

Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores

Conceptual framework of abuse of older persons

Gema PÉREZ ROJO

Universidad CEU-San Pablo
gemaperezrojo@gmail.com

Alejandra CHULIÁN HORRILLO

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

RESUMEN

El presente artículo tiene por objeto realizar una revisión no sistemática de las investigaciones que se han realizado a nivel nacional e internacional. Los estudios de prevalencia estiman que los casos de malos tratos hacia las personas mayores, tanto en el ámbito doméstico como institucional, están entre un 0,8% y 52%, un margen demasiado amplio debido fundamentalmente a la falta de consenso en la elección de una definición de los malos tratos hacia las personas mayores y de la definición de cada uno de los tipos de malos tratos. Otro de los problemas más habituales es establecer el perfil de las víctimas y de los responsables de los malos tratos, siendo un tema controvertido que se tratará con más detalle en este artículo. También se expondrán algunos de los programas que se han puesto en marcha para la detección, prevención y la intervención en los malos tratos, dado que aunque se está haciendo de una manera muy discreta, comienza a existir una mayor sensibilidad ante los malos tratos y por tanto un aumento de las iniciativas para su intervención. Aun así, se hace evidente la necesidad de seguir estudiando la influencia y los problemas que generan los malos tratos no sólo en las personas mayores, sino también en su entorno, en los profesionales y en la sociedad.

PALABRAS CLAVE

N I N G U N A

ABSTRACT

The aim of this article is to do a no systematic review about different national and international research. The prevalence rate about elder abuse, in familiar and institutional sphere, is between 0,8% and 5,2%, to much scope mainly due to the lack of consensus on the choice related to the definition of the term "elder abuse" and to the definition of the different kinds of them. Another usual problem is to establish the victims profile and the responsible of elder abuse profile, being a controversial theme that we will discuss with more detail in this article. We also include information on more specific programs that are being carried out for the prevention, the detection and the intervention strategies in elder abuse, because that although it is doing in a very discreet, begins to be a greater awareness of abuse and therefore increase its intervention initiatives. Even so, there is a clear need to further explore the influence and the problems caused abuse not only in the elderly, but also in their environment, professionals and society.

KEY WORDS

N O N E

1. INTRODUCCIÓN

Las tendencias poblacionales indican que en los próximos años se producirá un incremento de la población de personas de 65 años o más, y especialmente del grupo de 85 años y más. Estas personas tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud, incluyendo enfermedades crónicas y otras dolencias que les pueden llevar a tener dificultades para realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma y, como resultado, es más probable que necesiten cuidados de larga duración, encontrándose en una situación de gran vulnerabilidad. Desafortunadamente, esta situación podría incrementar la probabilidad de maltrato a mayores en el ámbito comunitario e institucional.

Los estudios realizados en el campo de los malos tratos se han centrado sobre todo en el maltrato infantil y, posteriormente, en la violencia de género (Rey y Browne, 2002). El interés por los malos tratos hacia las personas mayores es bastante reciente aunque, en los últimos años se viene trabajando, cada vez con mayor intensidad, en la violencia hacia este grupo de población. Y, a pesar de que queda mucho por hacer, es importante resaltar los avances, que en este tema en cuestión se están realizando especialmente en nuestro país.

Una de las razones que explican la presencia de malos tratos en la vejez es la pérdida del valor social de la vejez y los estereotipos que rodean esta etapa de la vida. El edadismo, como se conocen a los estereotipos negativos asociados a la vejez, pueden ser "el caldo de cultivo" de los malos tratos, ya que son creencias, actitudes, etc. que discriminan a las personas mayores por la edad. El infantilismo sería una de las consecuencias de la conducta asociada a los estereotipos, haciendo que algunas personas traten a los mayores "como a los niños", pensando que son "como niños": regañándoles, llevándoles de la mano, utilizando un lenguaje infantilizador con diminutivos incluso en sus nombres (de manera que Don Carlos de repente se convierte en Carlitos) o utilizando la primera persona del plural (el "nos" para todo o hablando de "nuestros" mayores) lo que denota un paternalismo, no dejándoles que tomen sus propias decisiones, etc. Parece claro pensar que si el edadismo no es eliminado, los malos tratos a personas mayores continuarán existiendo.

El barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (Mayor 2009) en el que se formulan preguntas relacionadas con la vejez, el 36,2% de la población española las define como “aquellas que no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados”, siendo sólo el 6,2% de estas personas las que asocian a este grupo con “personas activas, que disfrutan de la vida”, por lo que podríamos concluir que un gran número de personas tienen una percepción distorsionada sobre la realidad de las personas mayores, identificándolas con la fragilidad, las carencias y con la carga social, y por tanto con representaciones sociales que generan una infravaloración de la vejez como grupo que hace posible que la sociedad pueda convivir con un grado de tolerancia excesivo ante situaciones que en cualquier otro grupo de población serían inadmisibles.

El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, solicitó a “todos los gobiernos y a todos los agentes interesados para que formulen y apliquen estrategias de prevención más eficaces y leyes y políticas más rigurosas a fin de atender todos los aspectos del maltrato a las personas ancianas”, al considerarlo un problema social mundial que afecta a los Derechos Humanos de las personas mayores de todo el mundo.

Y es que el tema de los malos tratos ha sido un fenómeno oculto durante décadas, al que se le ha prestado poca atención hasta el momento, comenzando el estudio formal y las investigaciones sobre la violencia contra las personas mayores en los años 90, aunque de forma limitada y tímida.

En el año 2002, las Naciones Unidas, a través de la OMS, impulsa el estudio de los malos tratos hacia las personas mayores, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en coordinación con la Red Internacional para la Prevención del Maltrato en el Anciano (INPEA), haciendo público el informe “Voces Ausentes” (Missing Voices), referente para los procesos de investigación-acción en muchos países del mundo, tanto para los organismos internacionales, como para las organizaciones de personas mayores, los profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y los responsables de las políticas sociales

En la Asamblea se señalaba que las respuestas frente a los malos tratos hacia las personas mayores se deberían centrar en la sensibilización y educación, en la legislación, en el desarrollo de programas de intervención sobre la violencia e intervenciones basadas en

los derechos. Esto ha generado que se lleven a cabo diferentes iniciativas a nivel de investigación, el establecimiento de redes europeas como INPEA (Internacional Network of Elder Abuse), el desarrollo de planes de actuación sobre todo a nivel internacional, etc.

También se han desarrollado o se están desarrollando estas iniciativas a nivel nacional, cuyo objetivo es siempre la supresión de conductas discriminatorias y abusivas hacia las personas mayores. Por ejemplo, el Gobierno Vasco en colaboración con la Fundación Matía-Ingema ha elaborado recientemente un documento denominado "Cien propuestas para avanzar en el Bienestar y Buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción". En este documento se aborda un trabajo innovador que persigue construir una sociedad en la que las personas mayores formen parte activa de su desarrollo y esa participación sea reconocida y valorada por el conjunto de la ciudadanía.

Además, la cuestión de los malos tratos hacia las personas mayores también se incluye como tema fundamental en la "Hoja de Ruta" de la investigación europea, elaborada por FUTURAGE. En este documento definen una serie de prioridades en la línea de investigación sobre envejecimiento, permitiendo la elaboración de un "Plan de Acción" europeo con los objetivos generales de llevar a cabo un acercamiento común y coordinado en esta área de investigación, promover una perspectiva multidisciplinar en la investigación del envejecimiento, y asegurar que tanto las prioridades como la producción investigadora se vean reflejadas en una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

2. TEORÍAS EXPLICATIVAS SOBRE LOS MALOS TRATOS

Las razones por las que se producen los malos tratos son múltiples, y son muchas las teorías que tratan de explicar las causas, aunque no existe consenso entre ellas (Pérez Rojo e Izal, 2007; Perel-Levin, 2008). Las propuestas teóricas que se han realizado sobre los malos tratos hacia las personas mayores parten de distintos factores: los relacionados con las características de las personas, los que analizan la interacción entre las personas y los que enfatizan la importancia de las estructuras sociales (Bazo, 2001), convirtiendo la violencia hacia los mayores en un fenómeno complejo y multidimensional.

MODELO SITUACIONAL: Es la primera teoría formulada para explicar los malos tratos a las personas mayores. Esta teoría defiende que la presencia de ciertos factores situacionales relacionados con el mayor (dependencia emocional y física del mayor, la mala salud, el estado mental deteriorado y la personalidad difícil del mayor), factores relacionados con el cuidador (crisis vitales, burnout, carga o agotamiento debido al cuidado, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas de violencia) y/o factores estructurales (tensiones económicas, aislamiento social y problemas ambientales), aumentaría la probabilidad de que se produjera malos tratos, dado que el cuidador podría percibir al mayor como fuente de estrés.

Este modelo se considera en la actualidad como inapropiado, debido fundamentalmente a los problemas metodológicos de los estudios en los que se basa.

MODELO PATOLÓGICO: Centrado en las características presentes en el responsable de malos tratos, como por ejemplo problemas psiquiátricos y problemas de abuso de drogas y alcohol; así como la disminución de la capacidad del cuidador para tolerar la frustración y controlar su conducta (Kosberg y Nahmiash, 1996; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998).

TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL: Esta teoría se basa en que la interacción social incluye el intercambio de recompensas (recepción de recursos y/o servicios, sentimientos positivos, etc.) y castigos (sentimientos negativos, retirada de recursos y servicios y el intercambio de conductas de castigo) entre las personas, por lo que los individuos intentan maximizar las recompensas y minimizar los castigos. Por tanto, cuando el intercambio es equilibrado se percibe que la situación es justa. Cuando este intercambio no es equilibrado, surge la ira, el resentimiento y el castigo (Schiamberg y Gans, 2000; Homans, 1961).

TEORÍA DEL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO: Según este modelo, la interacción social es un proceso en el que hay una interacción al menos de dos personas a lo largo del tiempo, con fases identificables recurrentes, interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible y que requiere negociación y renegociación constante para establecer un consenso sobre este encuentro (McCall y Simmons, 1966). Incluye un proceso cognitivo, la improvisación, la atribución y la consolidación de roles, la reciprocidad y la compatibilidad. Cuando se produce un des-

fase en alguna de ellas surge la posibilidad de conflicto y la representación inadecuada o inapropiada de la persona.

MODELO FEMINISTA: Se basa en el desequilibrio de poder entre mujeres y hombres (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Sufre el sesgo sexista que no tiene en cuenta que los hombres también sufren malos tratos.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE LA ECONOMÍA CRÍTICA Y LA ECONOMÍA POLÍTICA DEL ENVEJECIMIENTO: Hace referencia a la imagen de los mayores en la sociedad y al impacto de ésta sobre la vida de las personas mayores. Los malos tratos serían debidos a la marginación de las personas mayores por la sociedad (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

DEMANDAS EXCESIVAS o estrés interno o del cuidador "agotado": Defiende que el estrés causado por cuidar a una persona mayor aumenta el riesgo de que el cuidador se comporte de forma abusiva (Henderson, Buchanan, y Fisher, 2002).

TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE LA VIOLENCIA: Basada en la transmisión intergeneracional de violencia dentro de las familias (Ansello, 1996; Quinn y Tomita, 1997; Gordon y Brill, 2001). El cambio de poder donde los hijos se convierten en adultos que cuidan de sus padres mayores, proporciona a la persona que fue maltratada cuando fue pequeña, la oportunidad de vengarse a través del abuso o la negligencia hacia sus padres.

Esta teoría, apoyada en estudios sobre la violencia de género y la violencia infantil, aún no cuenta con datos suficientes para explicar los malos tratos hacia personas mayores.

MODELO ECOLÓGICO: explica los factores que pueden llevar a que en una situación concreta sucedan los malos tratos (Tabueña, 2009):

1. Factores individuales: desórdenes de la personalidad del responsable de los malos tratos, la dependencia del responsable de los malos tratos, el estatus inferior de las mujeres, los mayores muy mayores y el déficit cognitivo. También lo es el conflicto marital y las reacciones adversas de otros miembros de la familia por y hacia la persona mayor.

2. Factores interpersonales: una mala relación preexistente entre la víctima y el responsable de malos tratos, un cambio de estilo de vida (involuntario), el conflicto marital y las reacciones adversas de otros miembros de la familia por y hacia la persona mayor.
3. Contexto social: el aislamiento social, el apoyo social insuficiente, la dificultad de acceso a los servicios, las imágenes negativas sobre la vejez o la discriminación por la edad
4. Contexto socioestructural: la migración hacia los centros urbanos, la disminución "aparente" de la interdependencia generacional, la pauperización de sectores significativos de la sociedad, una pérdida de la estabilidad económica, las jubilaciones bajas y los servicios sociales y de salud inadecuados.

3. DEFINICIONES Y TIPOS DE MALOS TRATOS

La detección de las situaciones de malos tratos a mayores es extremadamente importante, pero existen una serie de barreras que dificultan este proceso. Una de ellas, es el hecho de que no existe una definición consensuada de este fenómeno. Diferentes autores han elaborado distintas definiciones que, aunque tienen aspectos comunes también incluyen cuestiones diferentes.

Esta situación provoca una serie de consecuencias que afectan a las propias personas mayores, como por ejemplo, que ante la misma situación, dos profesionales lleguen a conclusiones diferentes por el hecho de aceptar definiciones distintas (Barbero y Moya, 2007).

No obstante, la definición desarrollada por Action on Elder Abuse en 1995, acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA) en ese mismo año y posteriormente promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Toronto (2002), es la más aceptada y ha sido uno de los puntos clave para la aceptación social y profesional de la existencia de los malos tratos hacia las personas mayores como un problema universal. Según esta definición, los malos tratos a personas mayores serían considerados como "la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una

persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza". (OMS, 2002).

A esta definición sería interesante añadirle un aspecto adicional y es que los malos tratos pueden ser intencionales y no intencionales, y, concretamente, en el caso de los mayores, la mayoría de las situaciones suelen ser de tipo no intencionado. El hecho de que no sean intencionales no significa que sean justificables, ni mucho menos; sin embargo, si se detecta una situación de malos tratos intencionados o no intencionados, la intervención deberá ser diferente. Mientras que en una situación intencionada, la intervención inicial más adecuada sería a nivel legal, en caso de situaciones no intencionadas, esa no sería la primera intervención a llevar a cabo.

Otra de las barreras que obstaculizan la detección hace referencia a los términos utilizados al hablar de este fenómeno. Se utilizan muchos y diversos como maltrato, mal trato, malos tratos, trato inadecuado, negligencia, abuso, etc. Esto significa que no existe un término consensuado que se utilice universalmente y, cada uno de ellos, tienen unas connotaciones diferentes. Estos diferentes significados dependen, por un lado, de lo que cada uno considere como situación de malos tratos y, por otro lado, de la imagen mental que cada uno de ellos evoque. Por ejemplo, la palabra maltrato suele estar asociada a situaciones muy graves y extremas como las que podemos ver en los medios de comunicación. Por supuesto que esas situaciones son constitutivas de malos tratos, pero también es cierto que los malos tratos hacia las personas mayores implican situaciones mucho más frecuentes que pueden ser muy sutiles e incluso llegar a pasar inadvertidas como el infantilismo, el trato de silencio, ignorarles o la violación de derechos. Por ello, es extremadamente importante consensuar el término utilizado para mejorar la sensibilización y concienciación, la detección y la intervención.

También, respecto a la terminología, es interesante hacer referencia a los distintos términos utilizados para referirse a la persona que ejerce los malos tratos como: maltratador, agresor, perpetrador, victimizador, etc. Algunos de ellos se han traducido literalmente del contexto anglosajón, otros se han extraído de distintos contextos e incluso algún término no existe en el diccionario de la Real Academia Española. Utilizar un término u otro puede ser más o menos fácil en función de una serie de variables. Por ejemplo, si se detectara una situación de malos tratos intencionados seguramente no se tendría reparo en etiquetar a la persona que ejerce los malos tratos como

maltratador. Pero, si en la situación detectada se incluye a una cuidadora familiar que además del cuidado de la persona mayor, tiene otros tipos de responsabilidades: laborales, familiares, etc., y que debido al estrés al que está sometida le grita o le zarandea a la persona mayor en un momento determinado pero sin intención de hacer daño, o descuida su cuidado, porque ni siquiera conoce qué es lo que tiene que hacer, utilizar el mismo término, maltratadora, sería mucho más "complejo". Además, algunos de estos términos, si no todos, son muy estigmatizadores y, una vez implantados, quitarse algunas etiquetas puede ser muy costoso, e incluso imposible aunque se demostrara que no son ciertas, con las posibles consecuencias de las mismas, como la culpabilización.

El término que se ha considerado como más adecuado para hacer referencia a la persona que ejerce los malos tratos es responsable de los malos tratos. Cuando alguien es responsable de algo que ha hecho mal los sentimientos de culpa es menos probable que aparezcan y trabajar hacia el cambio es más fácil con los sentimientos de responsabilidad que con los de culpabilidad.

También está presente la falta de consenso en la definición de los tipos de malos tratos hacia personas mayores (Pérez-Rojo, 2004). Una adecuada clasificación de los tipos de malos tratos permitiría realizar una apropiada detección e identificación de los malos tratos mediante indicadores específicos, y poner en marcha las estrategias y protocolos de intervención más adecuados. Pérez-Rojo, Izal y Montorio (2008), tras una revisión de las diferentes tipologías existentes, destacan que los malos tratos hacia personas mayores podrían clasificarse en:

Físico: cualquier acción como golpear, abofetear, quemar, privación de libertad, uso inapropiado de medicación, etc., llevada a cabo por otras personas y que causa daño o lesión física de forma intencional. Los indicadores de este tipo de maltrato podrían ser: moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido restricciones de algún tipo (p.ej. marcas de cuerdas o niveles anormales de fármacos), hipotermia, dolor al ser tocado, etc.

Psicológico: implica acciones como la agresión verbal, el uso de amenazas, el abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes edadistas en forma de infantilismo,

tratándolo como si fuese un niño. Este tipo de malos tratos provoca entre otras resultados: impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables. Los indicadores de este tipo de maltrato serían: indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado.

Sexual: Conlleva 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 del maltrato físico, y otros, como categoría independiente. Entre los posibles indicadores de este tipo de maltrato podemos encontrar: moratones alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre.

Económico: Supone 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 institucionales de cuidado a largo plazo 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 maltrato 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

Negligencia: cualquier acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (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 (p.ej. insuficiente número de trabajadores) o por falta de motivación (Buzgová y Ivanová, 2009). Entre los indicadores de este tipo de maltrato se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, ignorar a la persona mayor, aislar a la persona mayor, excluirle de sus actividades

Abandono: abandonar a una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia. Algunos lo incluyen en negligencia y otros como categoría independiente. Los indicadores de este tipo de maltrato serían que la persona mayor fuera abandonada en un hospital, centro comercial o una gasolinera

Violación de los derechos básicos. Relacionado a menudo con el maltrato psicológico, consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa). Algunos la incluyen dentro de la categoría de explotación. Los indicadores podrían ser: ocultarle o que le abran el correo, que no se le permita ir a la iglesia, que no se le permita tener la puerta de su habitación abierta.

En todas las tipologías revisadas se incluyen los malos tratos físicos, psicológicos, sexuales, económicos y negligencia, mientras que la violación de derechos o el abuso social no aparecen en todas ellas. Además, es importante hacer alguna consideración al respecto de algunos de los tipos de malos tratos.

En referencia al abuso sexual, es importante destacar que, a pesar de ser un tipo que aparece en todas las clasificaciones cuando se pregunta por tipos de malos tratos a grupos de edad jóvenes no es un tipo que suele aparecer. Parece que se piensa que se abusa de alguien a quien se considera atractivo o deseable y, como la vejez es vista como algo feo y nada deseable, no se asocia el abuso sexual con los mayores. Pero, lo que no tienen en cuenta, es que también se abusa de la gente vulnerable y es aquí donde los mayores pueden estar incluidos.

Otro tipo, que no se ha mencionado, pero que también aparece con mucha frecuencia en la literatura es la autonegligencia. Bajo este término se incluiría a aquellas personas que no cuidan de sí mismas. Si se tiene en cuenta este tipo como posible situación de malos tratos podría significar que si se detecta que alguien mayor no se cuida bien (alimentación, toma de medicación, etc.), se podría intervenir. Personalmente, no estamos de acuerdo con este término, ya que esta expresión no se plantea con personas adultas, sino que se hace sólo con personas mayores y puede ser entendida como una actitud paternalista hacia las personas mayores. Realmente cuando se profundiza mucho más en el término se observa que en esta categoría se incluye a personas con trastorno mental, bien sea un síndrome de

Diógenes o demencias y, realmente, en estos casos, no es que la persona no se cuide, sino que hay un trastorno que no le permite cuidarse.

Como se señalaba anteriormente tampoco se incluye en todas las clasificaciones la violación de derechos. Actualmente se está trabajando bastante en este ámbito a nivel de formación especialmente, pero no así a nivel de investigación, ya que en los estudios sobre prevalencia de los malos tratos no se incluye la violación de derechos. Esta categoría está muy relacionada con el maltrato psicológico y consiste en privar de derechos básicos a una persona mayor que legalmente le corresponden como dignidad, intimidad, opción religiosa, capacidad para toma de decisiones, etc. La situación con esta categoría hace que afloren sentimientos ambivalentes, por un lado, es una muy buena noticia que se empiece a trabajar en uno de los tipos de malos tratos que, según la percepción de los propios mayores sería uno de los más frecuente, pero al mismo tiempo esto hace pensar que algo se ha hecho mal, ya que uno nace con derechos y estos no desaparecen con la edad. Esta violación de derechos viene derivada de algunos estereotipos negativos relacionados con el envejecimiento por un lado, y, por otro lado, de la poca valoradas que están las personas mayores, de manera que, cuando uno llega a mayor, parece que pasa de ser ciudadano de primera a ciudadano de segunda y a formar parte de la población pasiva.

Finalmente, respecto al tema de los tipos de malos tratos, otra entidad que aparece muy poco en la literatura y nada en la investigación, es el abuso social. Curiosamente es el tipo más frecuente de malos tratos según la opinión de las personas mayores, y el peor, e incluye la falta de respeto. En un estudio realizado en diferentes países denominado "Missing Voices" (OMS, 2002) uno de los participantes reflejaba esto con una frase muy interesante "el respeto vale más que la comida y la bebida".

4. DATOS DE PREVALENCIA EN MALOS TRATOS

Conocer la prevalencia del fenómeno de los malos tratos a personas mayores nos permite, no sólo conocer cuál es la realidad social actual de los malos tratos y la magnitud de los mismos, sino que también aumenta la sensibilización y concienciación al respecto. Es este uno de los puntos en los que más se ha trabajado, tanto a nivel internacional como nacional. La mayoría de los estudios se han reali-

zado en el ámbito comunitario donde muestran tasas muy dispares que se encuentran comprendidas entre el 0,8 al 52,6% (Pillemer y Finkelhor, 1989; Podnieks, 1992; Compton et al., 1997; Kurrle et al., 1997; Comijs et al., 1998; NCEA, 1998; Bazo, 2001; Risco et al., 2005; O'Keeffe et al., 2007; Yaffé et al., 2008; Pérez-Cárceles et al., 2008; Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2008a; Iborra, 2008; Lowenstein et al., 2009; Sancho et al., 2011). No obstante, debido a los problemas metodológicos de los que adolecen muchos de estos estudios, la comparación de los resultados no es posible y, por lo tanto, todos estos datos deben ser tenidos en cuenta como información meramente orientativa. A nivel institucional, se han realizado muchos menos estudios de prevalencia y todos ellos se han realizado a nivel internacional, pues en España no se ha realizado ninguno. Pese ello, aunque se desconoce la dimensión real del problema, como afirma Tabueña (2009), nos encontramos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave.

Algunos autores señalan que el hecho de que la prevalencia de los malos tratos sea mayor en el ámbito doméstico puede ser debido a que se trata de una violencia intramuros, convirtiéndose, en muchas ocasiones, en situaciones difícilmente valorables e insalvables que representa la investigación sobre los malos tratos. Aunque también es cierto que las investigaciones realizadas sobre malos tratos en residencias u hospitales son muy escasas, y algunos países como el nuestro son todavía inexistentes, estando la incidencia de los casos directamente relacionados con el grado de desarrollo del modelo de servicios para las personas mayores.

4.1 Datos de prevalencia en estudios internacionales

Año	Autores	País	Nº Entrevistados	Resultados
1979	Lau y Kosberg	EE.UU.	404	<ul style="list-style-type: none"> - 9,6% síntomas de malos tratos - Más de un tipo de maltrato - 77% eran mujeres
1979	Block y Sinnott	EE.UU.	73 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 4% eran maltratadas física, psicológica o económicamente - Víctimas y Responsables eran con mayor frecuencia mujeres - presentes varios tipos de malos tratos de forma simultánea
1983	Gioglio y Blakemore	New Jersey	342 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 1% admitieron sufrir algún tipo de malos tratos (el más frecuente fue el económico).
1989	Pillemer y Finkelhor	Boston	2020 PM no institucionalizadas	<ul style="list-style-type: none"> - 3,2% víctima de algún tipo de malos tratos - 52% de las víctimas eran hombres - 58% de los responsables eran conyuges, seguidos de los hijos (24%)
1989	Tornstam	Suecia y Dinamarca		<ul style="list-style-type: none"> - 17% de los participantes conocían a una persona mayor que había sido maltratada.
1990	Hornery Gillear		51 cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - 45% admitió alguna forma de malos tratos
1992	Podnieks	Canadá	2008 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 4% sufrían uno o más tipos de malos tratos por su pareja, su familia u otras personas significativas - Tipología más frecuente es malos tratos económicos (2,5%), malos tratos psicológicos (1,4%), físicos (0,5%) y negligencia (0,4%)
1992	Kivela et al.	Finlandia	1125 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 17% declaró conocer a alguna persona que había sufrido malos tratos tras la jubilación - 6,7% había experimentado malos tratos - la tasa de mujeres maltratadas fue más alta que en hombres - La violencia psicológica fue el tipo más común de malos tratos en ambos sexos.
1992	Ogg y Bennet	Reino Unido	2130 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 5% había experimentado malos tratos psicológicos - 2% maltratado físicamente - 2% malos tratos económicos - por parte de un familiar cercano o un pariente en un pasado reciente - 4,6% de casos de malos tratos
1992	Kurrie y Sandler	Australia		<ul style="list-style-type: none"> - 5,4% de malos tratos psicológicos (verbales), 1,5% malos tratos físicos y 1,5% malos tratos económicos.
1993	Bennety Kingston	Gran Bretaña		<ul style="list-style-type: none"> - 14,3% para malos tratos físicos, - 14% para el psicológico (verbales), - 20% malos tratos económicos - 14% negligencia - Más frecuentes en mujeres
1993	Pittaway y Westhues	Canadá	385 PM de 55 años	<ul style="list-style-type: none"> - 14,3% para malos tratos físicos, - 14% para el psicológico (verbales), - 20% malos tratos económicos - 14% negligencia - Más frecuentes en mujeres

Año	Autores	País	Nº Entrevistados	Resultados
1993	Hydle	Dinamarca Finlandia y Suecia		
1995	Pitsiou-Darroug y Spinellis	Grecia	506 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 1,8% de malos tratos eran causados por parte de familiares cercanos - 15,5% habían sufrido al menos un tipo de malos tratos durante el último año - Víctimas con más frecuencia mujeres - Responsables con mayor frecuencia un pariente (cónyuges o hijos).
1997	Compton et al	Irlanda del norte	38 cuidadores de mayores con demencia	<ul style="list-style-type: none"> - 37% malos tratos psicológicos (verbales) - No se encontró ningún caso de negligencia (en la definición utilizada se exigía que tuviera lugar en al menos en 10 ocasiones) - 8% estaba presente de forma simultánea los malos tratos físicos y psicológicos (verbales)
1997	Kurrie et al	Australia	5246 personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> - 1,2% de malos tratos - Más frecuente el maltrato psicológico - Seguimiento del maltrato físico, económico y la negligencia - Mujeres eran maltratadas con mayor frecuencia que los hombres - Responsables el 57% eran hombres (38% cónyuges y 43% hijos)
1997	Lachs et al		2812 personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> - 1,6% había experimentado algún tipo de malos tratos - el más común la negligencia (64%), seguida de los malos tratos físicos o psicológicos (19%) y los malos tratos económicos (17%) - Responsables frecuentemente los hijos (45%), seguidos de los cónyuges (26%).
1998	Conijs et al	Holanda	1797 personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> - 5,6% eran víctimas de malos tratos - Más frecuente el psicológico (3,2%).
1998	National Center of Elder Abuse	Estados Unidos	PM de 60 años	<ul style="list-style-type: none"> - 2,4% casos de malos tratos - La negligencia el tipo más frecuente (48,7%) seguida de los malos tratos psicológicos, económicos, físicos, abandono y sexuales - Las mujeres eran las víctimas con mayor frecuencia - Los responsables eran frecuentemente hombres, a excepción de los casos de negligencia en la que las mujeres eran con más frecuencia las responsables
1999	Hirsch y Brendebach	Bonn (Alemania)	PM	<ul style="list-style-type: none"> - 10% de casos de malos tratos - Los más frecuentes los malos tratos psicológicos y los económicos
2002	Vida et al	Montreal	126 PM de psiquiatría geriátrica	<ul style="list-style-type: none"> - 16% de los casos con sospecha o confirmación de malos tratos - El tipo más frecuente el económico (13%), seguido de la negligencia (6%).
2004	Yan y Tang	Hong Kong	276 personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> - 27,5% habían experimentado al menos un tipo de malos tratos - El más prevalente el maltrato psicológico (26,8%) seguido de la violación de los derechos personales (5,1%) y del físico (2,5%).
2006	Oh et al	Corea	15230 PM	<ul style="list-style-type: none"> - El 6,3% víctimas de malos tratos - El más frecuente el maltrato psicológicos, seguido de los económicos, negligencia y físicos.

Año	Autores	País	Nº Entrevistados	Resultados
2006	Cooney et al	Irlanda	82 cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - El 52% admitió haber cometido malos tratos - Los malos tratos psicológicos los que se produjeron con más frecuencia (51%), seguidos de los físicos (20%) y de la negligencia (4%).
2007	O'Keefe et al	Reino Unido	2111 PM de 66 años	<ul style="list-style-type: none"> - 2,6% de casos de malos tratos - El tipo de malos tratos más frecuente fue la negligencia (1,1%), seguidos de los malos tratos económicos (0,7%), psicológicos y físicos (ambos con un 0,4%) y sexuales (0,2%) - El 6% había experimentado al menos dos tipos de malos tratos simultáneos - Las mujeres informaron de más casos de malos tratos que los hombres. - Los responsables eran con mayor frecuencia el cónyuge (51%).
2007	Cohen et al	Israel	730 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 5,9% víctimas de malos tratos - La negligencia fue el tipo más frecuente, seguido de malos tratos psicológicos y económicos.
2008	Yaffé et al		953 PM de 65 años	<ul style="list-style-type: none"> - 11,9% de mayores con sospecha de malos tratos - El tipo más frecuente era el psicológico y las víctimas más frecuente las mujeres.
2009	Lowenstein et al.	Israel	1045 PM	<ul style="list-style-type: none"> - 18,4% víctimas de los malos tratos - El más frecuente el maltrato verbal (14,2%), seguidos de la explotación económica (6,4%) - Al incluir la negligencia en el análisis de los datos, fue el tipo de malos tratos más frecuente (26%).



4.2. Datos de prevalencia en estudios nacionales

2001	Bazo	España	PM usuarias de SAD	<ul style="list-style-type: none"> - El 4,7% de personas mayores eran víctimas de malos tratos - Las víctimas más frecuentes mujeres - Los responsables más frecuentes los hijos/as - El tipo más frecuente la negligencia
2005	Risco et al	Badajoz	209 PM de 72 años	<ul style="list-style-type: none"> - sospecha de malos tratos en un 52,6%.
2008	Pérez-Cárceles et al		460 PM de centros de salud	<ul style="list-style-type: none"> - 44,6% de los casos existía sospecha de malos tratos - el tipo más frecuente la negligencia - El perfil de las víctimas que obtuvieron fue el de mujeres con 75 o más años, solteras/os o viudas/os, que vivían solos o con hijos y con bajo nivel socioeconómico.
2008	Pérez-Rojo, Izal y Montorio	España	396 PM de 65 años	<ul style="list-style-type: none"> - 12,1% víctimas de malos tratos - El tipo más frecuente el maltrato psicológico - presencia simultánea de varios tipos.
2008	Iborra	Centro Reina Sofía contra la violencia	2401 PM de 64 años	<ul style="list-style-type: none"> - 0,8% consideraban que estaban siendo maltratadas por alguno de sus familiares - 1,5% en el caso de personas mayores dependientes.
2008	Iborra	Centro Reina Sofía contra la violencia	789 cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil del responsable de los malos tratos era mujer de edad media, con algún trastorno psicológico y sobrepasada por la situación.
2009	Garré Olmo et al	Girona	676 PM de 75 años o más	<ul style="list-style-type: none"> - sospecha de malos tratos en un 29,3% - El tipo más frecuente fue el de negligencia (16%), seguido de los malos tratos psicológicos (15,2%), económicos (4,7%) y físicos (0,1%) - La presencia simultánea fue de 3,6%.
2011	El Gobierno Vasco		1207 PM de 60 años	<ul style="list-style-type: none"> - 0,9% malos tratos percibidos por el mayor - 1,5% malos tratos percibidos por los entrevistadores - El tipo de maltrato percibido con mayor frecuencia fue el psicológico, seguido de la negligencia, los malos tratos físicos y los sexuales, no encontrándose malos tratos económicos.

4.3. Datos de prevalencia de malos tratos institucionales

1981	Québec (Canadá)	140 profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Se registraron 974 acciones de malos tratos - El 35,5% fueron observadas en centros residenciales u hospitales y un 28,4% en instituciones.
1989	Pillemer y Moore EE.UU.	Profesionales de residencias de mayores	<ul style="list-style-type: none"> - 36% reconoció que habían sido testigos de al menos un incidente de malos tratos físicos por parte de otro miembro del personal - 10% admitió haber cometido malos tratos - El 81% observó malos tratos psicológicos y un 40% admitió haberlos cometido
1993	Colegio de Enfermeras Ontario (Canadá)	804 enfermeras y 804 auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> - 20% testigos de malos tratos en residencias - 31% testigos de un manejo brusco con los pacientes - 28% presenció gritos, insultos y comentarios embarazosos, de empleados a los pacientes - 10% testigos de situaciones en las que un profesional golpeaba o empujaba a pacientes.
1999	Saveman et al Suecia		<ul style="list-style-type: none"> - 11% de los empleados eran conscientes de que los malos tratos hacia las personas mayores se producían en su institución
2005	Enz. Canadá		<ul style="list-style-type: none"> - 20% de los empleados había sido testigo de malos tratos hacia mayores institucionalizados
2004	Goergen Alemania	empleados de instituciones de cuidados de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> - 23,5% reconocieron haber cometido malos tratos físicos - 53,7% haber cometido malos tratos psicológicos.

5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN LOS MALOS TRATOS

El interés por identificar el perfil de la víctima y el perfil del responsable de los malos tratos ha centrado muchas de las investigaciones realizadas en los últimos años. Sin embargo, predecir un perfil exacto se muestra como una actividad harto imposible, dado que los malos tratos pueden estar presentes y afectar a todas las edades y a todos los niveles socioeconómicos, y ajustar un perfil podría llevarnos al error de diagnosticar falsos positivos o bien falsos negativos, con el daño que eso puede producir tanto en la víctima como en el responsable.

Analizar los factores de riesgo que suelen estar presentes en las situaciones de malos tratos nos permite estar alerta ante la posibilidad de que surjan o acontezcan en una situación que nos pueda llevar a sospechar de la ocurrencia de los mismos, razón por la cual ha sido abordado ampliamente tanto en el ámbito formal como informal.

La presencia de estos factores no implica o no justifican que se diagnostique una situación de malos tratos, pero pueden servir como señal de alarma para estar atentos ante su posible ocurrencia. Por ello, una evaluación pormenorizada tanto a la persona mayor, como al posible responsable de los mismos así como al contexto de la situación es necesaria para su confirmación.

Aunque vamos a hacer un repaso sobre algunos de los factores de riesgo de malos tratos a mayores tanto en el ámbito comunitario como institucional, más destacados en la literatura científica, es preciso señalar que son factores que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de aparición, y no todas las investigaciones obtienen los mismos resultados, siendo en ocasiones contradictorios, debido fundamentalmente a las poblaciones estudiadas, los instrumentos utilizados, los métodos de recogida de datos, etc., por lo que se irá señalando en cada uno de ellos.

La sensibilización y concienciación también se incrementa con el conocimiento de los factores de riesgo asociados a este fenómeno. Este tema se ha abordado ampliamente tanto en ámbito informal como formal. Los malos tratos hacia las personas mayores no son el resultado de la presencia de un único factor sino de la combinación

de diferentes factores que pueden estar presentes en la propia persona mayor, en el responsable de los malos tratos o en el contexto de la situación.

En primer lugar, entre los factores presentes en la persona mayor cabe destacar: sexo (Sancho et al., 2011; Pérez-Cárceles, et al., 2009; Pérez-Rojo et al, 2008a; Kivelä et al., 1992; Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Payne y Cikovic, 1995), edad (National Center on Elder Abuse, 1998), estado civil (Lowenstein et al., 2009; Schiamberg y Gans, 2000; Vida et al. 2002; Sancho et al, 2011), nivel educativo (Lowenstein et al., 2009 y Sancho et al., 2011), 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; Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010), deterioro cognitivo (Kosberg y Nahmiash, 1996; Cooper, 2008; Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010), salud percibida, habilidades de comunicación, dependencia (física, económica, etc.) (Schiamberg et al., 2011; Sancho et al., 2011; Pérez-Cárceles, et al., 2009; Lowenstein et al., 2009; Pillemer y Finkelhor, 1988; Kosberg, 1988; Glendenning, 1993), sentimientos de culpabilidad (Quinn y Tomita, 1997; Schiamberg y Gans, 2000), lealtad excesiva hacia el responsable (Kosberg, 1988), o resignación (Schiamberg y Gans, 2000), número de visitas recibidas en las instituciones (CGPJ, 2009; NCEA, 2005; Payne y Cikovic, 1995), cambio frecuente de domicilio y centro sanitario, desconocimiento de sus propios derechos (CGPJ, 2009), asumir estereotipos edadistas (discriminación basada en la edad), vivir con una persona con que padece enfermedad mental, consumo de alcohol, sintomatología depresiva, ansiedad, sentimientos de soledad, incontinencia urinaria, situación económica, satisfacción con la vida, presencia de enfermedad y calidad de vida.

En segundo lugar, entre los factores de riesgo presentes en el responsable de los malos tratos cabe señalar: sexo (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 1993; Payne y Cikovic, 1995), edad (Sancho et al., 2011), parentesco con la persona maltratada (algunos estudios señalan que son los hijos (Sancho, et al, 2011; Lowenstein et al., 2009) y otros a los cónyuges (Pérez-Rojo, et al., 2008), categoría profesional (p.ej., auxiliares, enfermeras), 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) (Tomita, 1990; Quinn y Tomita, 1997; Pérez-Rojo, et al., 2008c), afrontamiento, abuso de sustancias (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008a; Godkin, Wolf



y Pillemer, 1989), deterioro cognitivo debido a demencia o enfermedad de Parkinson, sentimientos negativos (ira y hostilidad) (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998), estrés o sobrecarga (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008b; Cooper et al., 2010; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Anetzberger, 2005; Pérez-Rojo, et al., 2008c y 2008d), bajos sentimientos de autoeficacia (Pérez-Rojo, et al., 2008c), dependencia económica (CGPJ, 2009) o para el alojamiento de la persona mayor (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), edadismo (CGPJ, 2009).

Finalmente, entre los factores de riesgo presentes en el contexto, podemos indicar que entre los que pueden aumentar el riesgo de malos tratos se encuentran: cantidad de ayuda (formal e informal) recibida (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008c, 2008d; Wolf y Pillemer, 1989; Kosberg y Nahmias, 1996; Sancho et al., 2011), 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; Payne y Cikovic, 1995; Homer y Gillear, 1990), situación económica, tipo de convivencia, calidad de la relación anterior (Sancho, et al., 2011; CGPJ, 2009; Kosberg, 1988; Pérez-Cárceles, et al., 2009 y actual (Buzgová y Ivanová, 2009; Clough, 1999; Pérez-Rojo, et al., 2008d; Glendenning, 1993), conflictos familiares (CGPJ, 2009; Pérez-Rojo, et al., 2008a; Kivelä et al., 1992), satisfacción (Goergen, 2001), historia previa de violencia familiar (CGPJ, 2009).

En relación a los factores de riesgo en las instituciones: la no existencia de una política de prevención en la institución 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 (NCEA, 2005); 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 (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Buzgová y Ivanová, 2009; NCEA, 2005; Goergen, 2001; Clough, 1999); alta rotación del personal (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; NCEA, 2005; Clough, 1999); inadecuada selección de los empleados (NCEA, 2005); historial de deficiencias o quejas (NCEA, 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.) (NCEA, 2005). Además de las ausencias por enfermedad de los trabajadores, la poca supervisión (Clough, 1999), número de

residentes en la institución (Jogerst et al., 2006; Lowenstein, 1999); falta de tiempo para la atención de los mayores (National Center on Elder Abuse, 2005; directores poco profesionales (National Center on Elder Abuse, 2005; Clough, 1999); diseño ambiental no adaptado a las necesidades de las personas mayores (CGPJ, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005); además de la precaria situación laboral; los problemas personales de los trabajadores; burnout (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Pillemer y Brachman-Prehn, 1991); mala relación con los residentes; la falta de detección y notificación de los casos o la inadecuada formación de los profesionales (Schiamberg et al., 2011; Buzgová y Ivanová, 2009; CGPJ, 2009; National Center on Elder Abuse, 2005); vocación (Tellis-Nayak y Tellis-Nayak, 1989); presiones en el trabajo (Pillemer y Brachman-Prehn, 1991); si han sido testigos de malos tratos por otros trabajadores y creen que es una norma social de la institución y ese trato es esencial para la integración en la cultura organizacional (Natan, Lowenstein y Eisikovits, 2010; Payne y Cikovic, 1995); carga de trabajo (Schiamberg et al., 2011); ser agredidos por los residentes (Astrom, Karlsson, Sandvide, et al., 2004); y el alto consumo de alcohol (Clough, 1999), que pueden suponer un riesgo para los mayores institucionalizados.

6. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN CONTRA LOS MALOS TRATOS

Tras analizar y valorar los datos de prevalencia de malos tratos existentes tanto a nivel nacional como internacional, y tal como propuso la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, el siguiente paso para abordar los malos tratos en las personas mayores debería ser la elaboración y aplicación de programas de detección e intervención, que permitan el desarrollo y la implementación de estrategias efectivas para la prevención y el manejo de estas situaciones, atendiendo tanto a la persona mayor como a los responsables de las situaciones de malos tratos, no debiendo olvidar la necesidad de continuar realizando investigaciones que permitan conocer la magnitud real del problema.

6.1. Proyectos de investigación entre España y otros países

Una de las iniciativas más recientes llevadas a cabo en España fue la realizada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud

(OMS): "Respuesta Global al Maltrato hacia las Personas Mayores, incluyendo la Negligencia: Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial", cuyo objetivo era la adaptación de un instrumento de screening para la detección de malos tratos a persona mayores y su aplicación en diferentes países.

El proyecto MILCEA (Monitoring in Long Term Care. Pilot Project on Elder Abuse, 2009-2012) (VS/2009/0557) fue concedido por la Comisión Europea, para desarrollar un sistema de monitorización aplicado a situaciones de cuidado prolongado que identificara y detectara los malos tratos a mayores.

En tercer lugar, otro de los estudios más recientes llevados a cabo para analizar las consecuencias de los malos tratos en mujeres mayores y cuyo fin es contribuir a crear una mayor conciencia de las necesidades y dificultades de las mujeres mayores es el Proyecto Daphne JUST/2009-2010/DAP/AG/0992: "Stop a la violencia contra las mujeres mayores: STOP VIEW", en el que han participado 6 países socios (Italia, España, Bulgaria, Francia, Portugal y Eslovenia).

6.2. Programas de intervención

A pesar de todos los datos presentados acerca de las investigaciones y estudios llevados a cabo para el conocimiento de la presencia de malos tratos en las personas mayores, la intervención en casos potenciales o reales ha recibido una menor atención.

Teniendo en cuenta que en un porcentaje muy elevado de las situaciones de maltrato las acciones no son intencionadas y el responsable de las mismas no es consciente de ello, las intervenciones deberían plantearse desde una perspectiva positiva y no punitiva.

Hasta ahora, la mayoría de los programas de intervención existentes para la reducción y/o eliminación del riesgo de maltrato al mayor, se han centrado principalmente en la persona mayor (Vladescu et al., 1999), y no tanto en el responsable de los mismos, aunque algunos autores como Kingsley y Johnson (1995) o Scogin, et al. (1989) y otros profesionales han desarrollado programas de intervención centrados específicamente en el cuidador informal o formal (Davis et al., 2001; Davis y Medina-Ariza, 2001; Richardson et al., 2002, 2004; Brownell y Heiser, 2006). No obstante, la revisión de estos estudios sugiere que no se dispone de evidencia suficiente para apoyar las pocas intervenciones centradas en los malos tratos hacia las

personas mayores e incluso algunos estudios no incluyen grupo control.

En las dos últimas décadas se han desarrollado programas de intervención destinados a cuidadores de personas mayores con demencia con el objetivo principal de reducir principalmente el malestar causado por la situación de cuidado (Losada, Márquez-González, Knight, Yanguas, Sayegh y Romero, 2010; Knight, Lutzky y Macofsky-Urban, 1993; Gallagher-Thompson, Lovett, McKibbin, Coon, Futterman, et al., 2000); los pensamientos disfuncionales (Losada, Márquez-González, Knight, Yanguas, Sayegh y Romero, 2010; Losada, Knight y Márquez, 2003; Márquez-González, Losada, Izal, Pérez-Rojo y Montorio 2007); la frustración (Gallagher-Thompson y De Vries, 1994; Coon, Thompson, Steffen, Sorocco y Gallagher-Thompson, 2003); la depresión (Coon, Thompson, Steffen, Sorocco y Gallagher-Thompson, 2003); o la carga (Ostwald, Hepburn, Caron, Burns y Mantell, 1999); o investigaciones multicomponentes centrados en los factores de riesgo (Pillemer et al., 2007) que aunque no estaban diseñados específicamente para la reducción del riesgo de maltrato, pueden prevenirlos de forma indirecta tratando algunos de los factores que propician su aparición.

En el año 1989, Sogin, Beall, Bynum, Stephens, Grote, Baumhover y Bolland propusieron un modelo para la intervención en casos de malos tratos a personas mayores basado en un programa de formación en habilidades e información para cuidadores informales (aspectos biopsicosociales del envejecimiento, solución de problemas, manejo del estrés y la ira y la utilización de recursos comunitarios).

Kingsley y Jonson (1993) elaboraron un programa de intervención aplicado al responsable de la situación de malos tratos, con el desarrollo de habilidades y estrategias para la prevención, confrontación de comportamientos abusivos y sentimientos negativos relacionados con el cuidado, etc.

Davis y Medina-Ariza (2001) implantaron un programa de intervención con 403 personas, distribuidas entre aquellos que fueron asignados a recibir o no dos intervenciones diseñadas para disminuir la frecuencia de estos episodios (información sobre malos tratos y visitas a domicilio de un equipo de profesionales).

Brownell y Heiser (2006) desarrollaron un programa de apoyo para mujeres mayores víctimas de malos tratos en el que se aborda-

ban diferentes temas como la violencia doméstica, el maltrato y la negligencia, los conflictos familiares, la evaluación de la historia familiar, el fomento de autoestima, la atención a la depresión, ansiedad y estrés, el abuso de sustancias y juego, el afrontamiento de la pérdida y el cambio en las relaciones con las personas queridas y estrategias para el cambio.

En España, respecto a las intervenciones con los posibles responsables, desde hace años se aborda la intervención con cuidadores familiares, aunque, estos programas no están centrados específicamente en la prevención de situaciones de malos tratos (López y Crespo, 2008). Y, en cuanto a la intervención con cuidadores formales, aunque existe evidencia de formación de profesionales para aumentar la sensibilización y concienciación, existe poca documentación científica que evidencie su desarrollo y resultados. En España, no se dispone de datos que muestren la eficacia de la formación aplicada a cuidadores formales.

En los últimos años, se han desarrollado programas educativos o de formación para profesionales de diferentes disciplinas: médicos (Ahmad y Lachs, 2002; Lachs y Pillemer, 2004), enfermeras (Bond, 2004; Richardson, Kitchen y Livingston, 2002), trabajadores sociales (Richardson, Kitchen y Livingston, 2002) y otros profesionales.

En el año 1992, Hudson, publicó un artículo en el que incluía información sobre un programa de 8 módulos, llevado a cabo con auxiliares. Los módulos trataban de: comprensión del fenómeno de malos tratos institucional, identificación y reconocimiento de tipos de malos tratos, posibles causas, entender los sentimientos hacia el cuidado, perspectivas cultural y étnica y sus implicaciones en las dinámicas residente-profesional, malos tratos a los profesionales por los residentes, cuestiones éticas y legales respecto a informar de sospecha de malos tratos y estrategias de intervención para la prevención de los malos tratos. Sin embargo, no se dispone de información sobre su eficacia.

En 1996, Goodridge et al., aplicaron un programa de prevención para 126 auxiliares o gerocutores y descubrieron que los conflictos entre estos profesionales y los residentes disminuía tras el programa.

Los objetivos de la intervención, desarrollada por Anetzberger et al. (2000), eran aumentar la detección, mejorar la planificación de los cuidados y promover la prevención de los malos tratos en personas

mayores con demencia con sospecha o en riesgo de malos tratos. El programa demostró ser una aproximación eficaz para estas cuestiones.

En cuanto a los programas realizados con profesionales, una muestra de ellos es el llevado a cabo en 1992 por Hudson con auxiliares para tratar temas como la comprensión de los malos tratos a nivel institucional, la identificación y el reconocimiento de tipos de malos tratos y sus posibles causas, los sentimientos hacia el cuidado y sus implicaciones en las dinámicas residente-profesional o las estrategias de intervención para la prevención de los malos tratos.

En ese mismo año, Wilkner y Shenkman, desarrollaron un programa de prevención para auxiliares que mostró sus beneficios tanto para el personal que participaba como para la propia institución. Otro programa publicado por Frontline Publishing constaba de módulos de formación diseñados para mejorar la autoestima así como las habilidades de los/as auxiliares.

Richardson, Kitchen y Livingston (2002) desarrollaron una intervención educativa en la que participaron enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales que trabajaban con personas mayores, obteniendo efectos positivos en el grupo que participaba en la intervención educativa.

Mason (2003) desarrolló un programa psicoeducativo de 12 sesiones para enseñar a los responsables de malos tratos a reconocer conductas inaceptables y proporcionarles opciones aceptables, aunque no se encontró efecto sobre el cambio de conducta.

Richardson et al., (2004) probaron el efecto de un programa de formación para enfermeras en el reconocimiento de malos tratos y manejo de casos en pacientes con demencia. Asignaron aleatoriamente a 64 profesionales al grupo experimental o grupo control. Los resultados demostraron que los participantes del grupo experimental mejoraron su conocimiento y sus habilidades para manejar los malos tratos a mayores.

Hsich et al. (2009) analizaron la efectividad de un grupo educativo de apoyo para disminuir el maltrato psicológico a las personas mayores, reducir el estrés laboral y promocionar el conocimiento sobre los cuidados geriátricos en un grupo de 100 cuidadores profesionales (50 en el grupo experimental y 50 en el grupo control). Los

resultados mostraron que la intervención tenía efectos significativos en la disminución del maltrato psicológico así como en el incremento del conocimiento sobre los cuidados en el grupo experimental.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de trabajar en el desarrollo y aplicación de programas de intervención, tanto para cuidadores familiares como profesionales, que ayuden, por un lado, a eliminar factores de riesgo y prevenir situaciones de malos tratos, y por otro lado, a fomentar situaciones de buen trato hacia las personas mayores.

En España existe carencia de experiencias relacionadas con la intervención en malos tratos a mayores. Una de ellas es un proyecto liderado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid desde 2009 denominado "Atención a Personas Mayores especialmente vulnerables". En este proyecto un equipo multidisciplinar (una psicóloga, una trabajadora social y una enfermera), acuden al domicilio de personas mayores víctimas de malos tratos para su atención y la de los responsables de los mismos.

6.3. Programas de sensibilización y concienciación

Tanto en España como en otros países desde hace unos años se hace hincapié en el aumento de la sensibilización y concienciación en los malos tratos a mayores a través de la formación especialmente dirigida a profesionales, dado que la falta de sensibilización y concienciación puede tener como consecuencia la no identificación ni detección de situaciones de malos tratos, tanto por parte de profesionales, como por la sociedad en general y las propias personas mayores.

Existe poca evidencia estadística de la eficacia de los programas para el aumento de la concienciación y sensibilización, aunque algunos estudios señalan que la educación de los profesionales aumenta el conocimiento sobre los malos tratos a personas mayores (Anetzberger et al., 2000; Richardson, Kitchen y Livingston, 2002), lo que permiten aumentar su detección, mejorar la planificación de los cuidados y promover la prevención de los malos tratos en personas mayores con demencia con sospecha o en riesgo de malos tratos.

En los últimos años, se han desarrollado programas educativos o de formación para profesionales médicos (Ahmad y Lachs, 2002; Lachs y Pillemer, 2004), enfermeras (Bond, 2004; Richardson, Kitchen y

Livingston, 2002), trabajadores sociales (Richardson, Kitchen y Livingston, 2002; Wilke y Vinton, 2003) y otros profesionales, orientados en el aumento de sensibilización y concienciación sobre los malos tratos a mayores, así como en la mejora de la detección de casos de malos tratos, pero no así en la disminución del riesgo mismo de malos tratos. Por ejemplo, Radensky y Parikh (2008) realizaron formación para profesionales con el objetivo de que reconocieran signos y síntomas de malos tratos a mayores y para la detección e información de casos. Sin embargo, estas iniciativas de formación no han sido diseñadas ni incluyen, en la mayoría de las ocasiones, un programa propiamente de intervención con evaluación pre y post, sino que se realizan con el único objetivo de despertar sensibilidades en los destinatarios.

Además, para el desarrollo de la sensibilización y concienciación, tanto a nivel internacional como nacional se han elaborado diferentes guías dirigidas a diferentes poblaciones como profesionales de diferentes disciplinas, población en general, etc. como la publicada por el IMSERSO Barbero et al. (2005) o la desarrollada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y publicada en 2011.

Por otro lado, se han desarrollado campañas de sensibilización y concienciación como la campaña Stop Elder Abuse desarrollada en Holanda o campañas realizadas en Canadá por ONPEA (Ontario Network of Prevention Elder Abuse).

A nivel nacional, en Octubre, el Gobierno Vasco lanzó, por primera vez en nuestro país, una campaña a través de los medios de comunicación orientada a la sensibilización y concienciación de la población general, que ponía a disposición de toda la población un número de teléfono al que llamar para solicitar información o para desvelar o denunciar una situación posible o real de malos tratos en personas mayores (<http://www.nodejesqueocurra.com/>).

7. CONCLUSIONES

El abordaje de un problema que afecta a la seguridad y a la calidad de vida de las personas mayores es complejo y complicado; no sólo por la multitud de definiciones y teorías que intentan darle explicación, sino porque, al igual que ocurre en otros tipos de violencia interpersonal, provoca un fuerte choque emocional tanto entre la sociedad como entre los profesionales que tienen que atender a las

víctimas y a los responsables de malos tratos (Cuesta, 2006; Tabueña, 2006), lo que en ocasiones puede convertirse en una barrera al intervenir con ellos.

El desconocimiento y la falta de formación sobre las personas mayores y los malos tratos puede convertirse en una barrera que dificulta la detección (Pérez Rojo e Izal, 2007) y un factor de riesgo en la intervención en situaciones de violencia contra las personas mayores, sobre todo si ésta se realiza de forma episódica y no sistemática (MacNamara, 1992).

Por ello, es preciso formar e informar a los profesionales, personas mayores y a la sociedad en general acerca de la forma y tipo de malos tratos que se ejercen contra las personas mayores, conocer las características que distinguen a las personas mayores para erradicar mitos y estereotipos asociados a la vejez; y dotar de habilidades y estrategias a los profesionales con el fin de que puedan prevenir, detectar e intervenir correctamente en casos de violencia hacia los mayores. Además de, como indicó la II Asamblea del Mundial Envejecimiento, el desarrollo campañas de concienciación y la elaboración de documentos y guías para facilitar su conocimiento y la detección de casos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ADELMAN, R; SIDDIQUI, H. y FOLDI, N. (1998) Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. En: Hersen M, Van Hasselt VB. Handbook of Clinical Geropsychology . New York: Plenum Publishing Company.

AHMAD, M. y LACHS, M.S. (2002). Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 69(10), 801-808.

ANETZBERGER, G.J.; PALMISANO, B.R.; SANDERS, M.; BASS, D.; DAYTON, C.; ECKERT, S.; y SCHIMER, M.R. (2000). Model intervention for elder abuse and dementia. *Gerontologist*, 40(4), 492-497.

- ASTROM, S., KARLSSON, S., SANDVIDE, A., et al. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(4), 410-416.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID (2011). Buen trato a las personas mayores.
- BACCHUS, L.; MEZEY, G y BEWLEY, S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109: 9-16.
- BARBERO, J.; BARRIO, I.M.; GUTIERREZ, B.; IZAL, M.; MARTÍNEZ, A.; MOYA, A.; PÉREZ, G.; SÁNCHEZ del Corral, F. y YUSTE, A. (2005). Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Manual teórico-práctico sobre el maltrato a mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
- BAZO, M.T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 8-14.
- BENNET, G. y KINGSTON, P. (1993) Elder Abuse: Theories, Concepts and Interventions. London: Chapman and Hall.
- BEAUVOIR, S. (1970) : La vieillesse. Buenos Aires .Editorial Sudamericana.
- 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
- BOND, C. (2004). Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse. *Professional Nurse*, 20 (4) 39-41.
- BRADLEY, F., et al. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324: 271-274.

- BUZGOVÁ, R. e IVANOVÁ, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1),110-126
- CLOUGH, R. (1999). Scandalous Care: Interpreting Public Enquiry Reports of Scandals in Residential Care. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 10(1/2), 13-27.
- COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (1993). *Abuse of Clients of Registered Nurses and Registered Nursing Assistants*. 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.
- CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL (CGPJ) (2009). *Personas mayores vulnerables: Maltrato y abuso*. Centro de documentación judicial.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cg-pj-personasmayores-01.pdf>
- D'AVOLIO, D. et al., (2001). Screening for abuse: barriers and opportunities. *Health Care for Women International*, 22: 349-362.
- ENS I. (2005). *Abuse of older adults in institutions*. Ottawa, ON: National Clearinghouse on Family Violence.
- FUNDACIÓN LA CAIXA (1994): *Mayores y adolescentes. Estudio de una relación*. Barcelona.
- FUTURAGE. (2011). A road map for European Aging Research.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/futurage-aroadmap-01.pdf>
- GARRE-OLMO, J.; PLANAS-PUJOL, X.; LÓPEZ-POUSA, S.; JUVINYÁ, D.; VILÁ, A. y VILALTA-FRANCH, J. (2009). Prevalence and Risk

Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older. *Journal of American Geriatrics Society*, 57: 815-822.

GERBERT, B. et al. (1999). When asked, patients tell: disclosure of sensitive health-risk behaviors. *Medical Care*, 37: 104-111.

GIELEN, A.C. et al. (2000). Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. *American Journal of Preventive Medicine*, 19: 279-285.

GIOGLIO, G. y BLAKEMORE, P. (1983). Elder abuse in New Jersey: The knowledge and. experience of abuse among other New Jerseyans. Trenton, New Jersey

GLENDENNING, F. (1993) What is Elder Abuse and Neglect. En: Decalmer P, Glendenning F. *The Mistreatment of Elderly People*. London-Newbury Park-New Delhi: SAGE Publications.

GLENDENNING, F. (1999). Elder abuse and neglect in residential settings: the need for inclusiveness in elder abuse research. *Journal of Elder Abuse*, 10(1-2): 1-11.

GOBIERNO VASCO (2012). Cien propuestas para avanzar en el bienestar y buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/1489/100_pr_opuestas_para_avanzar.pdf?1317378358

GOLDBERG, D.; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P. et al (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J*, 97: 897-899.

GODKIN, M.; WOLF, R.; PILLEMER, K. (1989) A Case-Comparison Analysis of Elder Abuse and Neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(3): 207-25.

GOERGEN, T. (2001). Strees, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professionals caregivers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(1), 1-27.

GOODRIDGE, D.M.; JOHNSTON, P. y THOMPSON, M. (1996). Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing

assistants: Implications for institutional elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8(1), 49-67

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. Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: Schewe PA (Ed). Preventing violence in relationships: Interventions across the life span. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2002; p. 223-45.

HIRST, S.P. (2002). Defining resident abuse within the culture of long term care institutions. *Clinical Nursing Research*, 11(3), 267-284.

HOMER, A.C. y GILLEARD, C.(1990) Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal* , 301: 1359-62.

HOWE, A.; CRILLY, M.; FAIRHURST, R. (2002). Acceptability of asking patients about violence in accident and emergency. *Emergency Medicine Journal*, 19: 138-140.

HSICH, H.; WANG, J.; YEN, M. y LIU, T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behaviour toward caring for institutionalized elders. *Advanced in Health Sciences Education*, 14, 377-386

HSU, S. (2006). The development and testing of the caregiver psychological elder abuse behaviour scale. Unpublished.

HUDSON, B. (1992). Ensuring and Abuse-Free Environment: A Learning Program for Nursing Home Staff. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(4), 25-36

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).

JEFFERY, M. y LEVING, M.D. (2003). Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics*, 58(10), 37-39.

- JOGERST, G.J. et al. (2006). Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(4),203-207.
- KESSEL, H.; MARÍN, N. y MATURANA, N. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 31, 367-372.
- KINGSTON, P. y PENHALE, B. (1995) (Eds.) *Family Violence and the Caring Professions*, Basingstoke: Macmillan.
- KIVELÄ, S. L., et al. (1992). Abuse in Old Age: Epidemiological Data From Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 4(3): 1-18.
- KOGAN, N. (1961). Attitudes toward old people: the development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 44-54.
- 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 (1996) Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect. En: Baumhorer LA, Bell SC (Eds.). *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention*. 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.S., et al. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280 : 428-432.
- LACHS, M.S. y PILLEMER, K. (2004). Elder Abuse. *Lancet*, 364, 1263-1273.
- LOBO, A.; EZQUERRA, J., GÓMEZ, F.; SALA, J. y SEVA, A. (1979) El "Mini-Examen Cognoscitivo": Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 189-192.



- LÓPEZ, J. y CRESPO, M. (2008). *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar "Cómo mantener su bienestar*. Madrid: IMSERSO.
- LOSADA, A., MÁRQUEZ, M., KNIGHT, B.; YANGUAS, J.; SAYEGH, P. y ROMERO-MORENO, R. (2010). Psychosocial factors and caregiver's distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 193-202.
- LOWENSTEIN, A. (1999). Elder abuse in residential setting in Israel – myth or reality? *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1/2), 133-151.
- LOWENSTEIN, A. EISIKOVITS, Z., BAND-WINTEERSTEIN, T. y ENOSH, G.(2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3):253-77.
- MASON, A. (2003). Stop elder abuse and mistreatment: A psycho-educational program for abusers of the elderly. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 5(5), 67
- MÁRQUEZ, M.; LOSADA, A.; IZAL, M.; PÉREZ-ROJO, G. y MONTORIO, I. (2007). [Modification of Dysfunctional Thoughts about Caregiving in Dementia Family Caregivers: description and outcomes of an Intervention Program](#). *Aging & Mental Health*, 11, 616-625.
- MENA, M.J.; SÁNCHEZ, C. y TRIANES, V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista multidisciplinar gerontológico*, 15(4), 212-220
- MIGUEL-TOBAL, J.J., CANO-VINDEL, A.; CASADO, M.I. y SPIELBERG, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo – STAXI – 2: Spanish Adaptation*. Madrid: TEA.
- MORENO-JIMÉNEZ, B.; BUSTOS, R.; MATALLANA, A. y MIRALLES, T. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13(2), 185-207.
- MORANTE, M.E.; MORENO-JIMÉNEZ, B. y RODRÍGUEZ, A. (2006). Traducción del instrumento de evaluación Professional Satisfaction and Fatigue Subscales - version IV (ProQOL).

<http://www.isu.edu/~bhstamm>. Universidad Autónoma de Madrid.

NAAPSA (2003): *Formative Evaluation of Adult Protective Services Curricula*, en: <http://www.apsnetwork.org/Resources/docs/FormulativeEvaluation.pdf>

NATAN, M.B.; LOWENSTEIN, A. y EISIKOVITS, Z. (2010). Psychosocial factors affecting elder's maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57, 113-120.

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (NCEA). (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Available at <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (2005). Nursing home abuse risk prevention profile and checklist. National Association of State Units on Aging.

OGG, J. y BENNETT, G.C.J. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 305, 998-999.

O'KEEFFE, M.; HILLS, A.; DOYLE, M.; McCREADIE, C.; SCHOLE, 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.

PAPADOPOULOS, A. y LA FONTAINE, J. (2000) Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice. United Kingdom: Winslow Press Ltd.

PAYNE, B.K. y CIKOVIC, R. (1995). An empirical examination of the characteristics, consequences and causes of elder abuse in nursing home. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 7(4), 61-74.

PECKOVER, S. (2002). Domestic abuse and women's health: the challenge for primary care. *Primary Health Care Research and Development*, 3: 151-158.

PENHALE, B. (1993). The abuse of elderly people: Consideration for practice. *British Journal of Social Work*; 23(2): 95-112.

PEREL-LEVIN, S. (2008). Discussing Screening For Elder Abuse at Primary Health Care. World Health Organization.

PÉREZ-CÁRCELES, M.D.; RUBIO, L.; PEREÑIGUEZ, J.E.; PÉREZ-FLORES, D.; OSUNA, E. y LUNA, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132-137

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*.

PÉREZ-ROJO, G.; IZAL, M. y MONTORIO, I. (2008b). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Revista Española de Geriatria 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*, p.000-000

PÉREZ-ROJO, G.; IZAL, M., MONTORIO, I. y NUEVO, R. (2008d). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1): 105-117

PÉREZ-ROJO, G. e IZAL, M. (2007). Marco conceptual. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Sociedad Española de Geriatria 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 maltrato hacia personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

PILLEMER, K. y FINKERLHOR, D. (1989). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.

PILLEMER, K. y FINKERLHOR, D. (1989). Causes of Elder Abuse: Caregiver Stress Versus Problem Relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 179-187.

- 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. y BRANCHMAN--PREHN, R. (1991). Helping and hurting: predictors of maltreatment of patients in nursing home. *Research on Aging*, 13(1), 74-95.
- PITSIOU-DARROUGH, E.N. y SPINELLIS, ID (1995). Mistreatment of the Elderly in Greece. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6(3/4).
- PITTAWAY, E. y WESTHUES, A. (1993). The Prevalence of Elder Abuse and Neglect of Older
- PODNIIEKS, 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.
- RADENSKY, L., Y PARIKH, D. (2008). Developing a « Train the Trainer » Program to Identify Elder Abuse and Neglect: The Jewish Home Lifecare System Model. *Home Health Care Management & Practice*, 20(3), 254-259.
- RADLOFF, L.S. (1977) The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measures*, 1(3): 385-401.
- REAY, A.M. y BROWNE, K.D. (2002). The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(4), 416-431.
- REIS, M. y NAHMIASH, D. (1995). Validation of caregiver screen (CASE). *Canadian Journal on aging*, 14(2): 45-61.
- REIS, M. y NAHMIASH, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IAO) screen. *Gerontologist*, 38: 471-480.

- RICHARDSON, B.; KITCHEN, G. y LIVINGSTON, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31: 335-341.
- RICHARDSON, B.; KITCHEN G. y LIVINGSTON, G. (2004). What staff know about elder abuse in dementia and the effect of training. *Dementia*, 3(3), 377-384
- 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
- RODRÍGUEZ, M.A., et al., (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 282: 468-474.
- RUIZ, A.; ALTET, J., PORTA, N., DUASO, P., COMA, M. y REQUESENS, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*.
- SANCHO, M.T.; PÉREZ-ROJO, G.; DEL BARRIO, E.; YANGUAS, J. e IZAL, M. (2011). Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gobierno Vasco*.
- SAVEMAN, B.; ASTROM, S.; BUCHT, G. y NORBERG, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1/2), 43-60.
- SCHIAMBERG, L.B.; BARBOZA, G.G.; OEHMKE, J.; ZHANG, Z.; GRIFFORE, R.J.; WEATHERILL, R.P.; VON HEYDRICH, L. y POST, L.A. (2011). Elder abuse in nursing homes: an ecological perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(2), 190-211.
- SCHIAMBERG, L.B. ; 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.



- SPIELBERG, C.D. (1999) State-Trait Anger Expression-2. Professional Manual. Psychological Assessment Resources Inc.
- STENSON, K. et al. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17: 2-10.
- TAKET, A. et al. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health setting. *British Medical Journal*, 327: 673-676.
- TELLIS-NAYAK, V. y TELLIS-NAYAK, R. (1989). Quality of care and the burden of two cultures. When the world of the nurse's aid enters the world of the nursing home. *Gerontological Society of America*, 29(3),309.
- TITUS, K. (1996). When physicians ask, women tell about domestic abuse and violence. *Journal of the American Medical Association*, 275: 1863-1865.
- VLADESCU, D.; EVELEIGH, K.; PLOEG, J. y PATTERSON, C. (1999). An evaluation of a Client-Centered Case Management Program for Elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 5-22.
- 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.C. y TANG, C.S. (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.
- WEBSTER, S.; STRATIGOS, S. y GRIMES, K. (2001). Women's responses to screening for domestic violence in a health care setting. *Midwifery*, 17: 289-294.
- WOLF, R.S. (1998) Domestic Elder Abuse and Neglect. En: Nordhus I, VandenBos G, Berg S, Fromholt P (eds.). *Clinical Geropsychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- ZARIT, S.H. y ZARIT, J. (1982) Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1: 461-71.