incluso mejoran al tener en cuenta sólo a la muestra del País Vasco (n = 131) obteniendo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 94%.

- *Preguntas relacionadas con factores asociados a la presencia de sospecha de malos tratos* como sexo, edad, estado civil, tipo de convivencia, satisfacción, conflictos familiares, carga del cuidado, estado de salud, dependencia, calidad de vida, creencias sobre malos tratos y trato en general a los mayores, etc.
 - *Depresión*: fue evaluada con la versión breve de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión (Center of Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D8) que consta de 8 ítems. La CES-D (Radloff, 1977) es un instrumento clave para medir la prevalencia de síntomas depresivos. Desde su desarrollo ha sido utilizada para medir síntomas depresivos en diferentes poblaciones (personas mayores, adolescentes, mujeres, poblaciones clínicas y minorías étnicas) (Bracke, Levecque y Van de Velde, 2010). Inicialmente la CES-D consistía en 20 ítems autoinformados con el fin de identificar a las poblaciones en riesgo de desarrollar trastornos depresivos. Estos 20 ítems medían dimensiones afectivas y somáticas de la depresión, especialmente reflejadas en quejas tales como el humor deprimido, sentimientos de culpa y de no valía, indefensión y desesperanza.

za, retardo psicomotor, pérdida de apetito y alteraciones del sueño (Radloff, 1977). Las personas que respondían indicaban la frecuencia con la que la semana anterior habían experimentado esos síntomas desde «nunca, muy raramente (menos de un día)» a «frecuentemente, todo el tiempo (5-7 días)». Las respuestas se puntúan según una escala de tipo Likert de 4 puntos de 0 a 3. La puntuación iría de 0 a 60 en la CES-D de 20 ítems y de 0 a 24 en la de ocho ítems, teniendo en cuenta que mayores puntuaciones indican mayor frecuencia depresivas. Esta versión corta con ocho ítems puede ser considerada como un instrumento de medida fiable y válido para la depresión. En un artículo publicado por Blustein, Chan y Guanis (2004) establecen que una puntuación de 4 o superior a 4 en la escala es indicativa de presencia de depresión.

- *Ansiedad*: la escala que se ha utilizado es la Escala de Ansiedad de Goldberg (Goldberg, 1988). Es una escala sencilla, breve y fácil de utilizar y presenta una gran eficacia a la hora de detectar trastornos de ansiedad. Se dirige a población general y consta de nueve ítems de respuesta dicotómica (Sí/No), los últimos cinco sólo se aplican si existen respuestas positivas en las primeras cuatro preguntas. Cada ítem contestado afirmativamente suma un punto, de manera que a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad.
- *Calidad de vida*: se ha utilizado la CASP-12 para medir calidad de vida. Representa una versión breve validada psicométricamente de la versión original de 19 ítems (CASP-19) (Hyde et al., 2003). Identifica aspectos relacionados con la calidad de vida presentes en las personas mayores. CASP son las siglas de cuatro variables incluidas en el instrumento: control, autonomía, autorrealización y satisfacción. Los ítems evalúan el grado en el cual estos aspectos son percibidos a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos. El rango de puntuación está entre 12 y 48 puntos, siendo las categorías de la escala «calidad de vida baja» si es menor la puntuación a 35 puntos, «moderada calidad de vida» si está entre 35 y 37 puntos, «alta calidad de vida» si está entre 37-39 y «muy alta calidad de vida» si está entre 39-41 (SHARE, 2004).
- *Carga*: evaluada a partir de ítems seleccionados de la Escala de Carga del Cuidador (The Burden Interview; Zarit et al., 1980; Zarit y Zarit, 1982). Esta escala consta de 22 ítems que miden el impacto percibido del cuidador, acerca de la situación de cuidado, sobre su salud física, su salud emocional y actividades sociales. El cuidador responde sobre una escala de 5 puntos tipo Likert describiendo en qué medida cada afirmación se aplica a su caso. Las respuestas van desde 0= nunca a 4 = casi siempre (Rango de 0 a 88). Examina el grado de carga experimentado a través del rol del cuidador, lo

cual ha sido encontrado como relacionado altamente con la institucionalización del paciente (Deimling y Bass, 1986; Gilhooly, 1984). Esta escala presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .88$). Para la realización de este estudio se han seleccionado 12 de sus ítems.

- *Riesgo de malos tratos hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores*: evaluado a través de la *Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador* (Caregiver Abuse Screen; CASE; Reis y Nahmiash, 1995). Consta de ocho ítems con dos opciones de respuesta y se utiliza para detectar malos tratos físicos, psicosociales o negligencia hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores. Esta escala presenta una moderada consistencia interna ($\alpha = .75$) (Rango de 0 a 8). Cada respuesta afirmativa a las preguntas puntúa un punto, de manera que a mayor puntuación mayor riesgo.
- Además, se ha incluido también *la sospecha de malos tratos por parte del entrevistador*, por lo que esto nos permite tener dos fuentes de información sobre la sospecha: la propia persona mayor y el entrevistador, que ha recibido entrenamiento previo para detectar este tipo de situaciones.

Es muy importante resaltar que en el caso de realizar la encuesta a *proxys* (familiares en la mayoría de los casos) para obtener información de personas en situación de dependencia que no puedan realizar la entrevista, no se han realizado las preguntas relacionadas con los malos tratos por razones obvias: existen muchas posibilidades de que estas personas cuidadoras puedan estar implicadas en la perpetración de los malos tratos.

2.1.9. PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios se han aplicado en formato de entrevista individual presencial por un entrevistador específicamente entrenado para ello. Se ha ofrecido material impreso con las opciones de respuesta para facilitar la comprensión de las preguntas por parte de los participantes.

2.1.10. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

A continuación se muestran las características sociodemográficas de la muestra, tanto en porcentaje (%) como en tamaño (N).

TABLA 2. Características sociodemográficas de la muestra

	Variable	%	N
Sexo	Hombre	43,4	524
	Mujer	56,6	683
Edad	60 a 74 años	61,9	748
	75 y más años	38,1	459
Provincia	Álava	12,2	148
	Gipuzkoa	32,8	396
	Bizkaia	55,0	663
Estado civil	Soltero	6,3	76
	Casado/Conviviendo	61,4	741
	Separado/Divorciado	2,9	35
	Viudo/a	29,4	355
Número de hijos	1	14,8	179
	2	38,0	458
	3	19,5	236
	4	9,5	115
	5	4,2	51
	Más de 5	2,7	34
Composición del hogar	Solos	22,3	270
	Otros	74,5	899
Propiedad de la vivienda	De su propiedad/del cónyuge	90,2	1.088
	Propiedad de los hijos	3,5	42
	Propiedad de otro familiar	1,8	22
	Alquiler	3,8	45
	Prestada o cedida	0,2	2
	Otras situaciones	0,6	7
Nivel de instrucción	No sabe leer ni escribir (analfabeto)	2,0	24
	Sin estudios, pero sabe leer y escribir y primarios incompletos	47,1	568
	Educación Primaria	38,2	461
	Educación Secundaria y Superior	11,8	142
Hábitat	Capital	35,1	424
	Menor de 5.000	10,7	129
	Entre 5.000 y 20.000	24,6	297
	Entre 20.000 y 50.000	18,3	221
	Entre 50.000 y 100.000	11,3	137

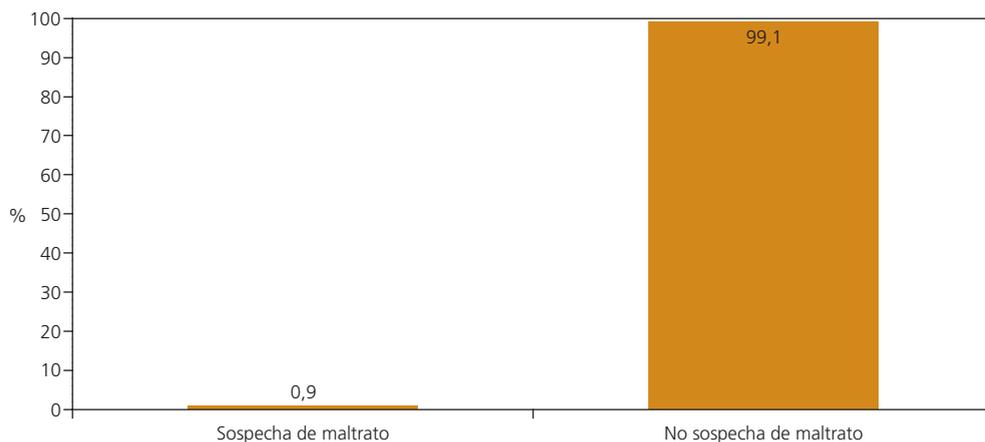
Variable		%	N
Nivel de ingresos mensuales	Menos de 300	0,5	6
	301-600	14,3	173
	601-900	26,0	314
	901-1.200	17,9	217
	1.201-1.800	8,9	107
	Más de 1.801	5,4	65

2.2. RESULTADOS

2.2.1. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE MALOS TRATOS PERCIBIDA POR LA PERSONA MAYOR

El 0,9% de las personas mayores de 60 y más años entrevistadas declaran recibir algún tipo de malos tratos (gráfico 1). Teniendo en cuenta que la población de personas mayores de 60 y más años en Euskadi es de 552.092, se podría estimar que en 4.969 personas de 60 y más años existe la sospecha de que pueden estar sufriendo malos tratos.

GRÁFICO 1. Prevalencia de la sospecha de malos tratos percibida por la persona mayor



2.2.2. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE MALOS TRATOS PERCIBIDA POR EL ENTREVISTADOR

Los entrevistadores han percibido sospecha de malos tratos en un 1,5% de los casos, todos ellos no declarados por el entrevistado. Es decir, son casos diferentes a los computados en el 0,9%. La extrapolación de este porcentaje a la población vasca de 60 y más años, supondría unas 8.280 personas más. Tanto la prevalencia informada por la persona mayor como la informada por el entrevistador podrían sumarse, pero por cuestiones de rigor científico se ha decidido expresar estas estimaciones de forma separada ya que se trata de dos colectivos diferentes. No obstante, una vez más nos encontramos ante una información frágil, que hace suponer que solo se hace visible la punta de este iceberg en el que permanecen ocultas muchas situaciones contra las que habría que intervenir.

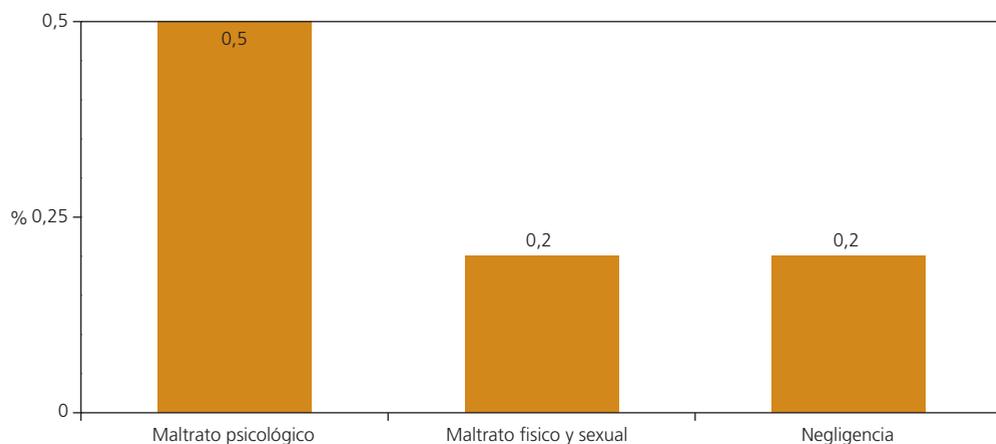
Los entrevistadores que detectan sospecha de malos tratos señalan la presencia de algunos de los siguientes indicadores asociados:

- Falta de higiene.
- Problemas de habitabilidad en la casa.
- La casa no reúne condiciones higiénicas.
- No satisfacción con relación con familiares, amigos y allegados.
- Tristeza.
- Ansiedad, tensión y rigidez.
- Carece de ayudas técnicas necesarias.

2.2.3. TIPOS DE MALOS TRATOS

En el gráfico 2 se puede observar que los malos tratos percibidos con mayor frecuencia por parte de la persona mayor son los malos tratos psicológico (0,5%) seguido de la negligencia (0,2%) y los malos tratos físicos y sexuales (0,2%). No se han encontrado casos de malos tratos económicos. Sin duda, esta ausencia esconde potentes determinantes culturales en los que se pueden producir situaciones de abuso de confianza, que pueden provocar que situaciones de uso del dinero propio en el ámbito familiar no se perciban como malos tratos. Asimismo, sería necesario hacer un análisis en profundidad de las prácticas del sistema bancario, ya que se han detectado bastantes situaciones irregulares en el uso de los fondos de personas mayores.

GRÁFICO 2. Tipos de malos tratos



- La mayoría de las personas mayores (75%) declaran sufrir un solo tipo de malos tratos.
- Al igual que en otros estudios analizados, una parte de las personas mayores que se perciben como maltratadas informan de más de un tipo de malos tratos; en concreto, el 25% declara sufrir dos tipos de malos tratos.
- Ninguna de las personas entrevistadas declara sufrir más de dos tipos de malos tratos

2.2.4. FACTORES ASOCIADOS A LA SOSPECHA DE MALOS TRATOS PERCIBIDOS POR LA PERSONA MAYOR

Estos factores pueden encontrarse presentes en la persona mayor, en el responsable de los malos tratos o en el contexto de la situación.

2.2.4.1. Factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en la persona mayor

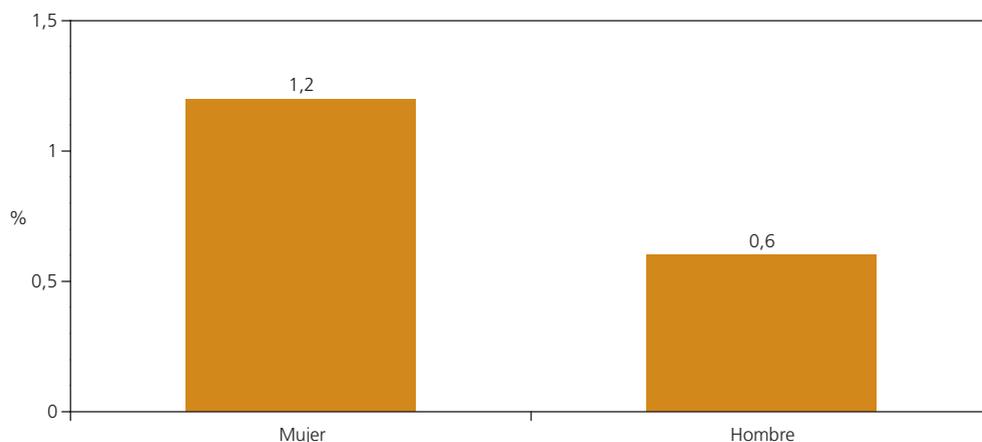
a) *Sexo*:

El porcentaje de mujeres que perciben malos tratos duplica al porcentaje de hombres (gráfico 3).

Del total de las personas que se perciben como maltratadas el 72,6% son mujeres y el 27,4% son hombres. Estos datos son consistentes con lo encontrado en la literatura científica. El mayor porcentaje de mujeres mayores con sospecha de malos tratos puede ser explicado desde varias perspectivas:

- en base a que el porcentaje de mujeres mayores es superior al de hombres;
- generalmente, es más probable que una mujer mayor maltratada necesite ayuda sociosanitaria;
- es más probable que una mujer mayor informe de que está siendo maltratada en comparación con los hombres mayores;
- pero, además, y quizás esto es lo mas importante, también parece existir continuidad y coherencia, con los datos conocidos sobre violencia de género. A pesar de que no consideramos correcto asimilar los dos tipos de violencia porque sus características son diferentes, en este caso parece interesante hacer hincapié en el número de mujeres muertas por violencia de género mayores de 60 años en el País Vasco durante 2009.

GRÁFICO 3. **Relación entre sospecha de malos tratos y sexo de la persona**



b) *Edad:*

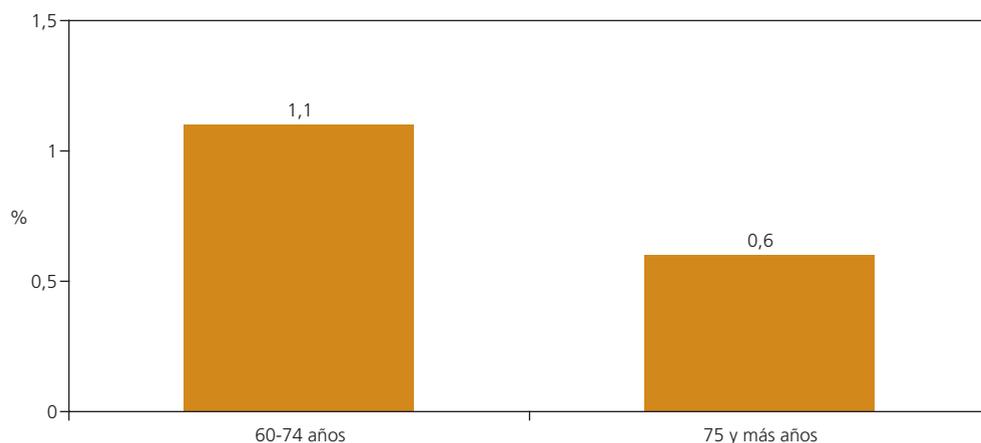
Como se muestra en el gráfico 4, el 1,1% de las personas de 60 a 74 años se perciben como maltratadas mientras que en el grupo de 75 y más años este porcentaje disminuye al 0,6%.

En definitiva, del total de las personas que se perciben como maltratadas, el 75% pertenecen al grupo de edad de entre 60 y 74 años

Se podrían formular algunas hipótesis que permitieran explicar estos resultados. Una de ellas, por ejemplo, señala que entre las personas de 75 años y más, el porcentaje de personas con deterioro cognitivo es mayor (21%) que entre el grupo de personas de 60-74 años (10,2%). Esto ha provocado que un porcentaje importante de personas de 75 años o más no haya podido responder a las preguntas sobre malos tratos ya que han sido los *proxys* los que han respondido al cuestionario.

Por otra parte, el grado de fragilidad de las personas muy mayores, unido a la dependencia de sus cuidadores en cualquiera de sus modalidades, aparece como un claro impedimento a la hora de declarar estas situaciones.

GRÁFICO 4. **Relación entre sospecha de malos tratos y edad de la persona mayor**



c) *Estado civil:*

En el gráfico 5 se muestra la relación entre estar separado o divorciado y la sospecha de malos tratos. Estos resultados se corresponden con los obtenidos por Vida et al. (2002) en su estudio.

d) *Salud percibida:*

Como puede observarse en el gráfico 6, tal y como señalan otros estudios, las personas en las que se sospecha de la existencia de malos tratos informan de una peor salud percibida.

GRÁFICO 5. Relación entre la sospecha de malos tratos y el estado civil

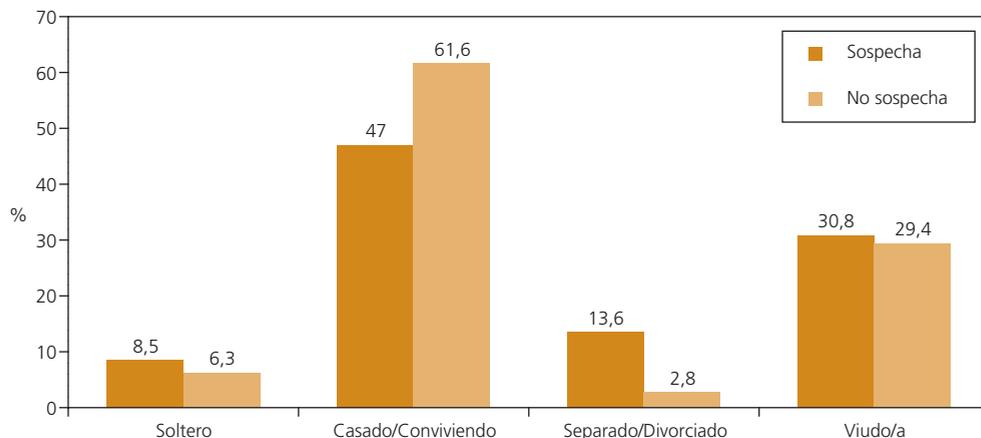
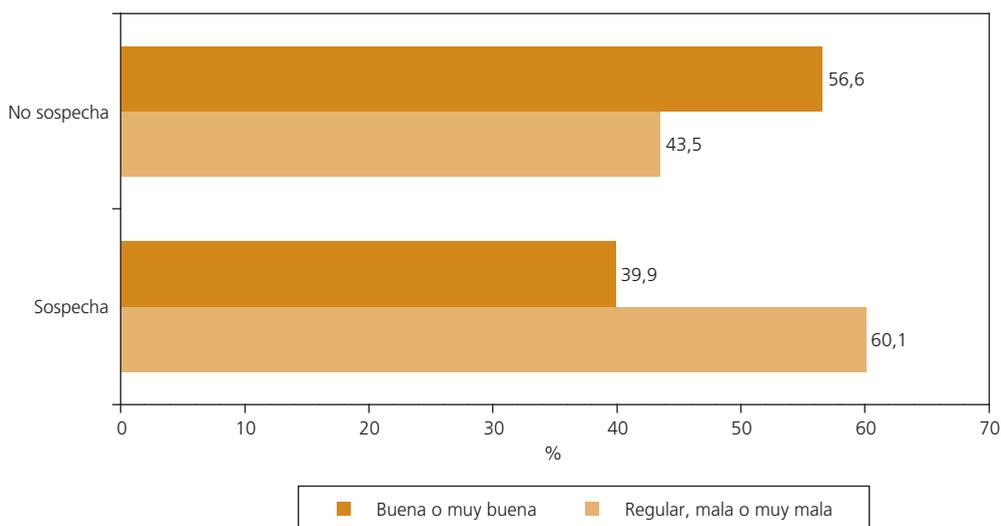
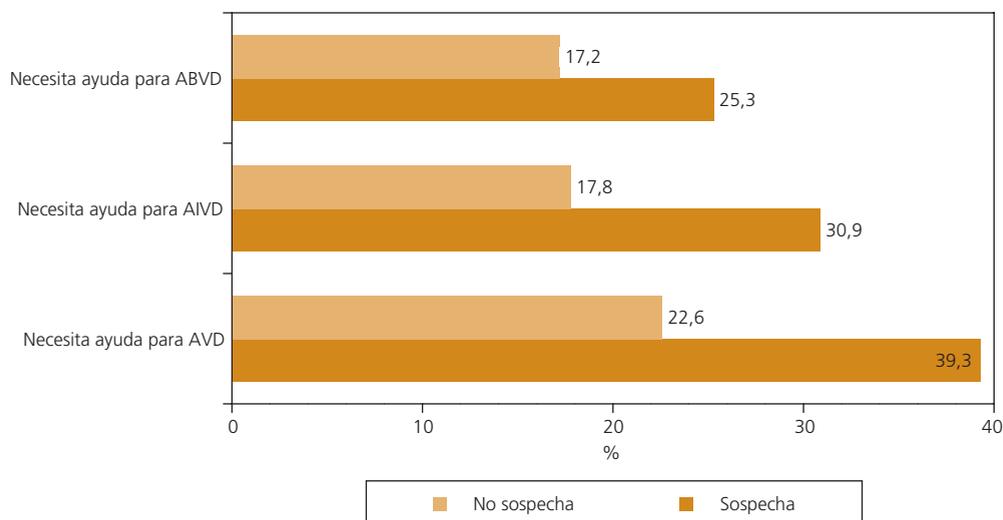


GRÁFICO 6. Relación entre la sospecha de malos tratos y la salud percibida



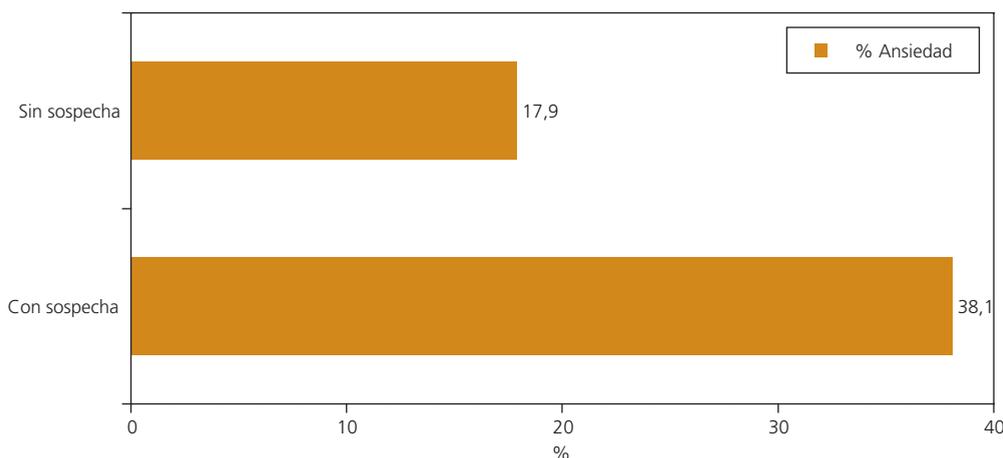
e) *Dependencia para actividades de la vida diaria:*

Las personas mayores que se perciben como maltratadas muestran una mayor dependencia para la realización de actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales (gráfico 7). Buena muestra de su nivel de dependencia es que el 100% recibe algún tipo de ayuda. La dependencia es un factor que en muchos estudios se encuentra asociado a los malos tratos hacia las personas mayores.

GRÁFICO 7. Relación entre la sospecha de malos tratos y la dependencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

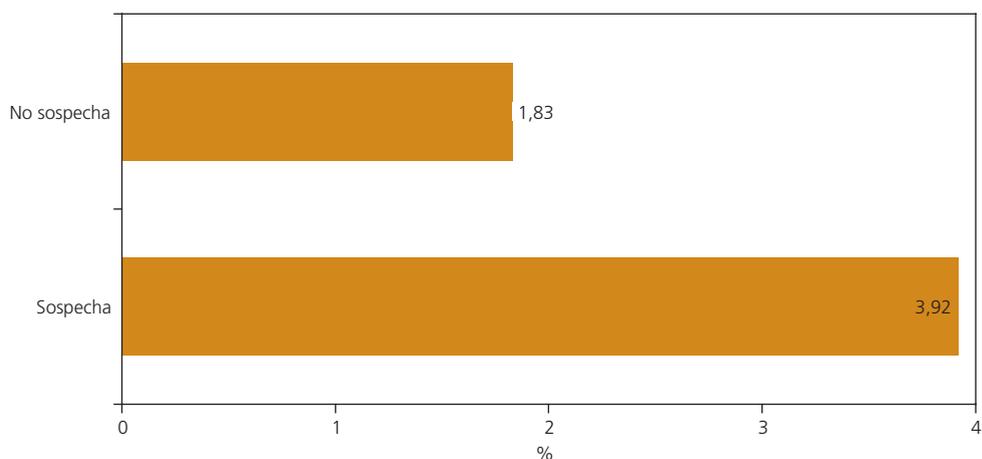
f) *Ansiedad:*

La ansiedad se ha evaluado con la escala de Goldberg. En el gráfico 8 se muestra cómo las personas mayores que presentan ansiedad duplican el grado de sospecha de malos tratos que las que no presentan ansiedad.

GRÁFICO 8. Relación entre sospecha de malos tratos y ansiedad

g) *Depresión:*

La depresión ha sido evaluada con la escala CES-D. La media de depresión en el grupo donde existe sospecha de malos tratos es significativamente mayor (3,92) que en el grupo donde no existe dicha sospecha (1,83) (gráfico 9). Este, como otros indicadores, constituyen una buena muestra de la consistencia de los datos encontrados, ya que, concretamente en este caso, la aparición de indicadores de depresión, es prácticamente el doble.

GRÁFICO 9. **Relación entre sospecha de malos tratos y depresión**h) *Calidad de vida:*

Como se puede observar en el gráfico 10, entre las personas con sospecha de malos tratos la calidad de vida que experimentan es significativamente más baja que entre los que no presentan sospecha de malos tratos. Este es el primer estudio en el que se incluye esta variable y sus resultados nos ofrecen una clave para trabajar en la prevención e intervención ante casos de sospecha de malos tratos.

i) *Relaciones familiares:*

Para evaluar cómo son las relaciones familiares de las personas mayores se les preguntaba por un lado, el grado de satisfacción de 0 a 10 que experimentaban con sus hijos/as u otros familiares y, por otro lado, si existían conflictos familiares. En el gráfico 11 se muestra que las personas con sospecha de malos tratos presentan un menor grado de satisfacción con las relaciones familiares y en el gráfico 12 se observa que entre las personas mayores en las que se sospecha la existencia de malos tratos, la presencia de conflictos familiares es significativamente mayor.

GRÁFICO 10. Relación entre la sospecha de malos tratos y la calidad de vida

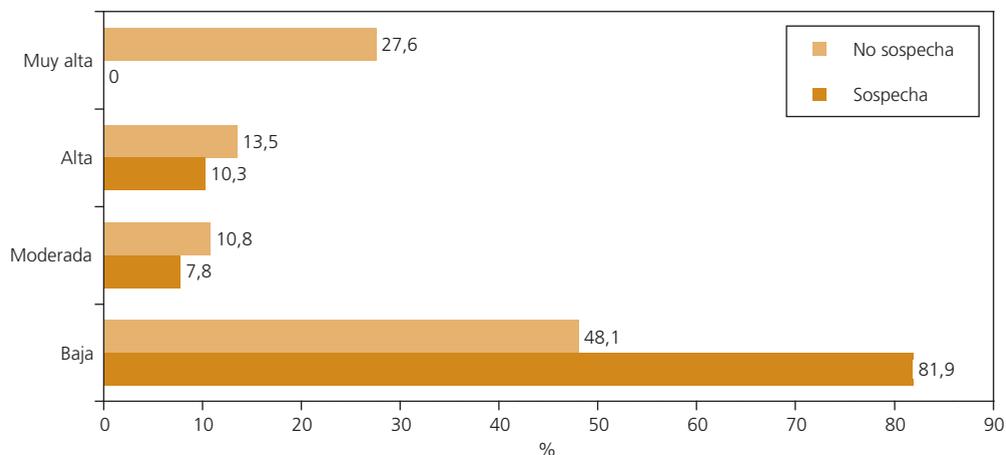
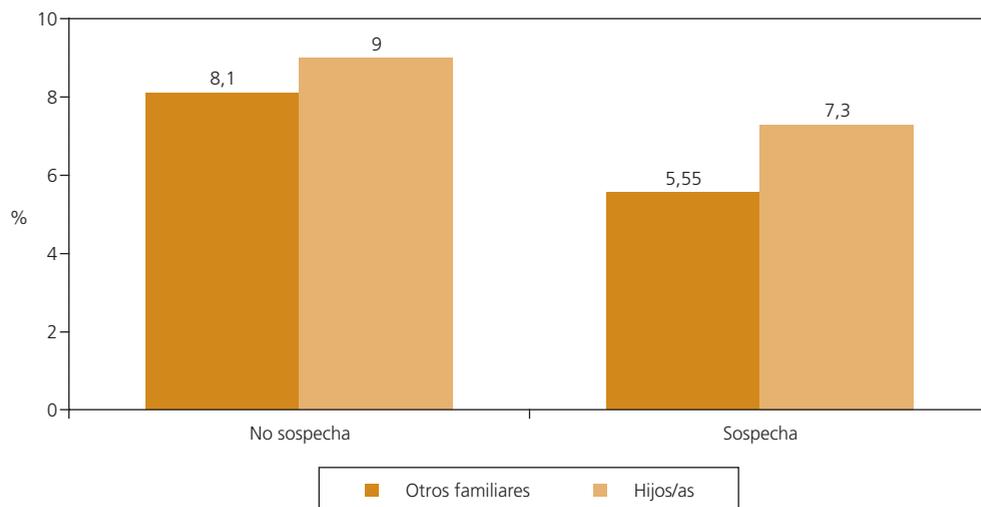


GRÁFICO 11. Relación entre la sospecha de malos tratos y el nivel de satisfacción con las relaciones familiares



j) Nivel de satisfacción:

Se ha evaluado el nivel de satisfacción de 0 a 10 en relación a diferentes aspectos como el nivel de vida, estado de salud, logros que ha alcanzado en la vida, sus relaciones personales, la forma en la que emplea su tiempo. Encontrando que las personas con sospecha de malos tratos señalan estar menos satisfechas con estos aspectos en comparación con las personas mayores sin sospecha de malos tratos (gráfico 13).

GRÁFICO 12. Relación entre la sospecha de malos tratos y la presencia de conflictos familiares

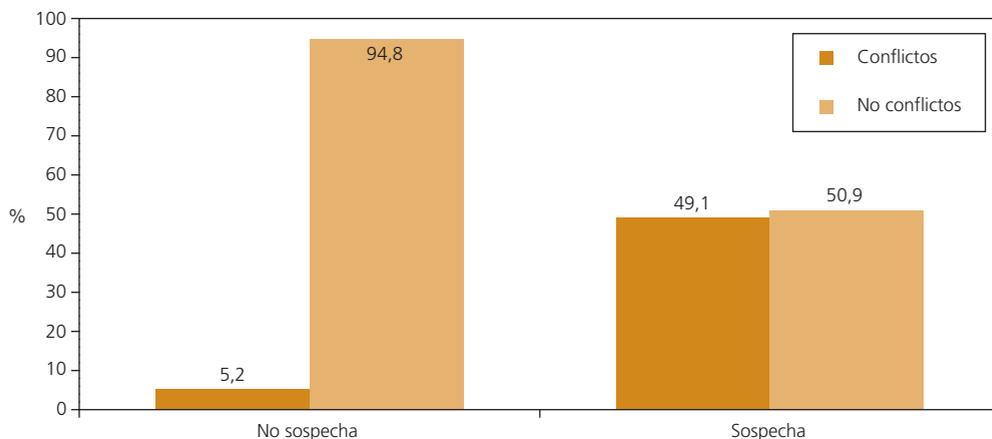
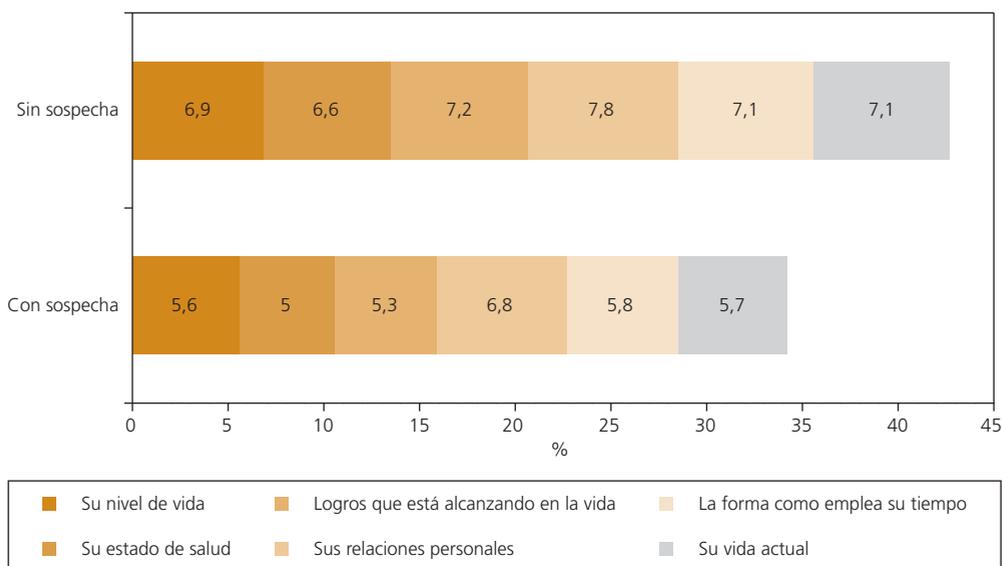


GRÁFICO 13. Relación entre la sospecha de malos tratos y el nivel de satisfacción



k) *Apoyo social:*

Las personas mayores con sospecha de malos tratos describen un mundo bastante carente en lo que a redes de apoyo se refiere. Declaran que les gustaría ver más a

sus familiares (gráfico 14). Además no participan en actividades sociales con tanta frecuencia como les gustaría (gráfico 15). En definitiva, su mundo afectivo y social es escaso, o, cuando menos, insatisfactorio para ellos.

GRÁFICO 14. Relación entre la sospecha de malos tratos y expectativas de contacto personal

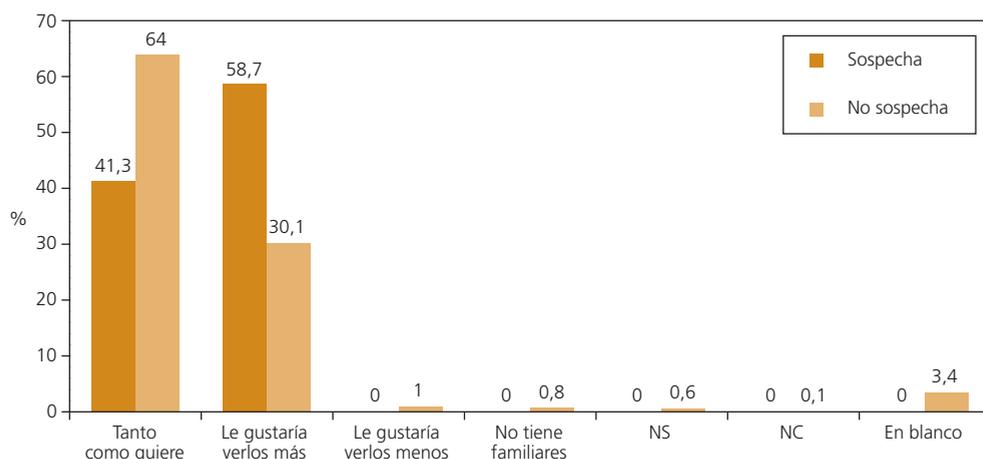
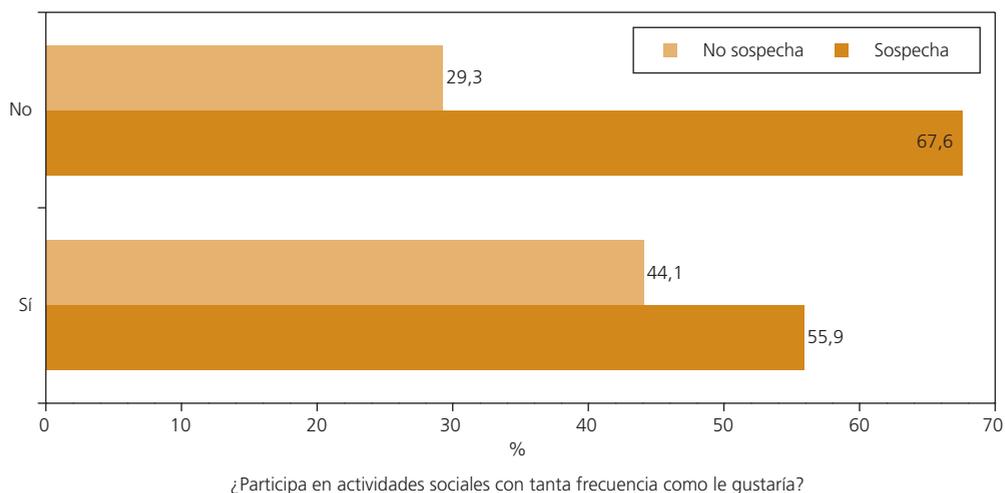
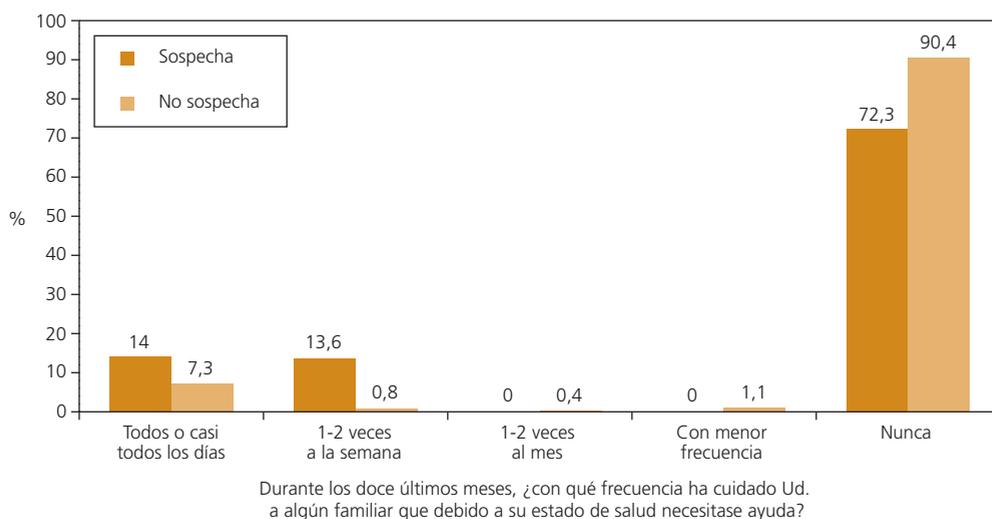


GRÁFICO 15. Relación entre la sospecha de malos tratos y participación en actividades sociales



1) *Actividad cuidadora:*

Aunque la mayoría de las personas en las que existe sospecha de malos tratos no son cuidadoras, aquellas que sí realizan tareas de cuidado lo realizan con frecuencia casi diaria (gráfico 16).

GRÁFICO 16. **Relación entre sospecha de malos tratos y la actividad cuidadora**

Asimismo, las personas mayores que se perciben como maltratadas han prestado cuidado personal a otras personas con mayor frecuencia que las que no se perciben como maltratadas (gráfico 17). Sin entrar en análisis detallados sobre estas situaciones, podríamos al menos inferir que la reducción de contactos y redes sociales y familiares, unidas a actividad cuidadora intensa, podrían constituir un indicador de riesgo para estas personas.

II) *Modelos de convivencia y actividad cuidadora:*

Las personas mayores que se perciben como maltratadas no viven con las personas a las que prestan cuidados (49,3%) (gráfico 18).

m) *Carga asociada al cuidado:*

Una persona que cuida de otra puede experimentar un estado de sobrecarga y sentimientos negativos hacia la persona cuidada. Por ello se han seleccionado algunos ítems de la escala de Zarit que evalúa carga asociada al cuidado para mostrar lo

GRÁFICO 17. Relación entre la sospecha de malos tratos y proporcionar cuidado personal a otra persona

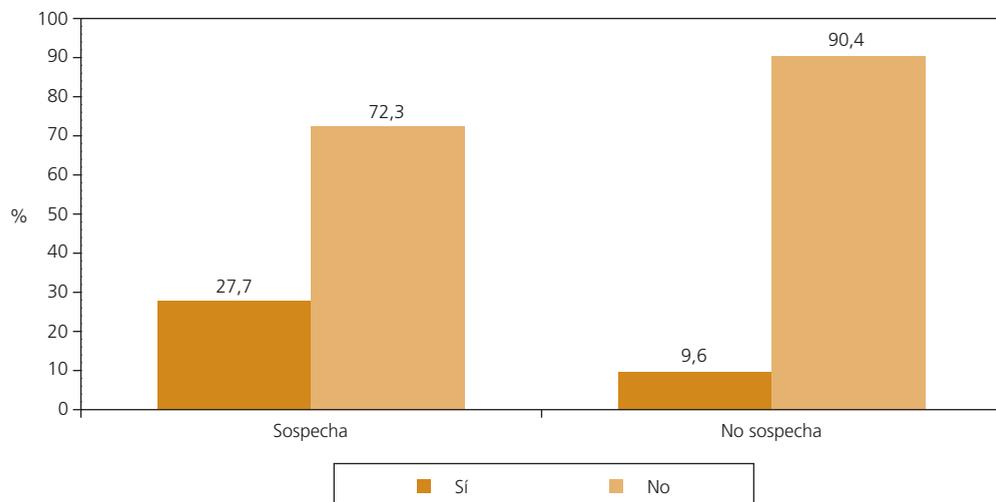
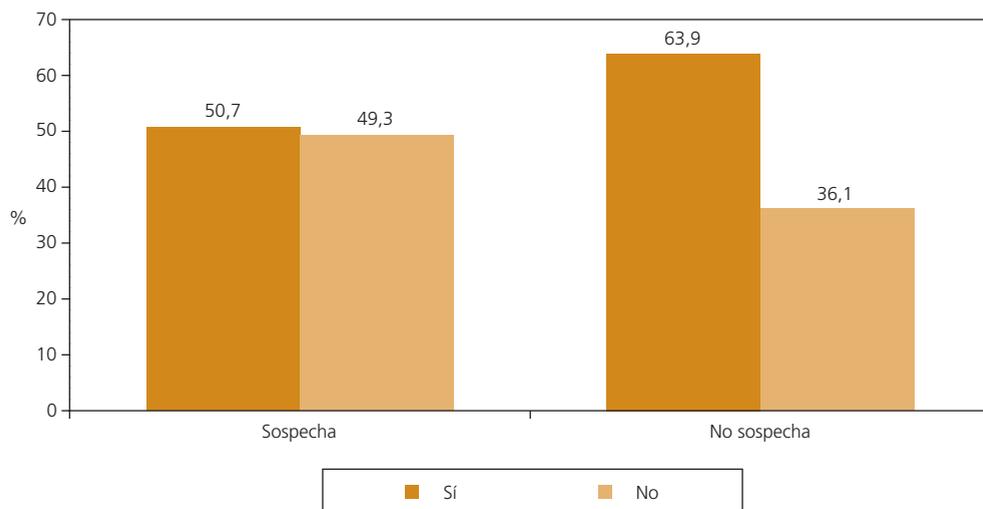


GRÁFICO 18. Relación entre la sospecha de malos tratos y modelos de convivencia



observado en la muestra analizada. En ésta se han encontrado las siguientes características en las personas mayores que se consideran maltratadas:

- Falta de tiempo.
- Tensión.

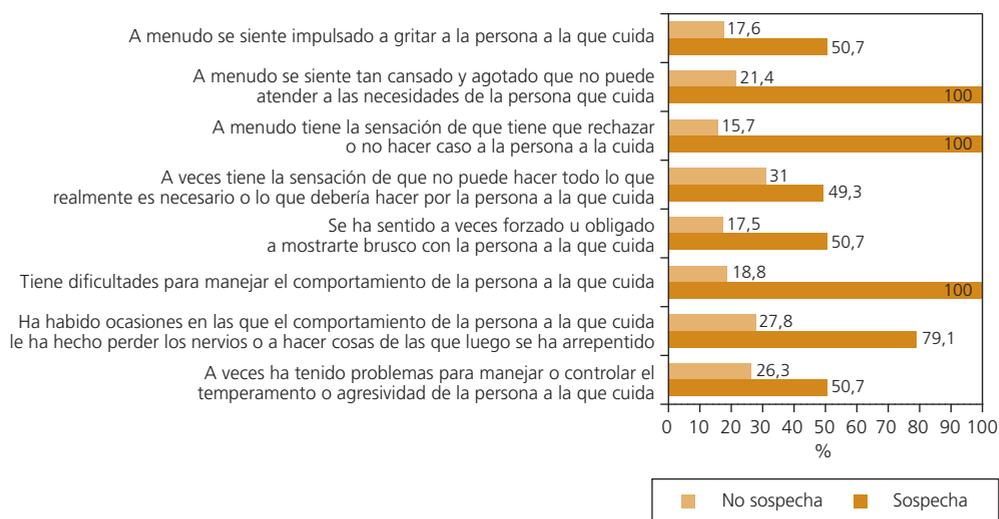
- Consecuencias negativas con la red social.
- Temor.
- Problemas de salud.
- Falta de intimidad.
- Relaciones sociales afectadas.
- Deseo de transferencia del cuidado.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Sobrecarga.

n) *Riesgo de malos tratos:*

Las personas mayores que se perciben como maltratadas pueden presentar, al mismo tiempo, riesgo de maltratar a la persona a la que cuidan. Para ello se ha utilizado la escala CASE y se han encontrado los siguientes resultados. Las personas mayores que cuidan de otras señalan que (gráfico 19):

- A veces han tenido problemas para manejar o controlar el temperamento o agresividad de la persona a la que cuida.
- Ha habido ocasiones en las que el comportamiento de la persona a la que cuida le ha hecho perder los nervios o hacer cosas de las que luego se ha arrepentido.
- Tiene dificultades para manejar el comportamiento de la persona a la que cuida.

GRÁFICO 19. **Relación entre la sospecha de malos tratos y el riesgo de malos tratos**



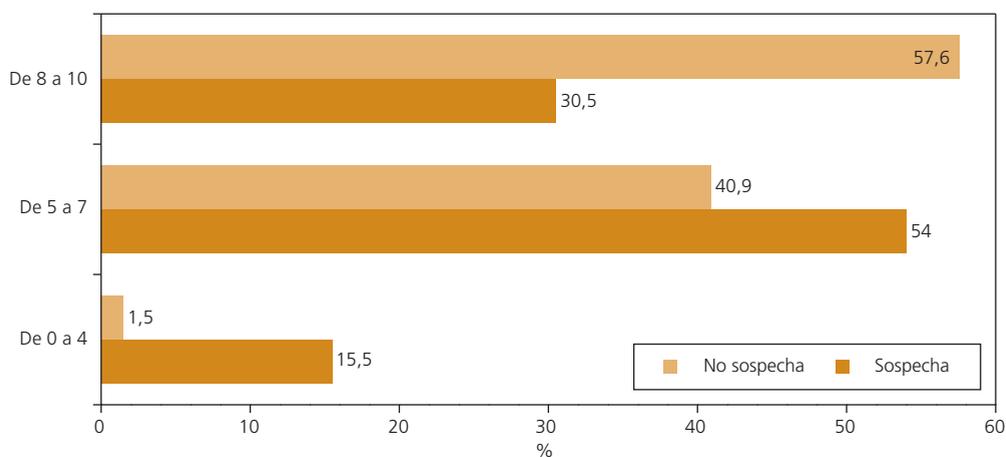
- Se han sentido a veces forzados u obligados a mostrarse bruscos con la persona a la que cuidan.
- A veces tienen la sensación de que no puede hacer todo lo necesario o lo que debería hacer por la persona a la que cuida.
- A menudo tienen la sensación de que tienen que rechazar o no hacer caso a la persona a la que cuidan.
- A menudo se sienten tan cansados y agotados que no pueden atender a las necesidades de las personas a las que cuidan.
- A menudo se sienten impulsados a gritar a la persona a la que cuidan.

Los porcentajes no tienen que sumar 100, sino que hacen referencia al porcentaje de personas que responden que sí a esos ítems y su relación con la sospecha o no sospecha de malos tratos.

ñ) *Estado de su vivienda:*

Las personas que se perciben como maltratadas señalan que el estado de su vivienda es malo o medio (gráfico 20).

GRÁFICO 20. Relación entre la sospecha de malos tratos y la valoración del estado de su vivienda



o) *Realización de actividades:*

Las personas que se perciben como maltratadas tienen un mundo reducido en cuanto a su participación en todo tipo de actividades (sedentarias, culturales, educativas, turismo o viajes, voluntariado, uso de nuevas tecnologías).

p) *Resiliencia:*

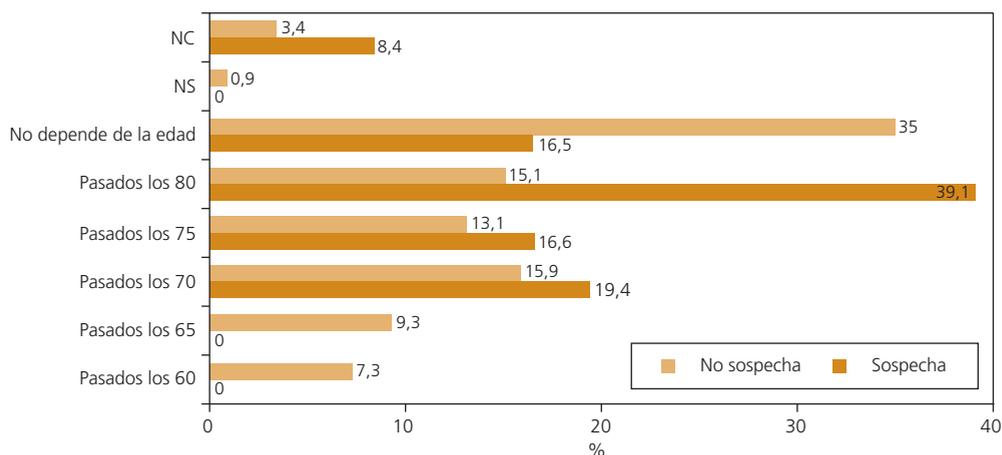
Consiste en la capacidad para afrontar las situaciones que se presentan en la vida. Las personas mayores que se perciben como maltratadas muestran las siguientes características:

- No son capaces de adaptarse a los cambios.
- Las cosas no van peor según se van haciendo mayores.
- No creen que a medida que te haces mayor seas menos útil.
- Son tan felices ahora como cuando eran más jóvenes.

q) *Percepción de las personas mayores:*

Se han evaluado una serie de variables relacionadas con cómo se ven las personas mayores a sí mismas y cómo creen que les ven los demás. La idea central de estas preguntas reside en conocer la presencia de estereotipos negativos asociados a la vejez que pueden conducir a situaciones de malos tratos. Una de estas preguntas está relacionada con la edad a la que creen que una persona ya es mayor, en este caso, las personas mayores que se percibían como maltratadas señalaban que una persona era mayor a partir de los 80 años (gráfico 21). Además, creen que los demás les ven como: productivos, tolerantes, frágiles, desamparados, torpes, marginados desconfiados. La imagen global que transmiten la mayoría de estos adjetivos es una imagen negativa y se puede observar la presencia de diferentes estereotipos asociados al envejecimiento.

GRÁFICO 21. **Relación entre la sospecha de malos tratos y la edad a la que una persona es mayor**



r) *Preocupación por la vejez:*

Las personas que se perciben como maltratadas manifiestan mayor preocupación por la vejez que el resto de los entrevistados (gráfico 22). Esta preocupación está especialmente asociada al deterioro físico (peor estado de salud, menor atractivo, no poder valerse por sí mismo), que asocian a la vejez (76,5%) (gráfico 23).

GRÁFICO 22. Relación entre la sospecha de malos tratos y la preocupación por la vejez

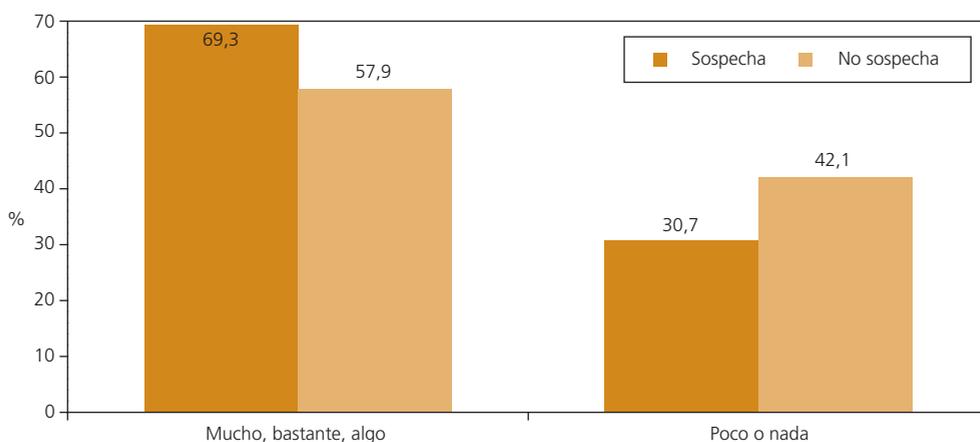
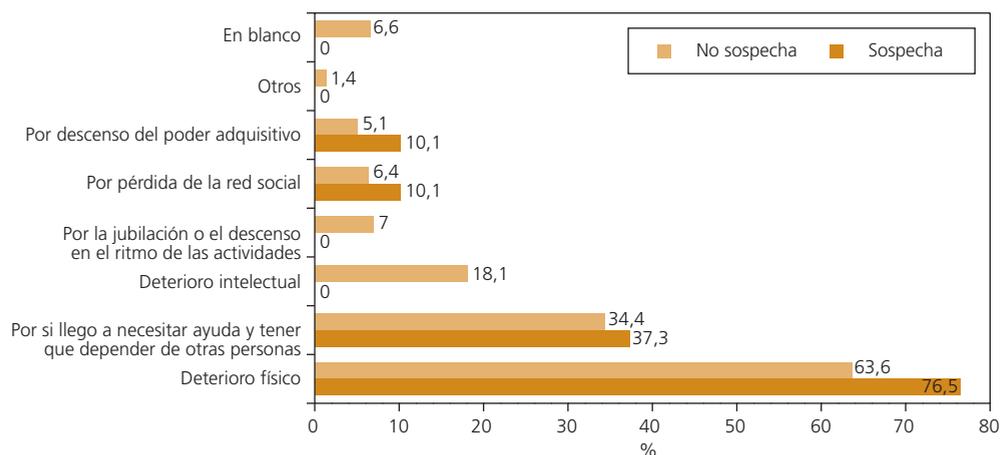


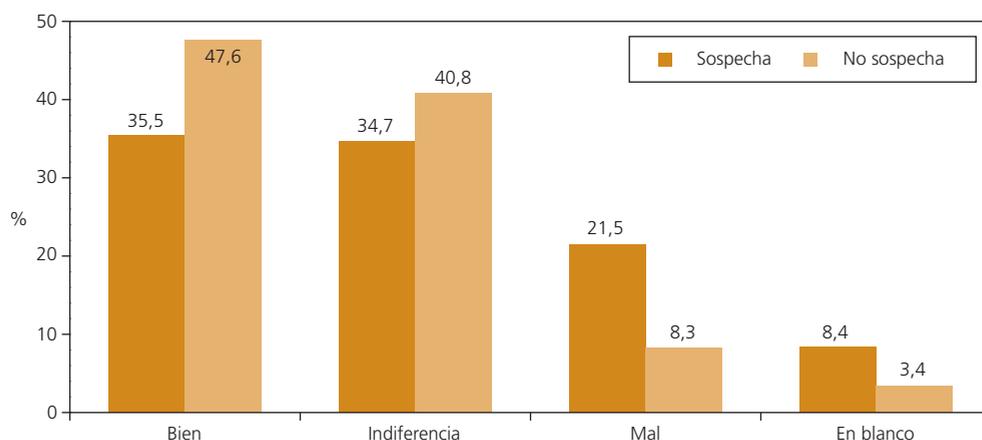
GRÁFICO 23. Relación entre la sospecha de malos tratos y el motivo de preocupación



s) *Trato de la sociedad a las personas mayores:*

Las personas mayores con sospecha de malos tratos tienen una percepción negativa más acusada sobre el trato que reciben de la sociedad, superando en un 13% aquellas personas que piensan que las sociedad les trata claramente mal, en relación a las que no han declarado malos tratos (gráfico 24).

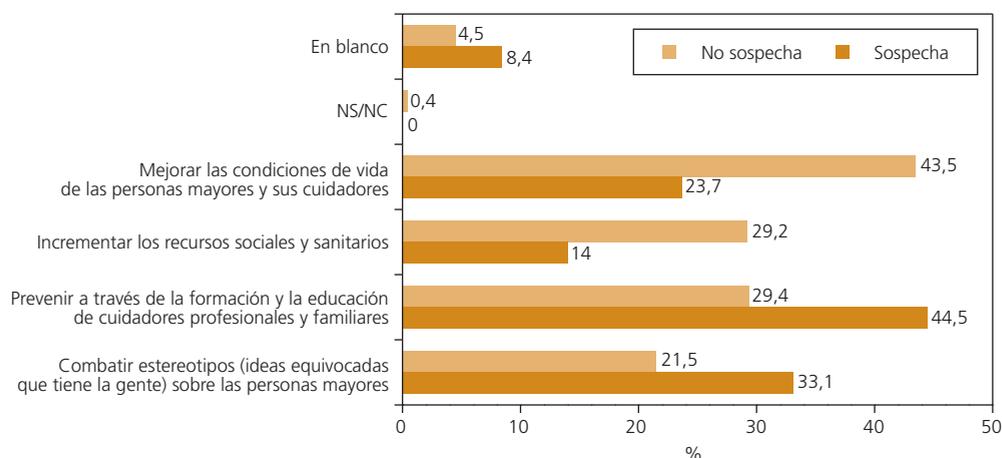
GRÁFICO 24. Relación entre la sospecha de malos tratos y como creen las personas mayores que les trata la sociedad



t) *Medidas para prevenir los malos tratos:*

Las personas que se perciben como maltratadas señalan que la mejor medida para prevenir los malos tratos y la negligencia hacia las personas mayores es combatir estereotipos, es decir, ideas equivocadas que tiene la gente sobre las personas mayores y prevenir a través de la formación y la educación de cuidadores profesionales y familiares (gráfico 25). Mientras que en las personas que no se perciben como maltratadas las medidas para la prevención a las que hacen referencia son incrementar los recursos sociales y sanitarios y mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y sus cuidadores. Unas y otras soluciones propuestas aparecen sistemáticamente en otras investigaciones de carácter cualitativo, por lo que habrán de ser tenidas en cuenta para el diseño de acciones contra los malos tratos.

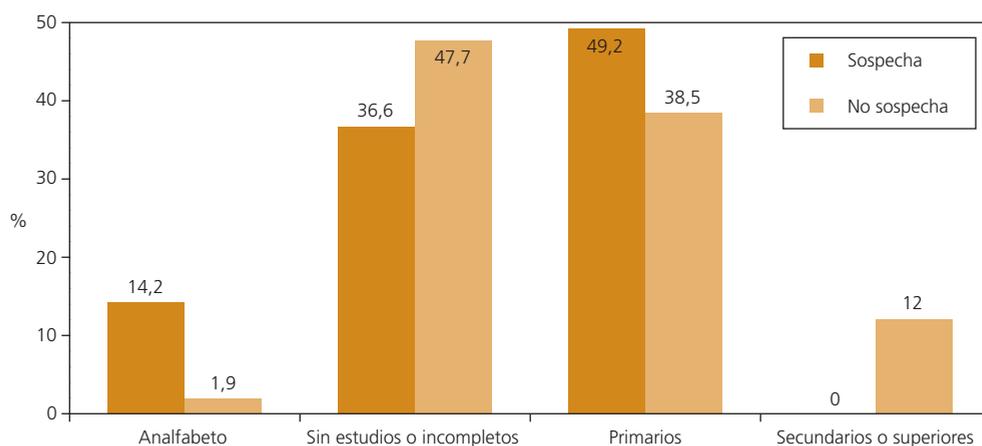
GRÁFICO 25. Relación entre la sospecha de malos tratos y las medidas para su prevención



u) *Nivel de instrucción:*

Tal y como se muestra en el gráfico 26, las personas con sospecha de malos tratos tienen un nivel de instrucción bastante bajo, de tal forma que en torno al 50% se sitúan entre el analfabetismo o los estudios primarios incompletos. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Lowenstein et al. (2009).

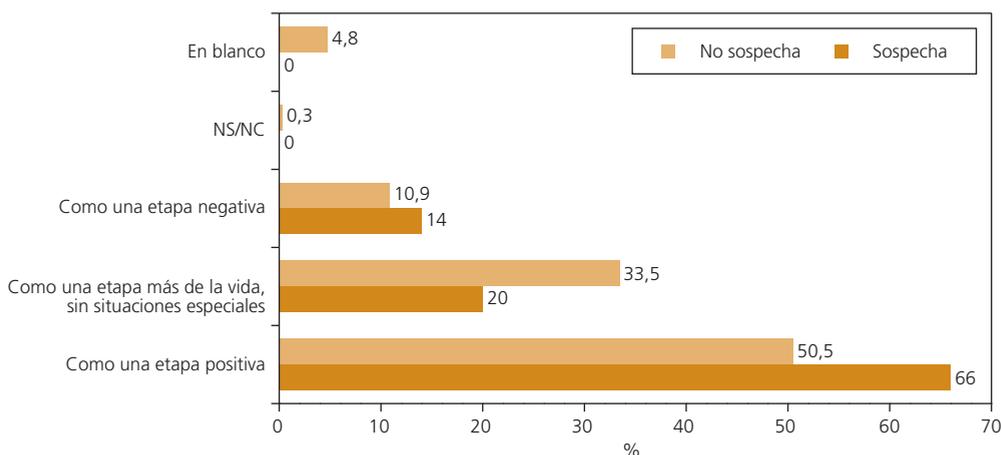
GRÁFICO 26. Relación entre la sospecha de malos tratos y el nivel educativo



v) *Percepción de la jubilación:*

Las mayoría de las personas que se perciben como maltratadas viven su jubilación como una etapa positiva (gráfico 27).

GRÁFICO 27. Relación entre la sospecha de malos tratos y la percepción de la jubilación

w) *Situación económica:*

Un importante porcentaje (36,4%) de las personas que se perciben como maltratadas tienen unos ingresos mensuales bajos, entre 301 y 600 euros (gráfico 28). Parece claro que los entornos carenciales en cualquiera de sus manifestaciones aparecen como indicadores de riesgo. Esta circunstancia se constata en otras investigaciones: Lowenstein et al. (2009) encuentran una clara relación entre la sospecha de malos tratos y bajos niveles económicos.

x) *Satisfacción con su situación económica:*

En consecuencia con los datos reflejados anteriormente, las personas que se perciben como maltratadas no están satisfechas con su situación económica (42,2%) evaluada ésta de 0 a 10 y siendo la satisfacción media 4,42 (gráfico 29).

GRÁFICO 28. Relación entre la sospecha de malos tratos y la situación económica

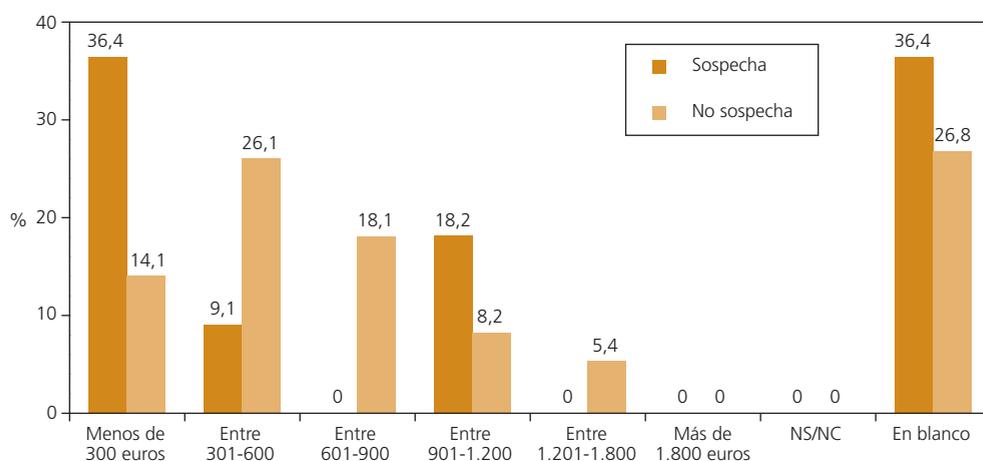
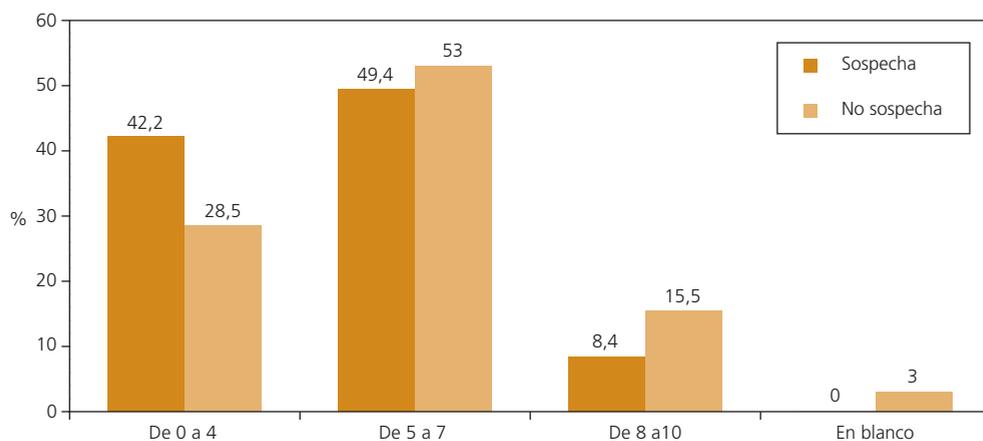
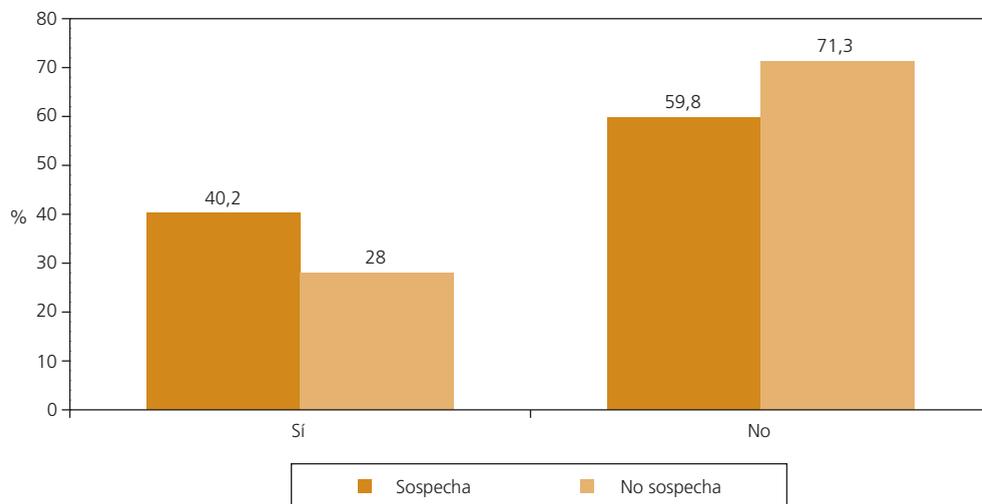


GRÁFICO 29. Relación entre la sospecha de malos tratos y su satisfacción con su situación económica



y) *Presencia de un acompañante:*

Las personas mayores que se perciben como maltratadas han estado acompañadas durante la entrevista (gráfico 30) en un porcentaje significativo de los casos. Parece razonable suponer que su grado de sinceridad y expresividad de las situaciones no ha podido ser muy satisfactorio.

GRÁFICO 30. Relación entre sospecha de malos tratos y presencia de un acompañante

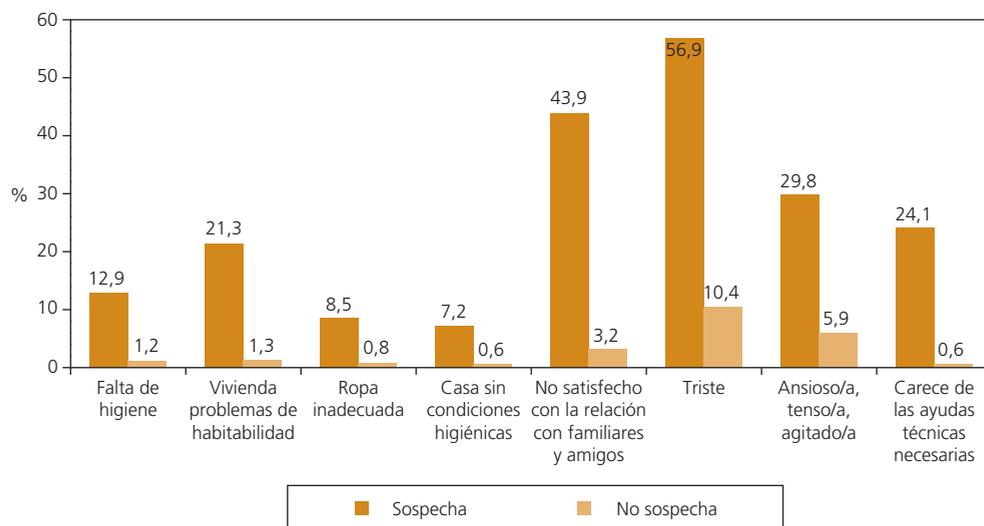
En cuanto al Territorio Histórico en el que viven, el 55% de las personas detectadas con sospecha de malos tratos vive en Bizkaia. Dado que la prevalencia es muy baja y que la representatividad de este estudio por Territorios Históricos es baja, pensamos que este tipo de información ha de ser interpretada con prudencia.

z) Indicadores asociados a los malos tratos:

Como se puede observar en el gráfico 31, en las personas con sospecha de malos tratos aparecen con especial intensidad indicadores como los que se reflejan a continuación por orden de frecuencia:

- Tristeza.
- Insatisfacción con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados.
- Ansiedad, tensión, rigidez.
- Sin ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis dentales, audífonos) o las lleva rotas o en mal estado.
- Vivienda con problemas de habitabilidad (con barreras arquitectónicas, sin ventilación).
- Falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado).

GRÁFICO 31. Relación entre la sospecha de malos tratos e indicadores de sospecha de malos tratos



2.2.4.2. Factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en las personas responsables

a) *Sexo:*

En nuestro estudio, los responsables de los casos de sospecha de malos tratos son con mayor frecuencia hombres (gráfico 32). Si bien en un primer análisis este hecho parecería coherente con el perfil de los maltratadores en otros colectivos, especialmente en el ámbito de la violencia doméstica, la revisión de la literatura científica ofrece informaciones contradictorias en este aspecto. Varios estudios describen al supuesto responsable de los malos tratos como una mujer, cuidadora principal de la persona maltratada, que vive una situación de sobrecarga durante un tiempo prolongado. Aunque esta es una situación muy común, especialmente en nuestro país, los resultados no dejan lugar a dudas, ya que el 75% de los supuestos maltratadores son hombres.

b) *Edad:*

El 16,7% de los responsables de los casos de sospecha de malos tratos tienen menos de 39 años, el 41,7% entre 40 y 64 años y el 41,7% tienen 65 o más años. En definitiva, es claro que este perfil se puede asociar con los tramos de edad en los que

en principio, se produce una mayor transferencia de cuidados. De hecho, cuando analizamos el *parentesco con la persona mayor*, tal y como se presenta en el gráfico 33, el mayor porcentaje de responsables de los casos con sospecha de malos tratos son hijos/as, ascendiendo al 50% de los casos.

GRÁFICO 32. Relación entre el responsable de la sospecha de malos tratos y el sexo

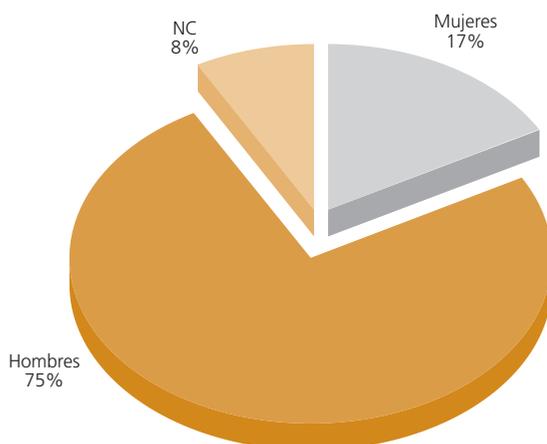
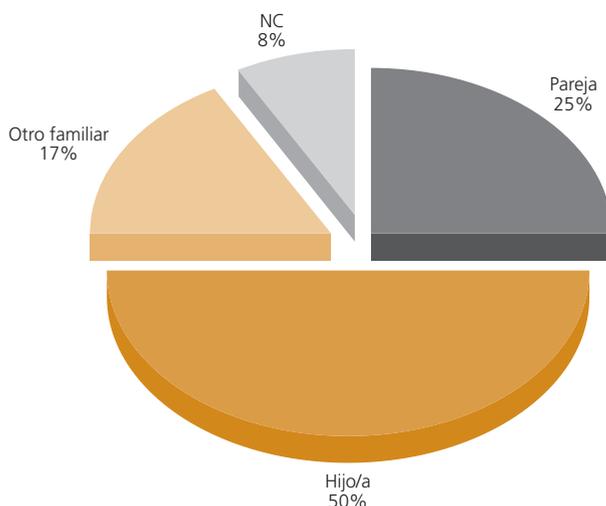


GRÁFICO 33. Relación entre responsable de los casos de sospecha de malos tratos y parentesco

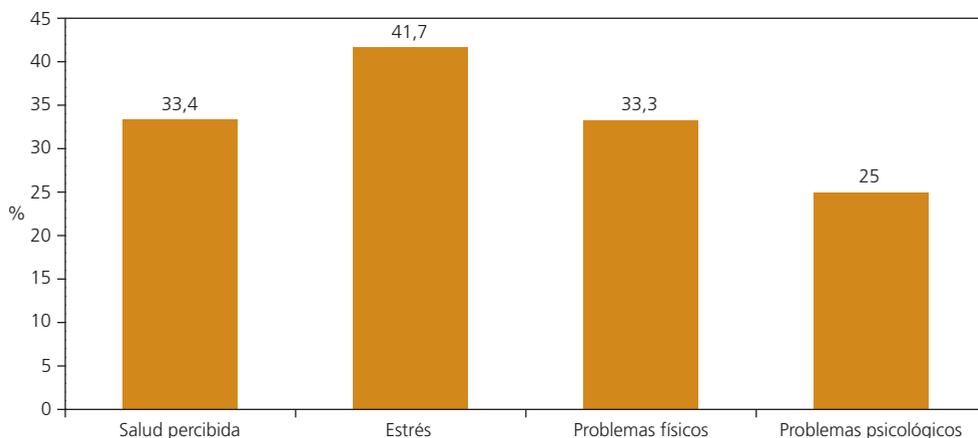


2.2.4.3. Factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en el contexto de la situación

a) *Salud física y mental:*

Para evaluar la salud física y mental de los responsables de los casos de sospecha de malos tratos se han valorado diferentes variables como la salud percibida, la presencia de problemas físicos, el estrés y la presencia de problemas psicológicos. Se han encontrado los siguientes resultados: un 33,4% percibe mal su salud, un 41,7% está estresado, un 33,3% presenta problemas físicos y un 25%, psicológicos (gráfico 34).

GRÁFICO 34. Relación entre el responsable de los casos de sospecha de malos tratos y su salud física y psicológica



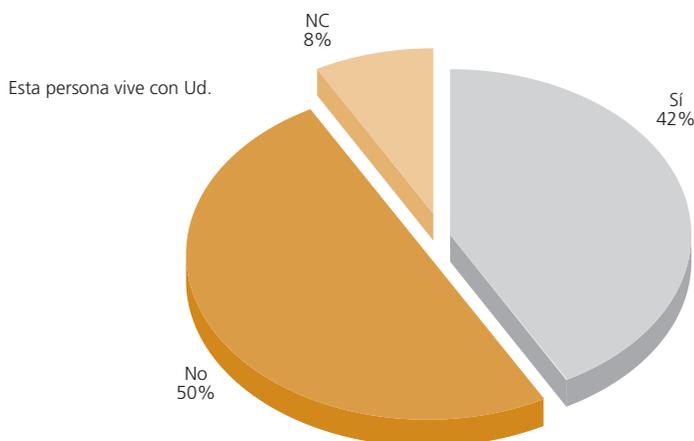
b) *Convivir en el mismo hogar:*

En este estudio, y al contrario de lo encontrado en la literatura, nos encontramos con la presencia de más casos de sospecha de malos tratos en las situaciones en las que el responsable y la persona mayor no conviven juntos (gráfico 35). Sin embargo, este modelo de convivencia es coherente con la edad de las personas que han declarado malos tratos, mayoritariamente menores de 75 años, en las que la convivencia con hijos es prácticamente inexistente en el País Vasco.

c) *Relación de cuidado entre el responsable de los casos de sospecha de malos tratos y la persona mayor:*

En la mayoría de las situaciones de sospecha de malos tratos, ni la persona mayor es cuidadora del responsable de la sospecha de malos tratos (sólo un 16,7% de los

GRÁFICO 35. Relación entre el responsable de los casos de sospecha de malos tratos y tipo de convivencia



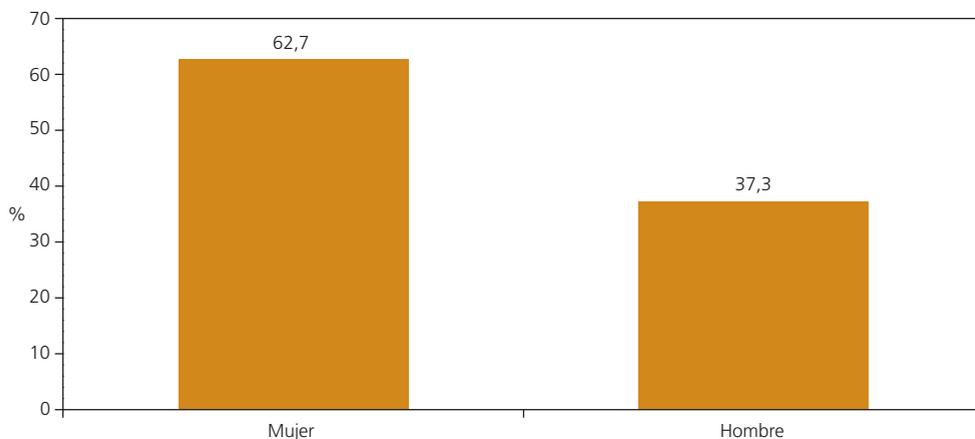
casos en los que se sospecha malos tratos, el responsable depende de la persona mayor para alguna actividad de la vida diaria), ni el responsable es cuidador de la persona mayor (en un 83,3% de los casos en los que existe sospecha de malos tratos el responsable no proporciona ningún cuidado a la persona mayor). Una vez más, el hecho de que los casos detectados mayoritariamente sean de personas menores de 75 años, nos aleja de la hipótesis de situación de malos tratos generada por sobrecarga de cuidados. Sin embargo, otros análisis complementarios confirman que las relaciones entre ambos, personas sobre la que existe sospecha de malos tratos y presunto maltratador, son malas en un 41,7% de los casos. Sin embargo, la *calidad de la relación anterior* entre el responsable de los casos de sospecha de malos tratos y la persona mayor ha sido buena en un 41,7% de los casos, situación que ha empeorado mucho en el último año.

2.2.4.4. Factores asociados a la sospecha de malos tratos extraídos de la información proporcionada por el entrevistador

a) *Sexo*:

Una vez más, el porcentaje de mujeres en los casos en los que el entrevistador señala sospecha de malos tratos duplica al porcentaje de hombres (62,7% y 37,3% respectivamente) (gráfico 36). Esto puede ser debido a las mismas razones señaladas en el caso de los malos tratos percibidos por la propia persona mayor.

GRÁFICO 36. Relación entre sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y el sexo de la persona mayor



b) *Edad:*

Como se muestra en el gráfico 37, del total de las personas que percibe con sospecha de malos tratos, el 72% pertenecen al grupo de edad de 75 y más años. Esto puede ser debido a que a medida que aumenta la edad también aumenta la presencia de otros factores de riesgo como la dependencia y la mala salud. No es baladí el hecho de que las dos vías de detección aparezcan como complementarias: las personas mayores declaran estas situaciones cuando tienen más control sobre su vida y entorno, cuando son más jóvenes. Los entrevistadores perciben estas situaciones en personas más frágiles y dependientes, es decir con mucha menor fuerza y autoestima, derivada de la pérdida de su autonomía personal.

c) *Territorio Histórico:*

En el que vive la persona mayor. Parece que los entrevistadores perciben de nuevo una mayor sospecha en los casos evaluados en Bizkaia (76%), provincia a la que pertenecía el 55% de la muestra evaluada (gráfico 38). Dado que esta situación se repite con insistencia y, a pesar de la prudencia con que deben ser interpretados estos datos, parece necesario analizar con mayor profundidad las causas de esta ubicación en la sospecha de malos tratos.

GRÁFICO 37. **Relación entre sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y edad de la persona mayor**

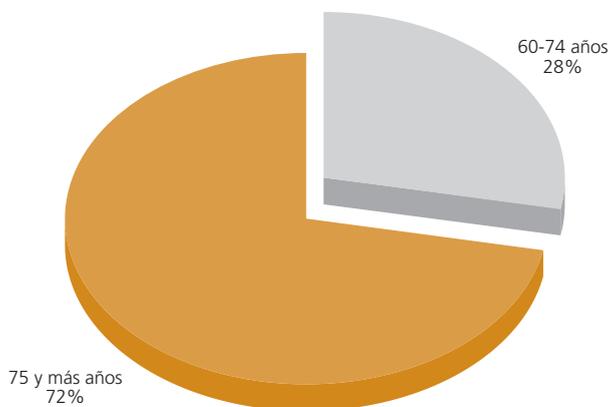
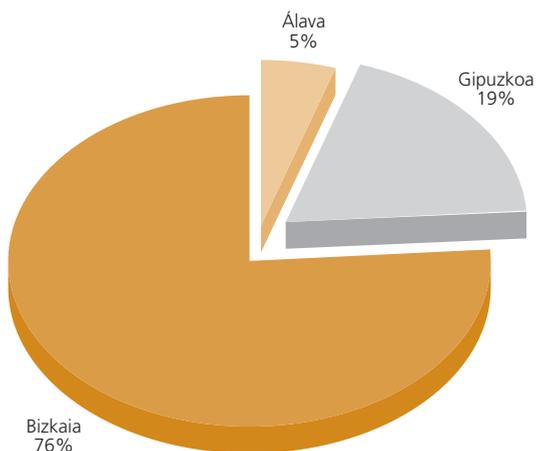


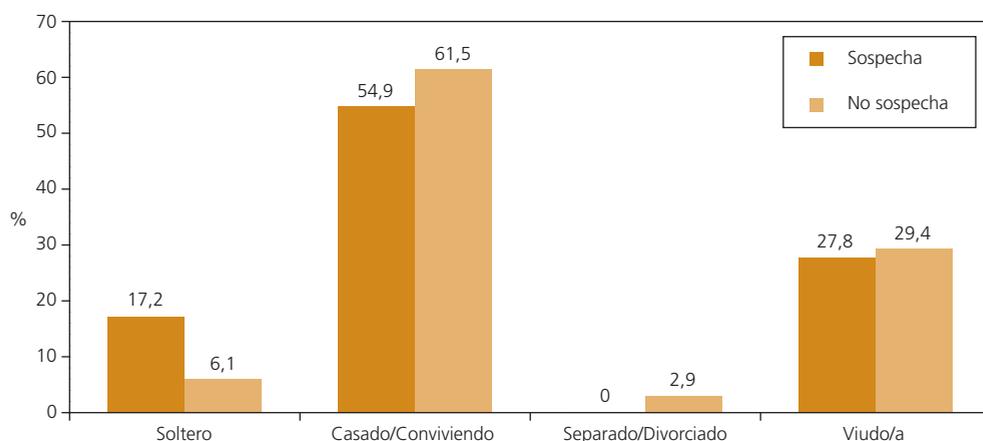
GRÁFICO 38. **Relación entre sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y Territorio Histórico**



d) *Estado civil:*

En el gráfico 39, se muestra cómo la percepción de sospecha de malos tratos por parte del entrevistador es mayor en las personas mayores solteras (17,2%). Este resultado es coherente con alguno de los estudios analizados.

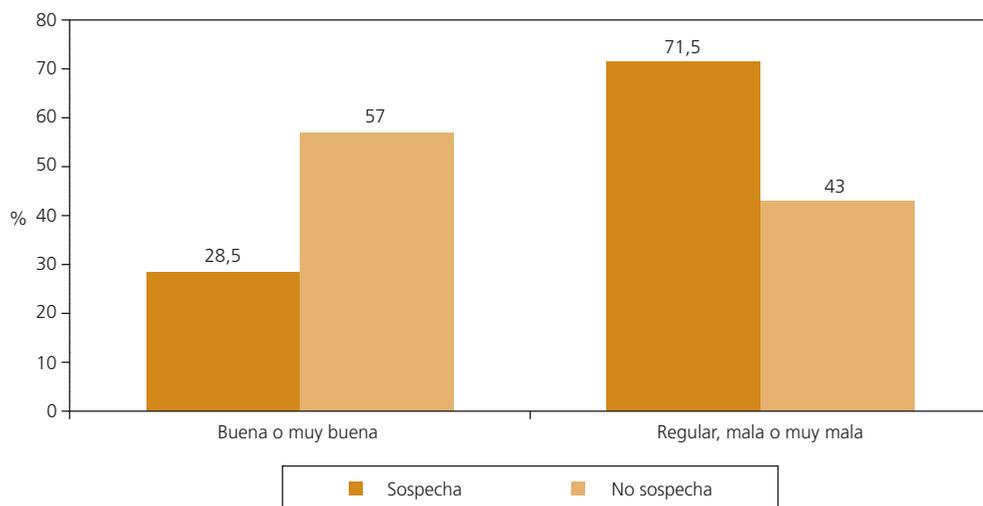
GRÁFICO 39. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y el estado civil



e) *Estado de salud:*

Como puede observarse en el gráfico 40, las personas mayores en la que el entrevistador percibe sospecha de malos tratos perciben su salud como regular, mala o muy mala (71,5%).

GRÁFICO 40. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y el estado de salud percibido



f) *Dependencia:*

Como se puede observar en el gráfico 41, y en coherencia con los comentarios realizados anteriormente, las personas mayores que el entrevistador percibe como maltratadas precisan ayuda instrumental o básica para sus actividades de la vida diaria en un alto porcentaje (46,8%). Además, también en este caso, la mayoría recibe algún tipo de ayuda (93,5%) (gráfico 42).

GRÁFICO 41. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la dependencia

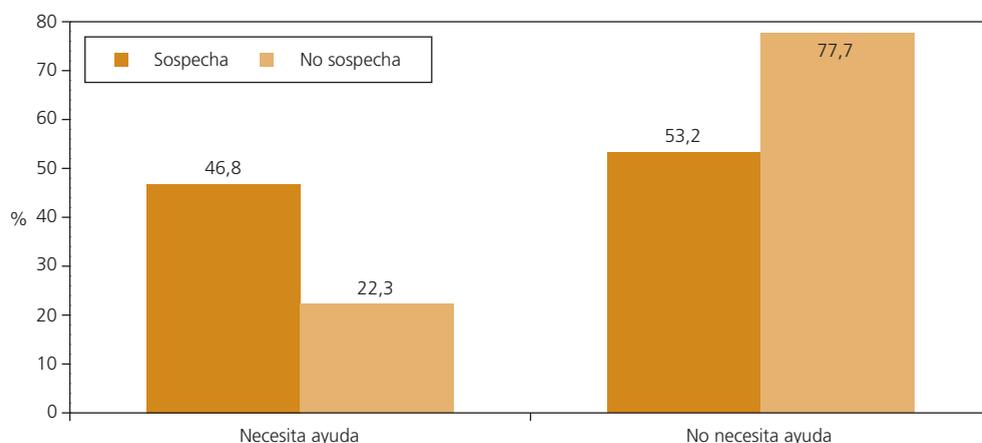
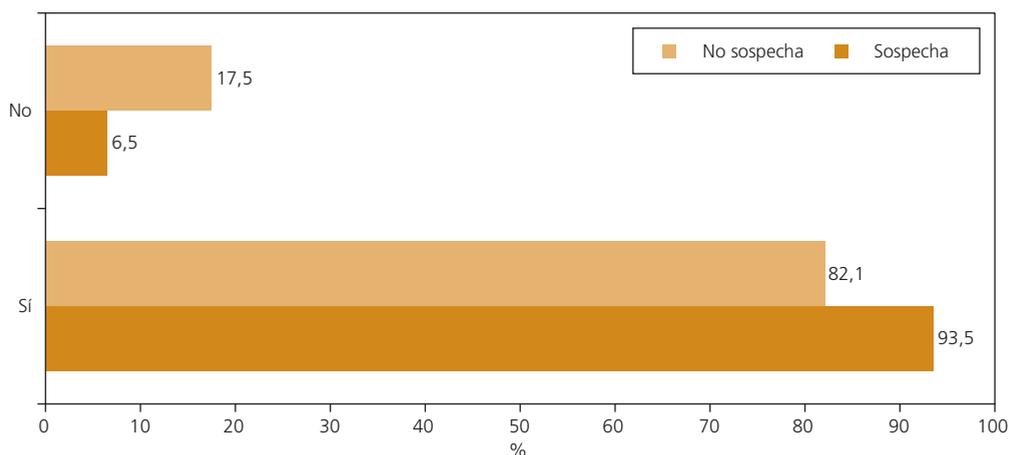


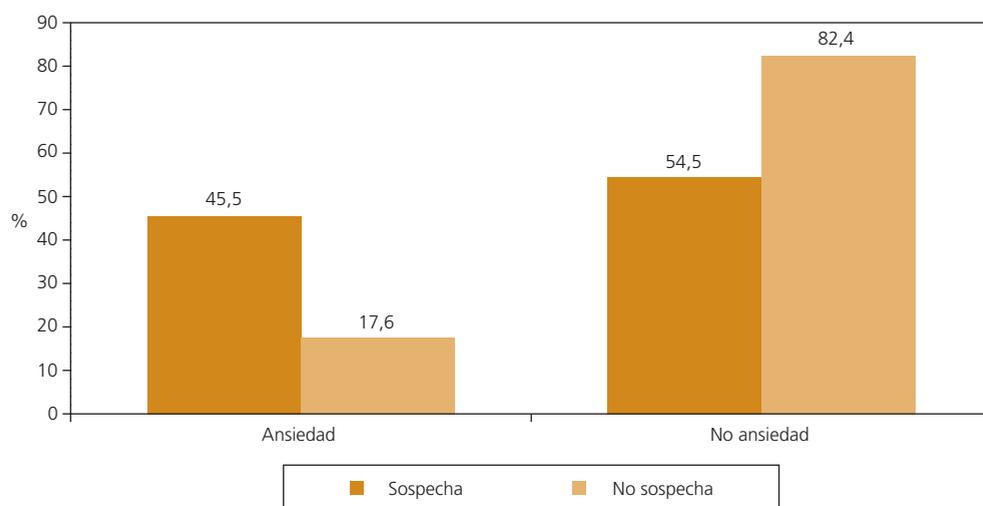
GRÁFICO 42. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la recepción de algún tipo de ayuda



g) *Ansiedad:*

La ansiedad ha sido evaluada con la escala de Goldberg, encontrando que el entrevistador percibe mayor sospecha de malos tratos en las personas mayores que presentan índices elevados de ansiedad (45,5%) (gráfico 43). La relación causa-efecto de esta situación parece clara.

GRÁFICO 43. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y ansiedad

h) *Depresión:*

La depresión ha sido evaluada con la escala estandarizada CES-D. La media de depresión en las personas percibidas como maltratadas por el entrevistador es muy superior (4,45) que en el caso de las no percibidas como maltratadas (1,81) (gráfico 44). Como se puede observar, tanto los indicadores complementarios aparecidos entre las personas supuestamente maltratadas, como los casos detectados por los entrevistadores, añaden una gran consistencia a este estudio.

i) *Calidad de vida:*

El gráfico 45, muestra con claridad cómo, entre las personas mayores en las que el entrevistador sospecha la existencia de malos tratos, la calidad de vida que experimentan es significativamente más baja que entre el grupo en el que no existe sospecha de malos tratos.

GRÁFICO 44. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y depresión

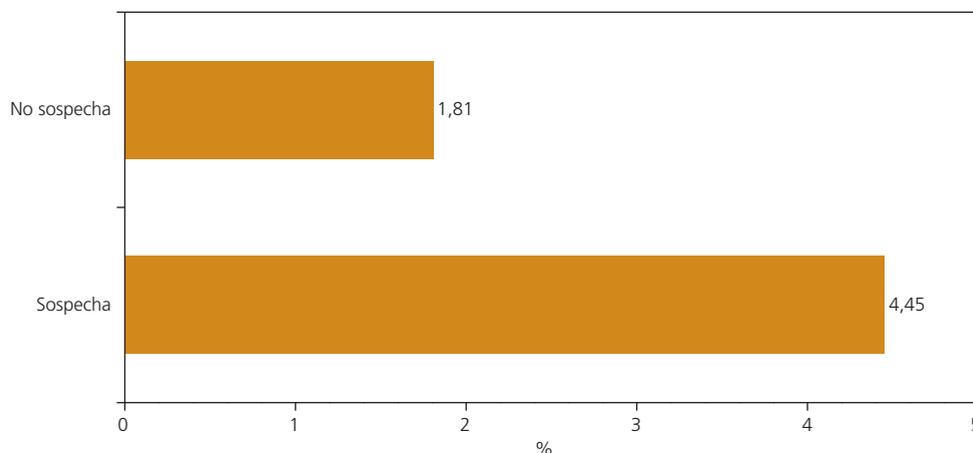
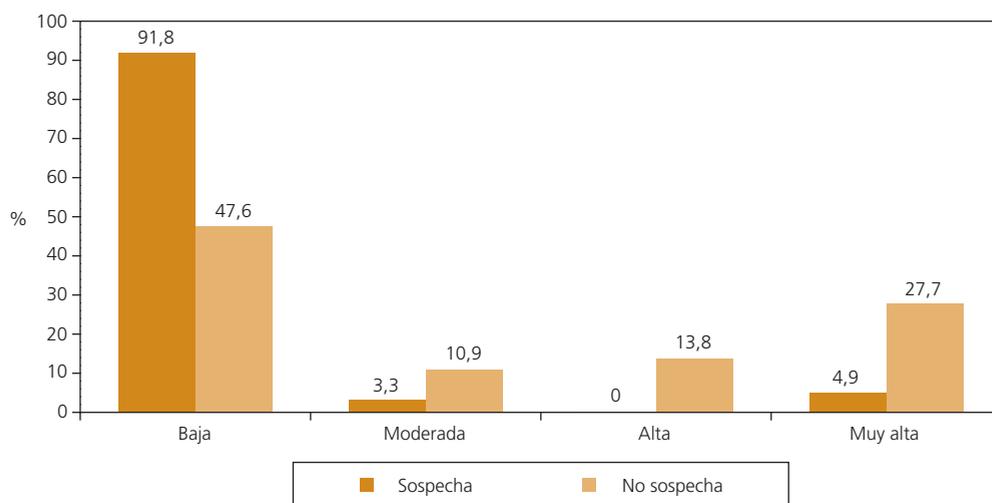


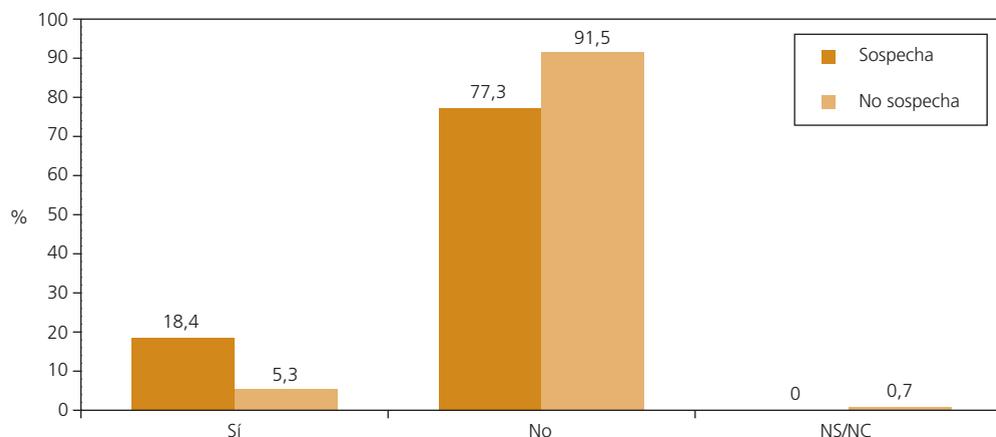
GRÁFICO 45. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la calidad de vida



j) *Conflictos familiares:*

Los entrevistadores perciben sospecha de malos tratos en las situaciones en las que también están presentes los conflictos familiares (gráfico 46). Estos datos son totalmente coherentes con lo encontrado en la literatura científica.

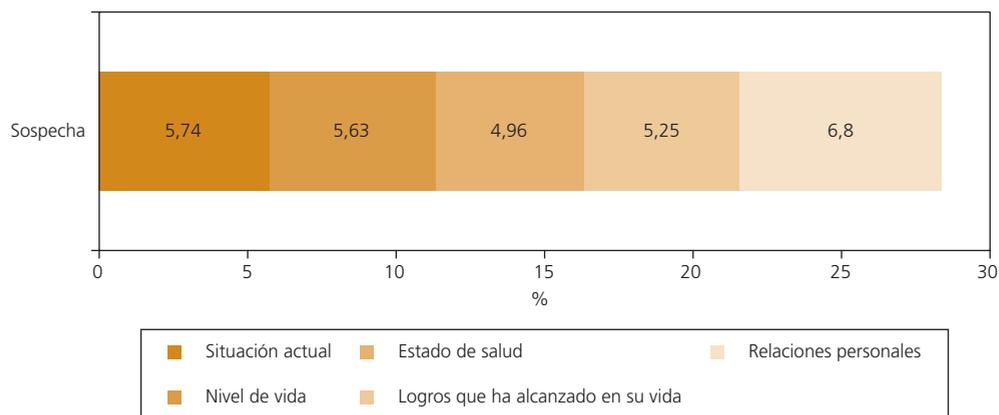
GRÁFICO 46. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la presencia de conflictos familiares



k) *Nivel de satisfacción:*

Se han evaluado diferentes niveles de satisfacción en función de distintas variables, encontrando que las personas mayores en las que el entrevistador sospecha de malos tratos presentan una satisfacción media con su situación actual y vida en general, con su estado de salud, con los logros que está alcanzando en la vida y con sus relaciones personales (gráfico 47).

GRÁFICO 47. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y el nivel de satisfacción



1) *Carga:*

Tal y como se ha comentado anteriormente, una persona que cuida de otra puede experimentar un elevado grado de carga y sentimientos negativos hacia la persona a la que cuida, lo que puede conducir a situaciones de malos tratos. Por ello, se seleccionaron algunos ítems pertenecientes a la escala de Zarit, la más utilizada para la evaluación de la sobrecarga en cuidadores familiares. Se ha encontrado que las personas mayores que son percibidas como maltratadas por el entrevistador muestran los siguientes sentimientos:

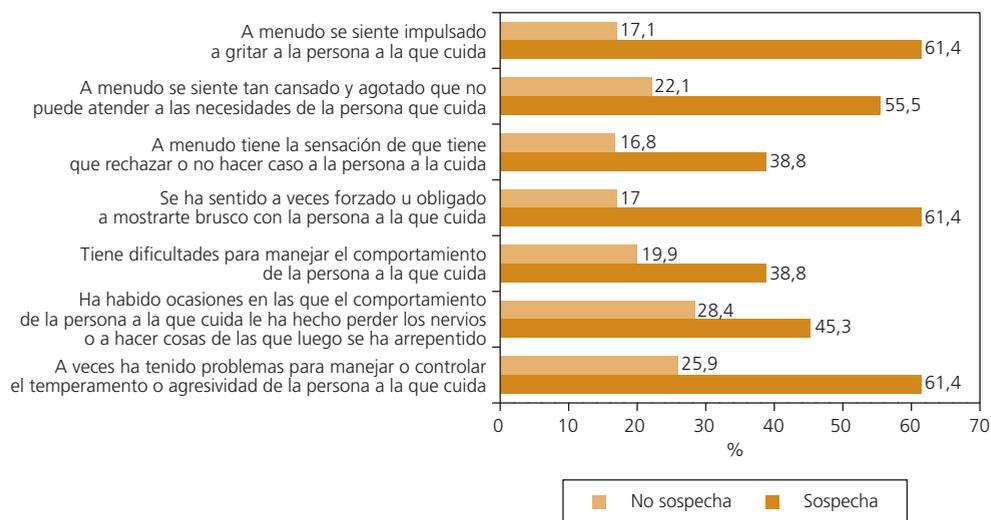
- Consecuencias negativas en la red social.
- Temor.
- Problemas de salud.
- Red social afectada.
- Deseo de transferencia del cuidado.
- Sentimiento de culpabilidad.

II) *Riesgo de malos tratos:*

Las personas mayores percibidas por el entrevistador como maltratadas presentan riesgo de maltratar al mismo tiempo a la persona a la que cuidan. Para comprobar esta situación se ha utilizado la escala CASE y se han encontrado resultados diferencialmente significativos con los mostrados por las personas que no están bajo sospecha (gráfico 48):

- A veces han tenido problemas para manejar o controlar el temperamento o agresividad de la persona a la que cuida.
- A menudo se sienten impulsados a gritar a la persona a la que cuidan.
- Ha habido ocasiones en las que el comportamiento de la persona a la que cuida les ha hecho perder los nervios o hacer cosas de las que luego se han arrepentido.
- Tienen dificultades para manejar el comportamiento de la persona a la que cuida.
- Se han sentido a veces forzados u obligados a mostrarse bruscos con la persona a la que cuidan.
- A menudo tienen la sensación de que tienen que rechazar o no hacer caso a la persona a la que cuidan.
- A menudo se sienten tan cansados y agotados que no pueden atender a las necesidades de las personas a las que cuidan.

GRÁFICO 48. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y el riesgo de malos tratos



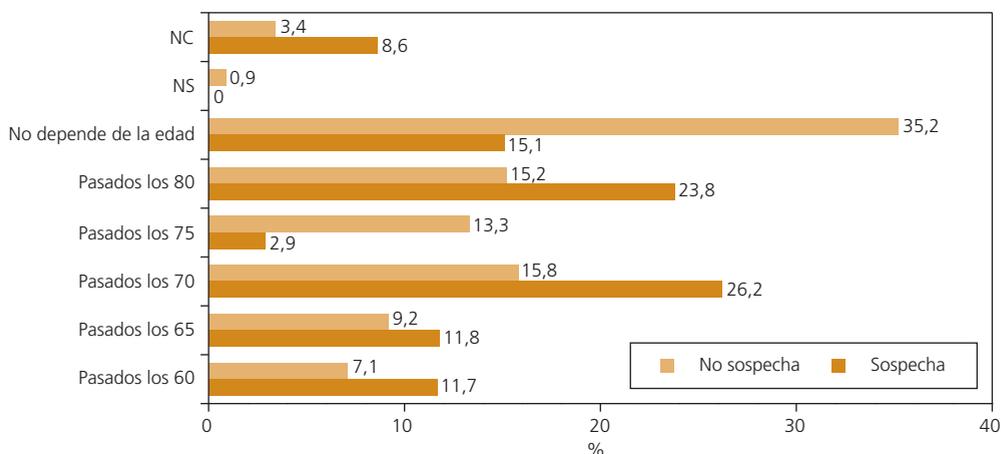
m) *Realización de actividades:*

Las personas percibidas por el entrevistador como maltratadas presentan un mundo reducido en cuanto a su participación en actividades (físicas o deportivas, culturales, sociales, turismo o viajes, uso de las nuevas tecnologías, educativas).

n) *Percepción de las personas mayores:*

Se han evaluado una serie de variables relacionadas con la autopercepción de las personas mayores sobre sí mismas y cómo creen que les ven los demás. Una de ellas está relacionada con la edad a la que creen que una persona ya es mayor. En este caso, los entrevistadores percibían una mayor sospecha de malos tratos en aquellas personas que señalaban que una persona era mayor a partir de los 70 años (26,2%) (gráfico 49). Además, las personas mayores que son percibidas por el entrevistador como maltratadas con mayor frecuencia creen que los demás les ven como: improductivos, enfermizos, ineficientes, conservadores, ciudadanos pasivos, desconfiados y no valorados. La imagen global que transmiten la mayoría de los adjetivos es una imagen negativa y se puede observar en la presencia de diferentes estereotipos asociados al envejecimiento.

GRÁFICO 49. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y a edad de una persona mayor



ñ) *Preocupación por la vejez:*

Las personas en las que el entrevistador encuentra sospecha de malos tratos muestran una gran preocupación por la vejez (71,9%) en comparación con el resto de personas mayores (gráfico 50). Esta preocupación va asociada, especialmente, al deterioro físico (peor estado de salud, menor atractivo, no poder valerse por sí mismo) que asocian a la vejez (87,5%) (gráfico 51).

GRÁFICO 50. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la preocupación por la vejez

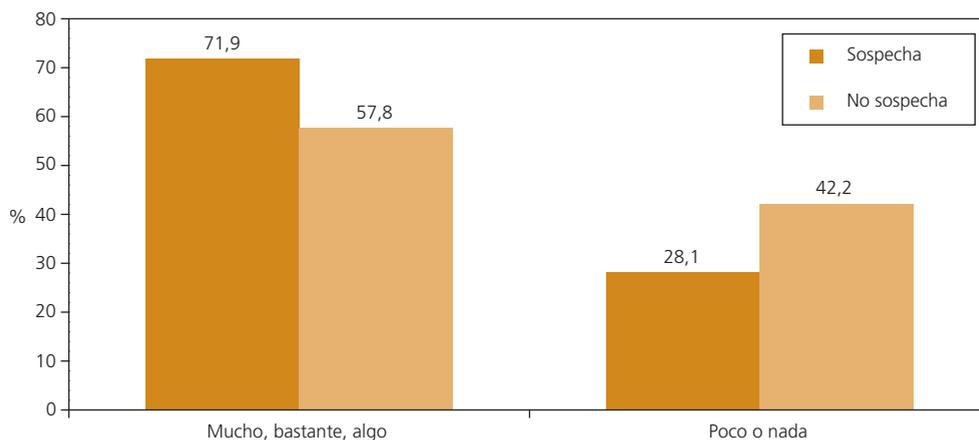
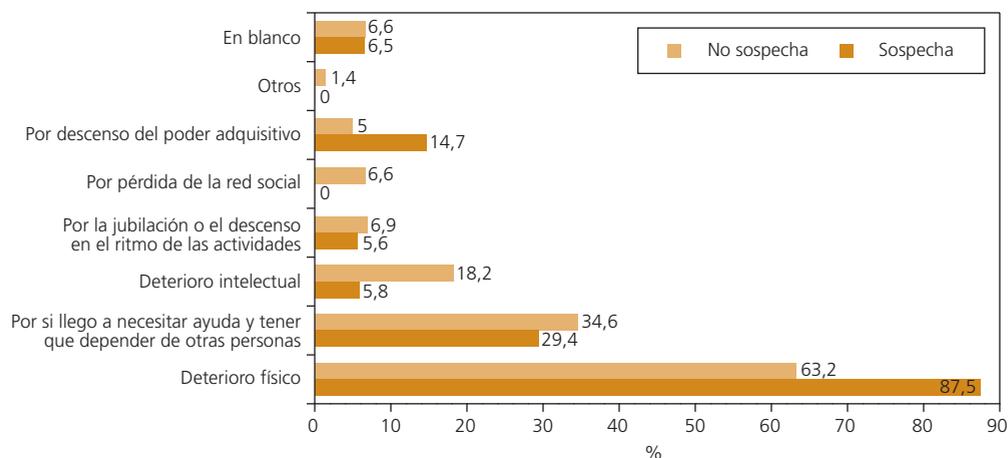


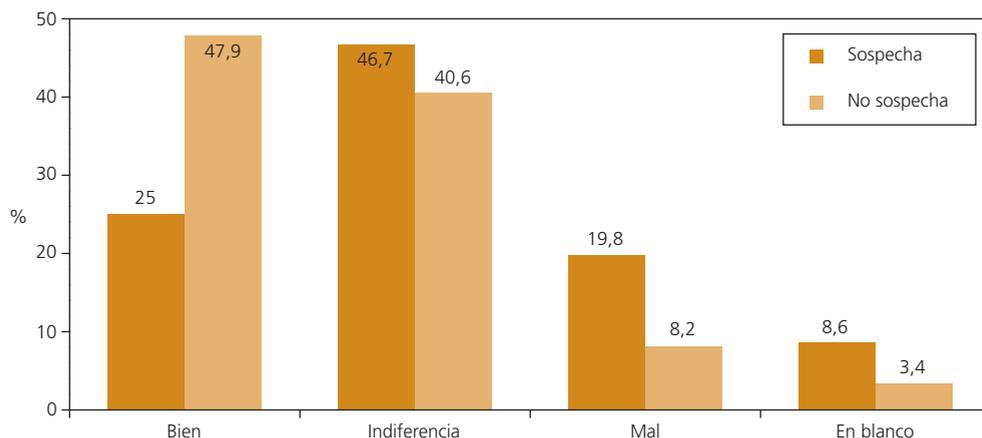
GRÁFICO 51. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y el motivo de preocupación por la vejez



o) Trato de la sociedad a las personas mayores:

Las personas mayores en las que el entrevistador sospecha malos tratos tiene una percepción bastante negativa del trato que les otorga la sociedad, a diferencia del resto de las personas entrevistadas, que dibujan un panorama mucho mas positivo y optimista de sus autopercepciones. Así, casi el 20% de los que han sido identificados como sospechosos de ser víctimas de malos tratos, creen que la sociedad las trata mal, frente a un 8,2% del resto de las personas mayores (gráfico 52).

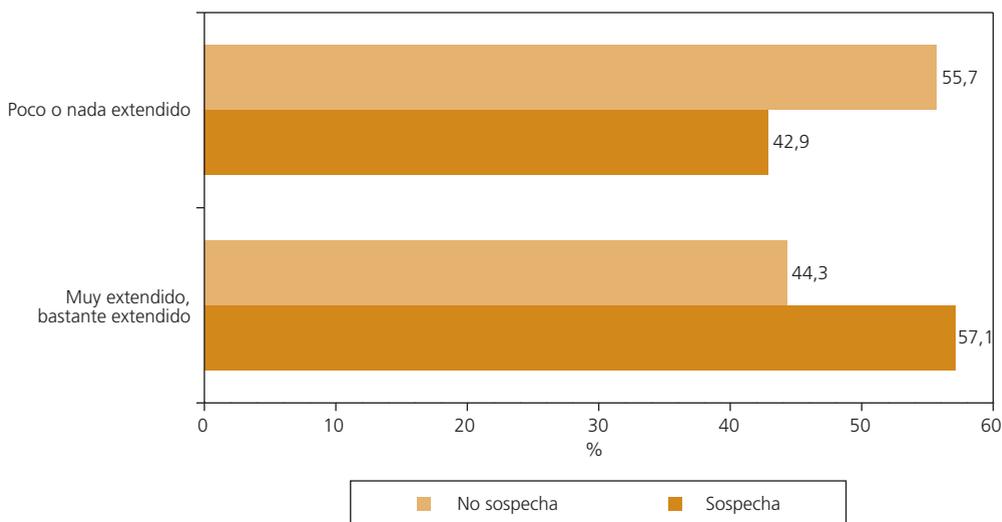
GRÁFICO 52. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y trato de la sociedad a las personas mayores



p) *Extensión del trato inadecuado hacia las personas mayores:*

En coherencia con las percepciones reflejadas anteriormente, las personas mayores que son percibidas como maltratadas por el entrevistador creen que el trato inadecuado hacia las personas mayores está muy extendido o bastante extendido (57,1%) (gráfico 53).

GRÁFICO 53. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la extensión del trato inadecuado hacia las personas mayores



q) *Medidas para prevenir los malos tratos:*

Las personas percibidas como maltratadas por el entrevistador señalan que la mejor medida para prevenir los malos tratos y la negligencia hacia las personas mayores es combatir estereotipos, es decir, ideas equivocadas que tiene la gente sobre las personas mayores (gráfico 54). En las personas que no se sospecha de malos tratos las medidas para la prevención a las que hacen referencia son prevenir a través de la formación y la educación de cuidadores profesionales y familiares (29,9%) y mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y sus cuidadores (43,6%).

r) *Situación laboral:*

Las personas percibidas como maltratadas por el entrevistador señalan que su situación laboral consiste en la realización de actividades domésticas (ama/o de casa) (31,5%) (gráfico 55). Esto es coherente con el hecho de que las mujeres son percibidas en mayor grado con sospecha de malos tratos.

GRÁFICO 54. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y las medidas para su prevención

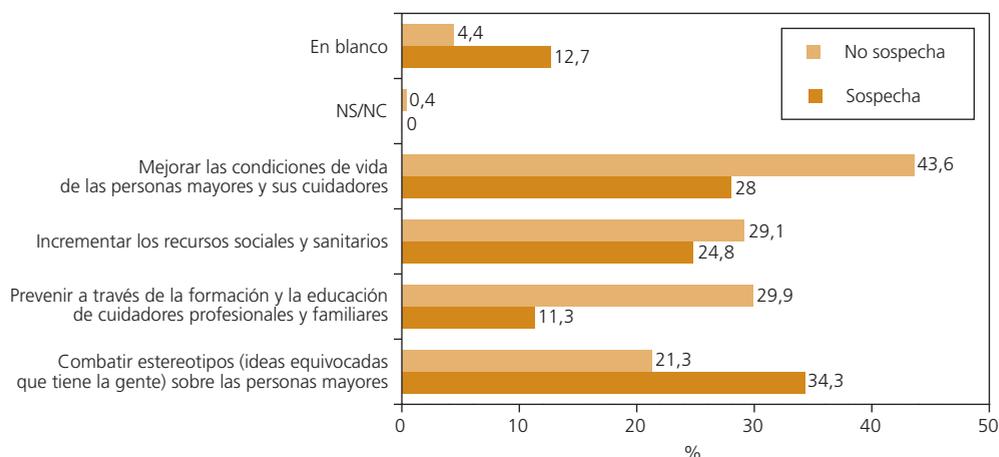
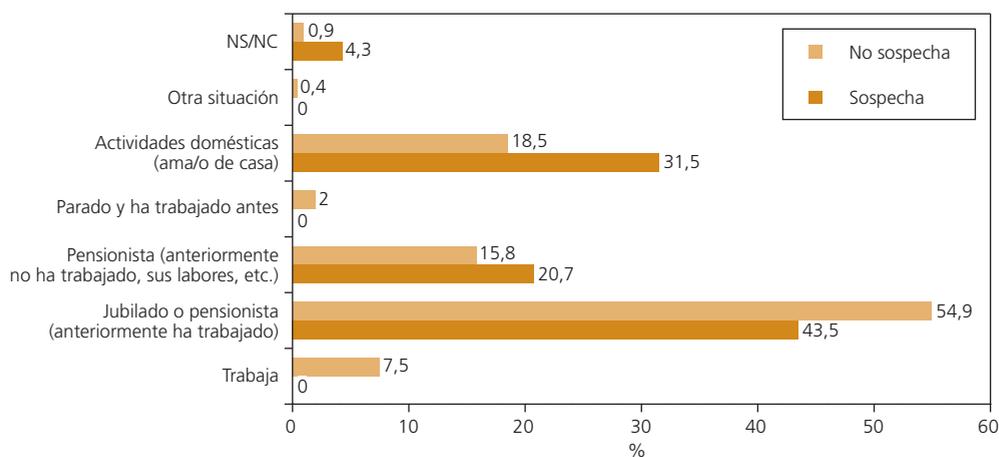


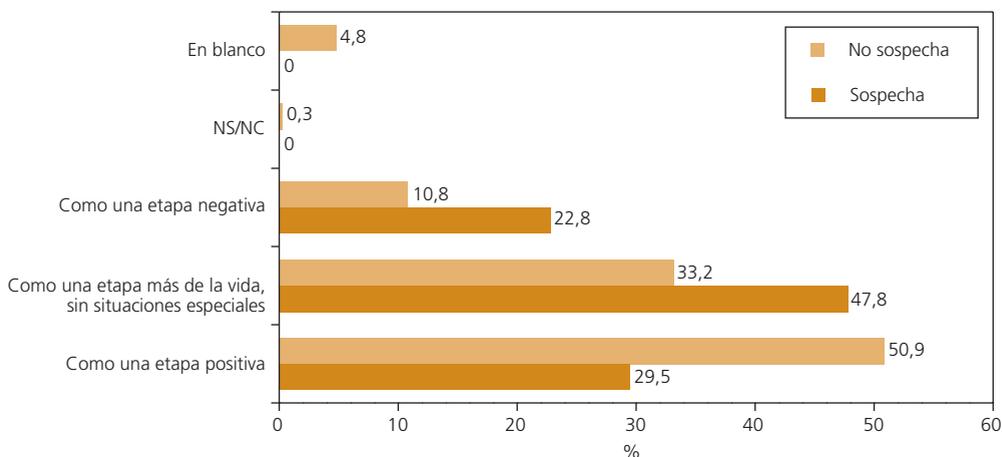
GRÁFICO 55. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la situación laboral de la persona mayor



s) *Percepción de la jubilación:*

Las personas en las que el entrevistador observa sospecha de malos tratos viven su jubilación como una etapa más de la vida, sin sensaciones especiales (47,8%) o como una etapa negativa (22,8%) (gráfico 56).

GRÁFICO 56. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la percepción de la jubilación



t) *Situación económica:*

Una vez más, las personas percibidas como maltratadas, en este caso por los entrevistadores tienen unos ingresos bajos. De hecho, un 27,3% percibe menos de 300 euros mensuales y un 22,7% entre 301 y 600 euros (gráfico 57). Esta información refuerza una vez más el perfil carencial de las personas que pueden sufrir malos tratos Lowenstein et al. (2009) también encuentran relación entre la sospecha de malos tratos y el bajo nivel económico.

u) *Indicadores asociados a los malos tratos:*

En las personas percibidas como maltratadas por el entrevistador éste observa la presencia de múltiples indicadores que en sí mismos pueden constituir factores de riesgo importantes (gráfico 58):

- Tristeza.
- Ansiedad, tensión o rigidez.
- Falta de higiene.
- Vivienda con problemas de habitabilidad.
- Vivienda con malas condiciones higiénicas.
- Insatisfacción con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados.
- Sin ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis dentales, audífonos) o las lleva rotas o en mal estado.

GRÁFICO 57. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por el entrevistador y la situación económica de la persona mayor

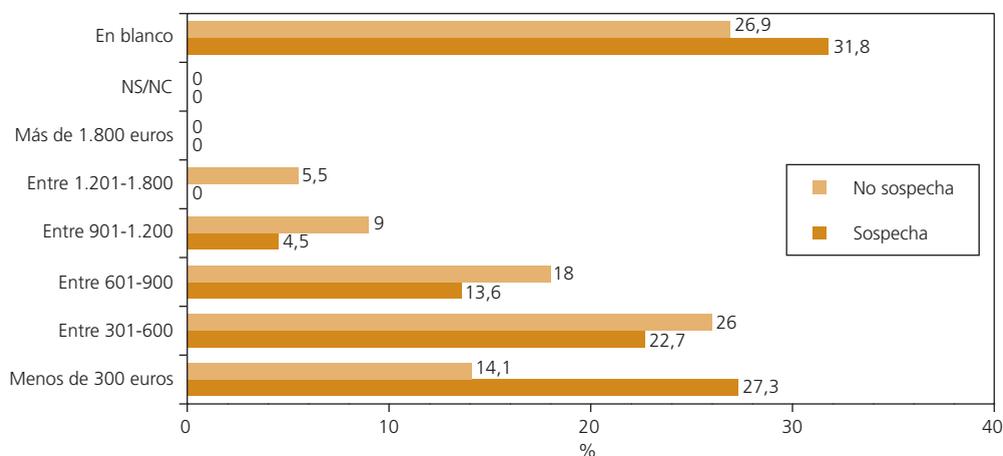
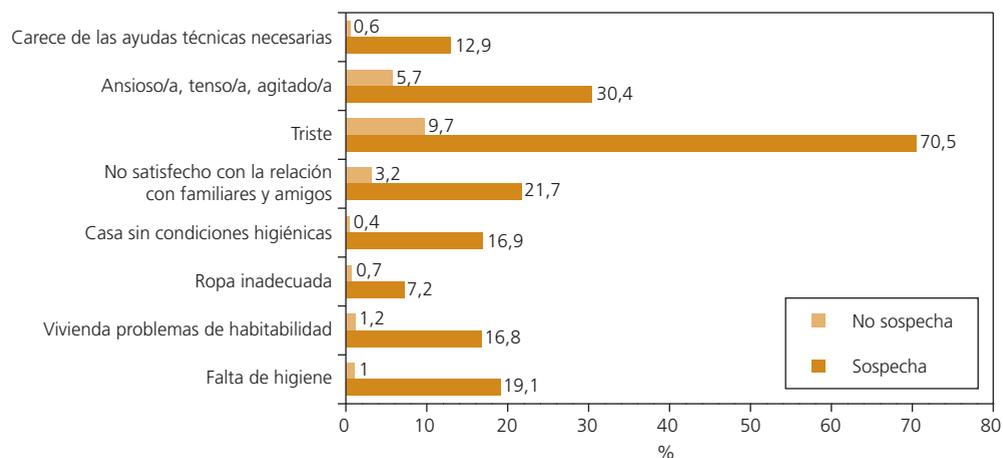


GRÁFICO 58. Relación entre la sospecha de malos tratos percibida por la persona mayor e indicadores de sospecha de malos tratos



2.2.4.5. Factores asociados a los malos tratos físicos, psicológicos y a la negligencia

A continuación se presenta una tabla en la que se comparan los factores asociados a las situaciones de malos tratos físicos, psicológicos y la negligencia.

TABLA 3. Factores asociados a los malos tratos físicos, psicológicos y a la negligencia

Ítems	Malos tratos físicos	Malos tratos psicológicos	Negligencia	Dependencia
Deterioro cognitivo	No	No	No	No
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Edad	60-74	60-74	60-74	75 y más
Tipo de malos tratos				Físico (0,2), psicológico (1,3), negligencia (0,7)
Miembros del hogar	3	3	1	2
Estado civil	Casado/ Conviviendo	Casado/ Conviviendo	Viudo/a	Viudo/a
Estado de salud	Bueno	Malo	Malo	Malo
Dependencia	No	Sí	Sí	
Nivel de satisfacción:				
1. Relación que mantiene con los hijos	Alta	Alta	Baja	Alta
2. Relación que mantiene con otros familiares	—	Baja	Media	Alta
3. Forma en la que emplea su tiempo	Alta	Baja	Media	Media
4. Situación actual	Media	Media	Media	Media
5. Nivel de vida	Baja	Media	Baja	Media
6. Estado de salud	Alta	Baja	Baja	Media
7. Logros que está alcanzando en su vida	Alta	baja	Media	Media
8. Relaciones personales	Media	Media	Media	Alta
9. Situación económica	Baja	Media	Media	Media
Conflictos familiares	Sí	Sí	Sí	No
Apoyo social	Sí	No	No	Sí
Sobrecarga	Sí	Sí	No	Sí
Riesgo de malos tratos	Sí	Sí	No	No
Vivienda:				
1. De su propiedad o del cónyuge	Sí	Sí	Sí	Sí
2. Estado de la vivienda	Bueno	Bueno	Malo	Bueno
Nivel de actividad:				
1. Físicas	Sí	Sí	Sí	Sí
2. Sedentarias	Sí	Sí	Sí	Sí
3. Ocio	No	No	No	No
4. Culturales	No	No	No	No
5. Turismo, viajes	No	No	No	No
6. Actos religiosos	Sí	No	Sí	No
7. Voluntariado	No	No	No	No

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Ítems	Malos tratos físicos	Malos tratos psicológicos	Negligencia	Dependencia
8. Nuevas tecnologías	No	No	No	No
9. Educativas	No	No	No	No
Resiliencia:				
1. Capaz de adaptarse a los cambios	No	No	No	Sí
2. Recupera de momentos difíciles	Sí	No	Sí	Sí
3. Las cosas van peor según se hace mayor	No	No	Sí	No
4. A medida que eres mayor eres menos útil	No	No	Sí	No
5. Tan feliz ahora como cuando era más joven	Sí	Sí	Sí	Sí
6. A medida que se hace mayor las cosas son mucho mejor de lo que pensó que serían	No	Sí	Sí	Sí
Depresión	Sí	Sí	Sí	No
Ansiedad	No	No	Sí	No
Calidad de vida	Baja	Baja	Baja	Baja
Edad a la que una persona empieza a ser mayor	Pasados los 75	Pasados los 80	Pasados los 80	No depende de la edad
Estereotipos negativos	Sí	Sí	Sí	Sí
Preocupación por la vejez	No	Sí	No	Sí
Comportamiento de la sociedad con las personas mayores	Buen trato	Indiferente	Buen trato	Buen trato
Extensión del trato inadecuado hacia las personas mayores	Depende	Mucho	Depende	Mucho
Nivel de estudios	Primarios	Primarios	Sin estudios o incompletos	Sin estudios o incompletos
Situación laboral	Jubilado o pensionista	Jubilado o pensionista	Jubilado o pensionista	Jubilado o pensionista
Percepción de la jubilación	Positiva	Una etapa más	Positiva	Positiva
Situación económica	301-600	301-600	301-600	Menos de 300 euros
Presencia de acompañante	No	No	No	No

2.2.5. ANÁLISIS DISCRIMINANTE

Con el fin de analizar la existencia de una relación entre diferentes variables y, el riesgo de malos tratos en función de si éste era alto o bajo, la muestra se dividió en dos grupos. La pertenencia a uno de estos grupos dependía de la puntuación obtenida por los

cuidadores en la Escala de Detección de Maltrato por parte del Cuidador (CASE): cuidadores con riesgo alto de malos tratos hacia las personas mayores, si obtenían una puntuación total en el CASE igual o superior a 4 y cuidadores con bajo riesgo de malos tratos hacia las personas mayores, si la puntuación era menor a 4 (Reis y Nahmiash, 1995). Se encontró que un 2,8% de la muestra presentaba riesgo de malos tratos elevado.

El análisis discriminante ayuda a identificar las características que diferencian o discriminan a dos o más grupos. Es capaz de informar sobre qué variables permiten diferenciar a los grupos y cuántas son necesarias para alcanzar la mejor clasificación posible.

Concretamente, las variables que se introdujeron en el análisis discriminante fueron: carga, estado de salud percibido, depresión, ansiedad, calidad de vida, puntuación en el test de las fotos, edad de la persona, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, satisfacción con la familia, con cómo utilizan el tiempo, con su situación actual, con su vida, con su salud, con los logros obtenidos y con las relaciones personales y resiliencia.

El análisis discriminante muestra una correlación canónica de 0,546 equivalente a un Lambda de Wilks de 0,647 ($\chi^2 = 57,89$; $p \leq 0,01$). Como se refleja en la tabla 4, la alta correlación canónica indica que las variables discriminantes permiten diferenciar entre los dos grupos.

TABLA 4. **Correlación canónica y Lambda de Wilks**

Función	Autovalor	Correlación canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado
1	1,426	0,767	0,412	33,23

$p \leq .01$.

En la tabla 5 se muestran los coeficientes estandarizados de la matriz de estructura. Los resultados del análisis discriminante indican que la carga percibida, la ansiedad, la satisfacción con la utilización del tiempo, la satisfacción con la situación actual y la calidad de vida son los mejores predictores del riesgo de malos tratos.

TABLA 5. **Coefficientes estandarizados de la matriz de estructura**

Variabes	Función
Carga asociada al cuidado	0,582
Ansiedad	0,465
Satisfacción con la utilización del tiempo	-0,428

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Variables	Función
Satisfacción con la situación actual	-0,425
Calidad de vida	0,423
Salud percibida	-0,340
Actividades instrumentales de la vida diaria	0,283
Depresión	0,280
Las cosas van peor según me voy haciendo mayor	-0,272
Satisfacción con la vida	-0,271
Actividades básicas de la vida diaria	0,270
A medida que me hago mayor las cosas son mucho mejor	-0,263
Satisfacción con la salud	-0,248
Satisfacción con los logros obtenidos	-0,204
Satisfacción con las relaciones personales	-0,204
Tiendo a recuperarme después de momentos difíciles (contratiempo, enfermedad)	-0,194
A medida que te haces mayor eres menos útil	-0,180
Edad	0,180
Soy capaz de adaptarme a los cambios	-0,164
Satisfacción con la familia	-0,144
Puntuación en el test de las fotos	-0,132
Soy tan feliz ahora como cuando era más joven	-0,107

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

Como se muestra en la tabla 6, la función discriminante clasifica correctamente al 82,8% de la muestra.

TABLA 6. Porcentaje de casos clasificados correctamente

Riesgo de malos tratos		Grupo de pertenencia pronosticado		Total
		Riesgo bajo (%)	Riesgo alto (%)	
Original	Bajo	84,2	15,8	100,0
	Alto	22,1	77,9	100,0

Clasificados correctamente el 82,8% de los casos agrupados originales.

2.3. CONCLUSIONES

- Los malos tratos a las personas mayores empiezan a ser visibles en las sociedades desarrolladas, no solo por los profesionales que trabajan en los ámbitos de atención gerontológica, sino por la ciudadanía que progresivamente está tomando conciencia de este problema.
- El extraordinario envejecimiento de la población, el incremento de la incidencia de las situaciones de dependencia y los cambios en las estructuras familiares se sitúan en la base explicativa de este fenómeno.
- Pero también, el desarrollo de un sistema público de atención social y sanitaria ha generado mecanismos de control que detectan este tipo de situaciones e intentan prevenir y ofrecer soluciones cuando se producen.
- La investigación sobre la incidencia de malos tratos hacia las personas mayores es todavía poco concluyente. Buena muestra de ello es que la prevalencia encontrada en diversos estudios oscila entre 0,8% y 52,6%. La fragilidad de los datos es evidente.
- Se ha realizado un estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en el País Vasco, integrado en una amplia encuesta de condiciones de vida de los mayores de 60 años (N = 1.207). Esta decisión ha tenido consecuencias diversas:
 - Como aspecto positivo, hay que señalar la mayor facilidad de incluir un tema extremadamente delicado como es este, en un amplio conjunto de preguntas, diluyendo así la tensión que genera las cuestiones sobre malos tratos. Asimismo hemos podido aprovechar información complementaria sobre múltiples dimensiones psicosociales para analizarlos en las personas en las que se ha detectado sospecha de malos tratos.
 - En contrapartida, la integración de este tema en una encuesta de condiciones de vida como la realizada, ha impedido una aproximación mucho más profunda al fenómeno de los malos tratos.
- En este estudio se han incluido varios instrumentos estandarizados para evaluar las siguientes dimensiones:
 - Screening de deterioro cognitivo: test de la fotos (Carnero-Pardo y Montoro. Ríos 2004).
 - Depresión: Escala CES-D8 (Center of Epidemiological Studies Depresión Scale, Radlof, 1977).
 - Ansiedad: Escala de Ansiedad de Goldberg (1988).

- Calidad de vida: CASP-12.
 - Carga de los cuidadores. Preguntas de la escala Zarit (1982).
 - Riesgo de malos tratos por parte de sus cuidadores. Escala de detección del malos tratos por parte del cuidador CASE: 1995.
 - Índice de sospecha de malos tratos hacia las personas mayores (EASI) (Pérez- Rojo, Izal y Montorio, 2008. Yaffé et al. 2008).
- Los entrevistadores han sido entrenados para la realización de este trabajo de campo, muy especialmente para la detección de malos tratos, incluyendo preguntas complementarias que ellos han cumplimentado.
 - Se ha detectado una prevalencia de sospecha de malos tratos percibida por la propia persona mayor del 0,9% entre las personas mayores de 60 años entrevistadas. En cifras absolutas, y aplicado a la población vasca, esto supondría que existe sospecha de que 4.969 personas de 60 y mas años pueden sufrir malos tratos.
 - Los entrevistadores han percibido sospecha de malos tratos, aunque el entrevistado no lo haya declarado en un 1,5% de los casos, lo que supondría 8.280 casos añadidos a los anteriores. Todos los casos percibidos por el entrevistador son diferentes a los declarados por los entrevistados.
 - Tanto la prevalencia informada por la persona mayor como la informada por el entrevistador podrían sumarse, pero por cuestiones de rigor científico se ha decidido expresar estas estimaciones de forma separada, ya que se trata de dos colectivos diferentes.
 - Esta incidencia es más baja que en otros estudios analizados, excepto el realizado por el Centro Reina Sofía contra la violencia, que informa de una prevalencia de 0,8%. No obstante, es importante señalar que en nuestro estudio el objetivo es la evaluación de la sospecha de malos tratos y nunca la confirmación de casos, puesto que para ello sería necesaria la evaluación profunda y pormenorizada no sólo de la persona mayor, sino también del posible responsable de los malos tratos y del contexto de la situación.
 - El tipo de malos tratos percibido con mayor frecuencia por parte de la persona mayor son los malos tratos psicológicos, seguido de la negligencia y malos tratos físicos y sexuales. No se han encontrado casos de malos tratos económicos. Esto puede ser debido a aspectos culturales y de confianza (abuso de confianza), que pueden provocar que situaciones de uso del dinero propio en el ámbito familiar no se perciban como malos tratos.
 - Los factores asociados a la sospecha de malos tratos percibidos por la persona mayor pueden encontrarse presentes tanto en ella misma, como en el posible

responsable de los malos tratos así como en el contexto de la situación. Los factores asociados encontrados están en la misma línea que los observados en la literatura científica.

- Entre los factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en la persona mayor destacan: ser mujer, tener entre 60 y 74 años, bajo nivel económico y de instrucción, estar separado/a o divorciado/a, tener una mala salud percibida, ser dependiente tanto para las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, presentar puntuaciones altas en ansiedad y depresión, tener una baja calidad de vida, no tener apoyo social, estar sobrecargados, presentar riesgo de malos tratos hacia la persona que cuidan, presencia de estereotipos negativos asociados al envejecimiento y preocupación por la vejez.
- Como se puede observar, existe una altísima coherencia entre los casos detectados y el resto de indicadores relacionados, lo que hace pensar en su elevada consistencia.
- Los factores de riesgo más destacados presentes en el posible responsable de los malos tratos son: ser hombre, tener 40 o más años o más, ser hijo/a de la persona mayor y presentar problemas de salud física y psicológica.
- Los factores asociados al contexto de la situación más destacables son: no convivir en el mismo hogar que el responsable de los malos tratos y calidad de la relación actual entre el responsable y la persona mayor mala.
- Factores asociados a la sospecha de malos tratos percibidos por el entrevistador. Los más destacables son: ser mujer, tener 75 años o más, nivel económico bajo, estar soltero/a, tener conflictos familiares, estar sobrecargados, presentar riesgo de malos tratos hacia la persona que cuidan, tener una mala salud percibida, ser dependiente tanto para las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, estar ansiosos y deprimidos, tener una baja calidad de vida, presencia de estereotipos negativos asociados al envejecimiento, preocupación por la vejez.
- Por último, es necesario señalar que, a pesar de las limitaciones de un estudio de este tipo, podemos disponer de una aproximación orientativa de gran importancia para abordar con rigor acciones que eliminen este tipo de situaciones. La sensibilización y reconocimiento de estos hechos por parte de la sociedad, la formación de los profesionales implicados y de las personas cuidadoras en el ámbito familiar, así como los programas de prevención e intervención con las propias personas mayores, contribuirán definitivamente a erradicar estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- ADELMAN, R., SIDDIQUI, H. y FOLDI, N. (1998): Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. En: M. HERSEN y V.B. VAN HASSELT: *Handbook of Clinical Geropsychology* (pp. 557-567). New York: Plenum Publishing Company.
- ANETZBERGER, G.J. (2005): Clinical Mangement of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28(1/2), 27-41.
- ANSELLO, E.F. (1996): Causes and Theories. En: L.A. BAUMHOVER y S. COLLEEN: *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons. Strategies for Assessment and Intervention* (pp. 9-30). London: Health Professions Press.
- BAZO, M.T. (2001): Negligencia y malos tratos a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36(1), 8-14.
- BIGGS, S., PHILLIPSON, C. y KINGSTON, P. (1995): *Elder Abuse in Perspective*. Buckingham: Open University Press.
- BLOCK, M.R. y SINNOTT, J.D. (Eds.) (1979): *The battered elder syndrome: An exploratory study*. University of Maryland Center on Aging: College Park, MD.
- BLUSTEIN, J., CHAN, S. y GUANAIS, F.C. (2004): Elevated Depressive Symptoms among caregiving grandparents. *Health Services Research*, 39(6): 1671-1690.
- BOE n. 313 de 29/12/2004: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>.
- BRACKE, P., LEVECQUE, K. y VAN DE VELDE, S. (2010): The psicometric properties of the CES-D8 depression inventory and the estimation of cross-national differen-

ces in the trae prevalence of depression. International Workshop on Comparative Survey Design and Implementation.

- BRONFENBRENNER, U. (1979): *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1986): Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychopathology*, 22(6), 723-742. Radlof.
- (1995): The bioecological model from a life course perspective-Reflections of a participant observer. En: P. MOEN, G. ELDER y K. LUSCHER: *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of human development* (pp. 599-618). APA: Washington, DC.
- CARNERO C. y MONTOSO, M. (2004): El Test de las Fotos. *Revista de Neurología*, 39: 801-806.
- COHEN, M. LEVIN, S.H., GAGIN, R. y FRIEDMAN, G. (2007): Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224-1230.
- COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (1993): *Abuse of Clients of Registered Nurses and Registered Nursing Assisstants*. Reporting to Council on Results of Canada Health. Monitor Survey of Registrants, 1-11.
- COMIJS, H.C., POT, A.M., SMIT, J.H. y JONKER, C. (1998): Elder abuse in the Community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*; 46, 885-888.
- COMPTON, S.A., FLANAGAN, P., y GREGG, W. (1997): Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(6), 632-635.
- COONEY, C., HOWARD, R. y LAWLOR, B. (2006): Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564-571.
- FERRIS, L.E., NURANI, A. y SILVER, L. (1999): Routine screening versus screening only in suspicious cases. En: L.E. FERRIS, A. NURANI, & L. SILVER (eds.): *A handbook dealing with woman abuse and the Canadian Criminal justice system: Guidelines for physicians*. (pp. 21-22). Ottawa: Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
- FULMER, T., STREET, S. y CARR, K. (1984): Abuse of the elderly: Screening and detection. *Journal of emergency nursing*, 10(3), 131-140.

- FULMER, T. y O'MALLEY, T.A. (1987): *Inadequate care of the elderly: A healthcare perspective on abuse and neglect*. New York: Springer Publications.
- FULMER, T., GUADANO, L., DYER, C. y CONNOLLY, M.T. (2004): Progress in elder abuse assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*; 52, 297-304.
- FULMER, T. (2008): How to try this. Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12): 52-59.
- GIOGLIO, G.R. y BLAKEMORE, P. (1983): *Elder abuse in New Jersey: The knowledge and experience of abuse among older New Jerseyans*. Trenton, NJ: New Jersey Department of Human Services.
- GODKIN, M., WOLF, R. y PILLEMER, K. (1989): A Case-Comparison Analysis of Elder Abuse and Neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(3), 207-225.
- GOLDBERG, D., BRIDGES, K., DUNCAN-JONES, P., et al.: Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97: 897-899.
- GORDON, R.M. y BRILL, D. (2001): The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.
- HENDERSON, D., BUCHANAN, J.A. y FISHER, J.E. (2002): Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: P.A. SCHEWE (ed.): *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span* (pp. 223-245). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- HOMER, A.C. y GILLEARD, C. (1990): Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359-1362.
- HYDE, M., WIGGINS, R.D., HIGGS, P. y BLANE, D.B. (2003): A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging and Mental Health*, 7, 86-94.
- IBORRA, I. (2008): *Malos tratos de personas mayores en la familia en España*. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía).
- IMSERSO, OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (2007): *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores*. Colección Documentos: IMSERSO.

- KIVELÄ, S.L., KÖNGÄS-SAVIARO, P., KESTI, E., PAHKALA, K. y IJÄS, M.L. (1992): Abuse in old age epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 4(3), 1-18.
- KOSBERG, J.I. (1988): Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions. *The Gerontologist*, 28(1), 43-50.
- KOSBERG, J.I. y NAHMIASH, D. (1996): Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect. En: L.A. BAUMHORER y S.C. BELL (eds.): *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention* (pp. 31-50). Baltimore, MD: Health Professions Press.
- KURRLE, S.E., SADLER, P.M., LOCKWOOD, K. y CAMERON, I.D. (1997): Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four aged care assessment teams. *Medical Journal of Australia*, 166, 119-122.
- LACHS, M. y PILLEMER, K. (1995): Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 33, 437-443.
- LACHS, M.S. y PILLEMER, K. (2004): Elder Abuse. *Lancet*, 364, 1263-1273.
- LACHS, M.S. (2004): Screening for family violence: What's an evidence-based doctor to do? *Annals of Internal Medicine*, 140 (5), 399-400.
- LAU, E. y KOSBERG, J.I. (1979): Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 297, 10-15.
- LOBO, A., EZQUERRA, J., BURGADA, F.G., SALA, J.M. y SEVA, A. (1979): Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 7, 189-202.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1998): *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Available at <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>.
- OGG, J. y BENNET, G. (1992): Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 305, 998-999.
- O'KEEFFE, M., HILLS, A., DOYLE, M., MCCREADIE, C., SCHOLES, S., CONSTANTINE, R., TINKER, A., MANTHORPE, J., BIGGS, S. y ERENS, B. (2007): UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence survey report. National Centre for Social Research.
- OH, J., KIM, H.S., MARTINS, D. y KIM, H. (2006): *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.

- PAPADOPOULOS, A. y LA FONTAINE, J. (2000): *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. United Kingdom: Winslow Press Ltd.
- PÉREZ-ROJO, G. e IZAL, M. (2007): Marco conceptual. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y Organización Mundial de la Salud (OMS). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M. y MONTORIO, I. (2008a): *Estudio multicéntrico sobre la sospecha de malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito comunitario*. Tesis no publicada.
- (2008b): Factores de riesgo de malos tratos y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.
- PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M., MONTORIO, I. y PENHALE (2008c): Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*: 17-21.
- PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M., MONTORIO, I. y NUEVO, R. (2008d): Identificación de factores de riesgo de malos tratos hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1): 105-117.
- PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M., MONTORIO, I. y PENHALE, B. (2009): Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M., SANCHO, M.T. 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: 213-218.
- PÉREZ, G. (2004a): Dificultades para definir el malos tratos a personas mayores. Madrid. Portal Mayores [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>].
- (2004b): Tipos de malos tratos y/o negligencia hacia personas mayores. Madrid. Portal Mayores [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>].
- PILLEMER, K.A. y WOLF R.S. (1986): *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.

- PILLEMER, K. y SUITOR, J.J. (1988): Elder Abuse. En: V. B. VAN HASSELT y R. L. MORRISON (eds.): *Handbook of Family Violence* (pp. 247-270). New York, NY, US: Plenum Press.
- PILLEMER, K. y FINKELHOR, D. (1988): The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.
- PILLEMER, K. y MOORE, D.W. (1989): Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist*, 29(3), 314-320.
- PILLEMER, K.A., MUELLER-JOHNS, K.U., MOCK, SUITOR, J.J. y LACHS, M.S. (2007): Interventions to Prevent Elder Mistreatment. En: L.S. DOLL, S.E. BONZO, J.A. MERCY y D.A. SLEET: *Handbook of Injury and Violence Prevention* (pp. 241-254). New York, NY: Springer Publishing.
- PITTAWAY, E. y WESTHUES, A. (1993): The Prevalence of Elder Abuse and Neglect of Older Adults Who Access Health and Social Services in London, Ontario, Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5(4), 77-93.
- PITSIOU-DARROUGH, E.N. y SPINELLIS, C.D. (1995): Mistreatment of the elderly in Greece. En: J.I. KOSBERG y J.L. GARCIA (eds.): *Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspective* (pp. 45-64). New York: The Haworth Press.
- PODNIKES, E. (1992): National survey on abuse of elderly in Canada. *Journal of elder abuse and neglect*, 4, 5-58.
- QUINN, M.J. y TOMITA, S.K. (1997): *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies* (2nd edition). New York, NY: Springer Publishing Company.
- RADLOFF, L.S. (1977): The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- REIS, M. y NAHMIASH, D. (1995): Validation of caregiver screen (CASE). *Canadian Journal on aging*, 14(2), 45-61.
- (1998): Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38 (4), 471-480.
- RISCO, C., PANIAGUA, M.C., JIMÉNEZ, G., POBLADOR, M.D., MOLINA, L. y BUITRAGO F. (2005): Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de malos tratos en la población anciana. *Medicina clínica* 125(2), 51-55.
- RODRIGUEZ, M.A., BAUER, H.M., MCLOUGHLIN, E. y GRUMBACH, K. (1999): Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 282(5), 468-474.

- RUIZ, A., ALTET, J., PORTA, N., DUASO, P., COMA, M. y REQUESENS, N. (2001): Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos. *Atención Primaria*, 27, 331-334.
- SCHIAMBERG, L.B. y GANS, D.M. (2000): Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329-59.
- SENGSTOCK, M.C. y HWALEK, M. (1987): Comprehensive Index of Elder Abuse. Second Edition. Detroit: SPEC Associates.
- STRAUS, MURRAY A. (1979): Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CTS) Scales. *Journal of Marriage and the Family* 41(1), 75-88.
- SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, <http://www.share-project.org/>
- TOMITA, S.K. (1990): The Denial of Elder Mistreatment by Victims and Abusers: The Application of Neutralization Theory. *Violence and Victims*, 53, 171-183.
- US PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE (2004): Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statemen. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 382-386.
- VIDA, S., MONKS, R.C., y DES ROSIERS, P. (2002): Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5), 459-467.
- WOLF, R.S. y PILLEMER, K.A. (1989): *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. New York: Columbia University Press.
- YAFFÉ, M.J., WOLFSON, C., LITHWICK, M. y 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*.
- YAN, E. y TANG, C. (2004): Elder Abuse by Caregivers: A Study of Prevalence and Risk Factors in Hong Kong Chinese Families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277.

