

Factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario

Gema Pérez Rojo*

Universidad Autónoma de Madrid

El objetivo de este estudio es analizar el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores. Los resultados indican la existencia de una asociación entre el riesgo de maltrato a mayores por parte de sus cuidadores informales y diferentes factores, como el estrés asociado a la presencia de conductas agresivas o provocadoras por parte de la persona cuidada, el estrés asociado a la dependencia de la persona mayor en actividades de la vida diaria, la depresión, el estrés percibido, la carga asociada al cuidado, la expresión interna de la ira, la frecuencia de conductas agresivas y provocadoras, o la ayuda formal e informal recibida. Estas variables clasifican correctamente a la mayor parte de los cuidadores informales (90,9% de los casos) y son las que más contribuyen a diferenciar entre los grupos de riesgo alto y bajo de maltrato, la carga asociada al cuidado y la frecuencia de conductas agresivas por parte de la persona cuidada.

1. Introducción

El maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores se engloba dentro de la categoría general de violencia que puede tener como objeto a diferentes poblaciones específicas (mujeres, niños, personas mayores). El maltrato hacia las personas mayores puede tener lugar en diferentes ámbitos –comunitario, institucional, social–. Si ocurre en el ámbito comunitario, una de las categorías se puede incluir dentro de la violencia doméstica o familiar, en la que también se incluye el maltrato infantil y la violencia de pareja (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

Hasta hace relativamente pocos años, la investigación sobre violencia familiar ha estado centrada exclusivamente en el maltrato infantil, tema en el que se comienza a investigar y publicar en los años sesenta, y el maltrato de pareja, que emerge a partir de los años setenta; por tanto, el maltrato a mayores es la última categoría por la que se han preocupado los investigadores. El interés por esta cuestión comienza a emerger a partir de la segunda mitad de los años setenta y principios de los ochenta, con los artículos de Baker (1975) y Burston (1975), si bien en estos primeros estudios el maltrato a mayores se encuadraba exclusivamente dentro del contexto familiar, dirigido hacia mujeres mayores y en referencia básicamente al maltrato físico.

Entre las razones por las que el maltrato a mayores ha sido la última categoría de violencia familiar a la que se ha prestado atención, se encuentran, por ejemplo, los problemas que han surgido alrededor de su definición (Bennett y Kingston, 1993; Kingston y Penhale, 1995; Papadopoulos y La Fontaine, 2000) y de su tipología, debido a que cada autor ha elaborado su propia definición y, a partir de ahí, su tipología.

* <gema.perez@uam.es>.

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

Tras el análisis de diferentes estudios, se ha encontrado que el maltrato a mayores no sólo se dirige hacia mujeres mayores, sino también hacia hombres, si bien hay más mujeres mayores maltratadas. Esto puede explicarse por varias razones. En primer lugar, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, por lo que, al ser proporcionalmente más numeroso este grupo, es mayor también la probabilidad de maltrato. En segundo lugar, es más frecuente que el resultado del maltrato recibido por una mujer requiera atención sociosanitaria, por la mayor probabilidad de que se trate de maltrato físico. También es más probable que una mujer informe de que está siendo maltratada que que lo haga un hombre, debido, por ejemplo, a la vergüenza o al miedo a que no le crean. Además, en ocasiones, el maltrato a mujeres mayores es una continuidad del maltrato de género que se ha venido produciendo antes de la vejez.

Aunque progresivamente se va prestando mayor atención a los malos tratos hacia las personas mayores, todavía queda mucho por hacer para que alcance la que reciben otros tipos de violencia, como el maltrato infantil y el de pareja (Papadopoulos y La Fontaine, 2000), en especial en España, donde hace poco tiempo que este tema ha empezado a adquirir relevancia. La concienciación y sensibilización de los profesionales que trabajan con personas mayores puede favorecer que se aborde el problema (Bennett y Kingston, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000), al facilitar la detección de estas situaciones.

No obstante, hay que admitir que el maltrato a mayores podría ser más difícil de identificar que el maltrato infantil o de pareja, debido a la presencia

de barreras que pueden estar presentes en la persona mayor, en el cuidador, en los profesionales y en la sociedad en general. Por ejemplo, el aislamiento social de la persona mayor maltratada, la negación de la situación tanto por parte de la persona mayor como por parte del responsable del maltrato, la falta de concienciación por parte de los profesionales y la discriminación de las personas mayores simplemente por su edad actúan como barreras para identificar esta forma de maltrato (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

2. Definición de maltrato hacia las personas mayores

El problema fundamental con la definición del maltrato hacia la persona mayor es que no existe una definición universal. Entre las razones que pueden explicar esta situación destaca (Pérez, 2004; Papadopoulos y La Fontaine, 2000) la enorme diferencia en valores, actitudes y creencias individuales –o de un grupo de personas– cuando definen el maltrato a personas mayores. Además, el concepto de maltrato ha sido desarrollado desde la perspectiva de los profesionales, sin consultar a las propias personas mayores sobre qué creen ellas que es un comportamiento abusivo. También se debe a la falta de voluntad por parte de la sociedad, las instituciones y los profesionales para reconocer que el maltrato es una cuestión importante, y a la falta de discusión y cooperación entre los diferentes organismos de profesionales que trabajan con personas mayores. Finalmente, las diferentes perspectivas con que los investigadores/as se han aproximado a este tema –desde la víctima, la persona cuidadora, el profesional (médico, enfermera, trabajador social), los servicios sociales– también complican una visión unitaria (Glendenning, 1993).

Por estas razones, diferentes autores han desarrollado numerosas definiciones, que han sido utilizadas para propósitos muy diferentes, lo que ha creado barreras a la hora de conseguir un entendimiento común del maltrato hacia las personas mayores. Entre estas barreras destaca (Pérez, 2004; Papadopoulos, y La Fontaine, 2000) el uso contradictorio de la terminología. Esto ha dificultado alcanzar un acuerdo acerca de la naturaleza del maltrato a personas mayores. Por un lado, los términos de ‘maltrato’ y ‘negligencia’ han sido intercambiados en los diferentes estudios, lo que ha causado confusión y ha dado como resultado una falta de validez en las comparaciones que se han hecho en las investigaciones publicadas respecto al tema. Por otro lado, esta falta de consenso ha provocado que los profesionales tengan problemas para identificar el maltrato cuando éste ocurre (Glendenning, 1993). Además, esto ha creado confusión a la hora de discriminar entre un conflicto familiar normal y una situación de maltrato (Henderson *et al.*, 2002; Pillemer y Sutor, 1988). Por

ello, es muy importante tener en cuenta la percepción de la conducta y del contexto cultural por parte de la persona mayor para identificar y tratar los casos, puesto que una misma situación (por ejemplo, que un cuidador grite a la persona mayor) puede ser percibida como algo normal si éste es un comportamiento habitual en su relación, o como una situación de maltrato si ésta no es una interacción normal entre ambos (Wolf, 1998). También se han observado dificultades para comparar resultados entre diferentes estudios, para determinar lo que debe incluir un tratamiento efectivo dirigido a la persona mayor o al responsable del maltrato, y dificultades en la comunicación de los resultados de investigación a la sociedad (Henderson *et al.*, 2002; Pillemer y Suito, 1988; Johnson, 1986). En definitiva, si no existe un marco de referencia definicional común, es imposible evaluar o construir conocimiento sobre el maltrato a mayores (Johnson, 1986).

Desde los comienzos de la investigación sobre el maltrato y/o negligencia a personas mayores, se observaron dos tendencias en cuanto a su definición. Por una parte, se intentó llegar a una tipología de los diversos tipos de maltrato y/o negligencia a mayores (Lau y Kosberg, 1979; Block y Sinnott, 1979) y, por otra, se buscaba conceptualizar el maltrato y/o negligencia a mayores (Johnson, 1986). Por ejemplo, en 1987, la Asociación Médica Americana (AMA) propuso esta definición:

“El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental, el abuso sexual, o la negación de la comida necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de una persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de una persona mayor”.

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

Para algunos, el maltrato es visto como un continuo que va desde la negligencia al maltrato físico

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

Una de las definiciones más aceptadas ha sido la acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995), que indica que “el maltrato es cualquier acto único, o repetido, o la falta de medidas apropiadas, que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”. Esta definición fue respaldada en 2002 por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Toronto. En España, en 1996, se celebró la I Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, de la que surgió 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, comunitario e instituciones)” (Kessel *et al.*, 1996).

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

3. Tipos de maltrato hacia las personas mayores

Como se señalaba anteriormente, debido a las dificultades encontradas por los expertos para definir el maltrato y/o negligencia hacia personas mayores, cada especialista ha realizado una clasificación en función de sus propios criterios. Esto ha llevado a que, al igual que sucede con la definición, tampoco exista un consenso en la clasificación de los tipos de maltrato y/o negligencia.

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

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

En el cuadro 1, se muestran las características más importantes de cada tipo de maltrato:

4. Factores de riesgo en el maltrato hacia las personas mayores

Para detectar casos de maltrato, además de disponer de una definición consensuada sobre qué y cuáles son sus diferentes tipos, será necesario conocer si existen características que pueden aumentar la probabilidad del maltrato.

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

Cuadro 1. Tipos de maltrato hacia las personas mayores

Tipo	Definición	Indicadores
Físico	Acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación) llevada a cabo por otras personas, o por uno mismo, que causa, como consecuencia, daño o lesión física de forma intencional.	<ul style="list-style-type: none"> • Moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos. • Signos de haber sufrido restricciones de algún tipo, como marcas de cuerdas. • Hipotermia, niveles anormales de fármacos, dolor al ser tocado.
Sexual	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 autores lo incluyen dentro del maltrato físico; y otros lo consideran una categoría independiente.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Negligencia	Acto de omisión, fallo intencional (activo) o no (pasivo), en el cumplimiento de las necesidades vitales para con una persona mayor (higiene personal, por ejemplo), o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, o darle ‘trato de silencio’ (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras por presión. • Suciedad, olor a orina o heces. • Vestido inadecuado. • Malnutrición, deshidratación. • Ignorar a la persona mayor. • Aislar a la persona mayor.
Psicológico	Incluye agresión verbal, uso de amenazas, 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 de discriminación por edad o la infantilización.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables. • Dificultad para hablar abiertamente. • Comportamiento inusual. • Disgusto o agitación.
Económico	Robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, u obligarle a cambiar el testamento, lo que da como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

siones que pueden desembocar en conductas, abusivas debido a la frustración y la fatiga (Kosberg, 1988).

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

En primer lugar, entre los factores de riesgo presentes en la persona mayor cabe destacar el género, aunque existen resultados contradictorios al respecto: unos señalan que ser mujer es un factor de riesgo (Penhale, 1993), mientras que otros creen que lo es ser hombre (Pillemer y Finkelhor, 1988). Otros factores de riesgo serían la edad, de manera que, a mayor edad, mayor riesgo (National Center on Elder Abuse, 1998); el estado civil, siendo las personas casadas las que presentarían más riesgo (Schiamberg y Gans, 2000); determinados rasgos de personalidad, como que la persona se culpe de la situación (Quinn y Tomita, 1997; Schiamberg y Gans, 2000), que muestre lealtad excesiva hacia el responsable del maltrato (Kosberg, 1988), o resignación (Schiamberg y Gans, 2000); la presencia de comportamientos provocadores y/o agresivos, presentes especialmente en personas con demencia (Kosberg, 1988); el deterioro cognitivo –demencia, enfermedad de Alzheimer– (Kosberg y Nahmiash, 1996); la mala salud –aunque se han encontrado resultados contradictorios con respecto a este factor, de manera que algunos estudios indican que las personas mayores con buena salud pueden tener más probabilidades de ser maltratadas, mientras otros han encontrado lo contrario (Kosberg y Nahmiash, 1996)–; los problemas de comunicación (Kosberg, 1988); y la dependencia (física, económica, etc.) –aunque también con respecto a este factor se han encontrado resultados contradictorios (Pillemer y Finkelhor, 1988; Kosberg, 1988; Glendenning, 1993), y no puede asumirse una relación directa entre la dependencia y el maltrato (Pillemer y Suito, 1988), como hacen algunos autores–.

En segundo lugar, entre los factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato, cabe señalar

el género, siendo las mujeres las que, al asumir con mayor frecuencia el cuidado de la persona mayor, presentan mayor riesgo de infligir malos tratos (Henderson *et al.*, 2002; Kosberg, 1988). Otras investigaciones señalan que el género está relacionado con el tipo de maltrato (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 1993): los hombres serían más frecuentemente responsables del maltrato físico, mientras que las mujeres lo serían de negligencia. También son factores que han sido relacionados con la probabilidad de maltrato hacia las personas mayores la inexperiencia –falta de conocimientos y entrenamiento adecuados– en el cuidado de una persona mayor (Henderson *et al.*, 2002); la presencia de trastornos psicológicos –depresión, ansiedad, demencia– (Quinn y Tomita, 1997); determinados factores de personalidad, como que culpe a la persona mayor de la situación, no tenga paciencia, o que no comprenda sus necesidades– (Quinn y Tomita, 1997); el abuso de sustancias como el alcohol u otras drogas (Godkin *et al.*, 1989); la presencia de sentimientos negativos, como la ira y la hostilidad, como consecuencia de determinadas características de la situación de cuidado (Adelman *et al.*, 1998); el estrés (Hudson, 1986); la sobrecarga; y la dependencia económica de la persona mayor (Henderson *et al.*, 2002)

Finalmente, entre los factores de riesgo presentes en la situación de cuidado, se encuentran la cantidad de ayuda (formal e informal) recibida, siendo los cuidadores que menos ayuda reciben los que presentan mayor riesgo de maltrato (Wolf y Pillemer, 1989; Kosberg y Nahmiash, 1996); la falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000) como en la persona mayor (Homer y Gilleard, 1990); el desgaste de los vínculos intergeneracionales; dificultades económicas (Kosberg, 1988); que el cuidador y la persona mayor vivan juntos (Kosberg, 1988); la calidad de la relación entre el cuidador y la persona mayor –anterior (Homer y Gilleard, 1990) y actual (Glendenning, 1993)–, siendo más probable el riesgo cuanto peor es la calidad de la relación en ambos momentos; y que la vivienda sea compartida por demasiadas personas, lo que provoca falta de espacio e intimidad (Kosberg y Cairl, 1986).

Partiendo de todo lo anteriormente expuesto, se ha realizado un estudio exploratorio sobre el riesgo de maltrato a personas mayores por parte de sus cuidadores familiares. Con él se pretende, por un lado, conocer la existencia de factores de riesgo de maltrato y/o negligencia a mayores y, por otro, explorar la capacidad discriminativa de varios de esos factores en el maltrato y/o la negligencia a mayores, es decir, identificar qué características permiten diferenciar entre cuidadores con riesgo alto de maltrato y/o negligencia y cuidadores con riesgo bajo.

5. Método

5.1. Participantes

A través de diferentes centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, se reclutaron 45 cuidadores de familiares mayores con demencia (cfr. tabla 1). De la muestra de cuidadores, el 75,6% eran mujeres, y el 24,4%, hombres, mientras que los familiares cuidados eran, en un 60%, mujeres, y, en un 40%, hombres. El 11,6% de los cuidadores estaban solteros; el 81,4%, casados; el 2,3%, divorciados; y el 4,7%, viudos. La media de edad de los cuidadores era de 59,5 años (desviación típica de 14,7), la media de tiempo cuidando era de 52,3 meses (desviación típica de 29,9) y la media de horas al día que pasaban cuidando, de 11,1 (desviación típica de 8,9). En cuanto a la educación formal de los cuidadores, la media era de 10 años. La persona cuidada era el esposo o la esposa del cuidador en el 46,7% de los casos; en el 44%, el padre o la madre; en el 6,7%, el suegro o suegra; y en el 2,2% de los casos, ambos mantenían otro tipo de parentesco.

5.2. Variables e instrumentos

Se evaluaron las siguientes variables:

5.2.1. Variables sociodemográficas

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

5.2.2. Variable criterio

Riesgo de maltrato hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores, evaluada 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 (rango de 0 a 8) y se utiliza para detectar el riesgo de maltrato físico, psicosocial o negligencia hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores. Esta escala presenta una moderada consistencia interna ($\alpha = 0,75$).

5.2.3. Variables de resultado

A) Variables relacionadas con el cuidador

- **Sintomatología depresiva:** evaluada a través de la Escala de Depresión CES-D – The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (Radloff, 1977). Esta escala se compone de 20 ítems (rango de 0 a 60) con cuatro opciones de respuesta. Las respuestas van desde 0 ('raramente o nunca') a 4 ('todo el tiempo'). Cada uno de los ítems evalúa si se han experimentado síntomas depresivos duran-

te la semana anterior. Esta escala presenta una buena fiabilidad en poblaciones adultas, en general, personas mayores y con cuidadores familiares (Radloff, 1977; Radloff y Teri, 1986). Su consistencia interna es moderada ($\alpha = 0,73$). Se ha utilizado un punto de corte de 16 (Radloff, 1977) para identificar a cuidadores con depresión.

- **Estrés asociado a la presencia de conductas provocadoras y agresivas por parte del familiar que recibe los cuidados:** se construyeron dos escalas (rango de 0 a 16 y de 0 a 20, respectivamente) con cinco opciones de respuesta, a partir de la selección de los ítems correspondientes de la subescala MBCL-B del Inventario de Problemas de Memoria y de Conducta –MBCL– (Zarit y Zarit, 1982, adaptado al castellano por Izal y Montorio, 1994). Las respuestas van desde 0 ('no me estresa nada') a 4 ('me estresa completamente'). Estas escalas presentan una baja consistencia interna ($\alpha = 0,49$ y $0,54$, respectivamente).
- **Carga relacionada con el cuidado:** evaluada a partir de la Escala de Carga del Cuidador –The Burden Interview– (Zarit *et al.*, 1980; Zarit y Zarit, 1982). Esta escala consta de 22 ítems que miden el impacto de la situación de cuidado en la salud física, la salud emocional y las actividades sociales del cuidador, tal como éste lo percibe. El cuidador responde sobre una escala de 5 puntos tipo Likert, que describe 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]. Este instrumento examina el grado de carga experimentado a través del rol del cuidador, factor que se ha identificado como fuertemente relacionado con la institucionalización del paciente (Deimling y Bass, 1986; Gilhooly, 1984). Esta escala presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,88$).
- **Ira y hostilidad:** la evaluación de estos sentimientos se realizó a través del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI2, State-Trait Anger Expression Inventory 2 (Spielberger, 1999, adaptado al castellano por Miguel-Tobal *et al.*, 2001)–, compuesto por 49 ítems con cuatro opciones de respuesta, desde 0 ('casi nunca') a 4 ('casi siempre'), distribuidos en seis escalas: ira-estado (15 ítems, rango de 0 a 45, $\alpha = 0,70$), ira-rasgo (10 ítems, rango de 0 a 30, $\alpha = 0,71$), expresión interna de la ira (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = 0,62$) y expresión externa de la ira (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = 0,32$), control interno de la ira (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = 0,85$), control externo de la ira (6 ítems, rango de 0 a 18, $\alpha = 0,86$) y un índice de expresión de la ira que ofrece una medida general de esta variable.
- **Estrés asociado al estado funcional de la persona cuidada:** escala formada por 12 ítems seleccionados de la escala MBCL-B (rango de 0 a 48) con

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

B) Variables relacionadas con la persona mayor

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

C) Variables relacionadas con el contexto de la situación

- Cantidad de ayuda formal e informal recibida (rango 0-4). Se preguntaba a los cuidadores si recibían o no cuatro tipos de ayudas: ayuda por parte de miembros de la familia que viven en su mismo domicilio, de otros familiares o amigos, de alguna institución (por ejemplo, un centro de día), o ayuda privada (por ejemplo, una enfermera).

- Calidad de la relación actual y anterior entre el cuidador y la persona cuidada: medida, cada una de ellas, a través de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (rango 0-4). Las respuestas van desde 0 ('muy mala') a 4 ('muy buena').

- Horas diarias dedicadas al cuidado.

- Tiempo que lleva cuidando el cuidador (en meses).

5.3. Procedimiento

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

5.4. Análisis estadístico

Con el objeto de analizar la existencia de una relación entre diferentes variables pertenecientes a la persona mayor, al cuidador y al contexto de la situación, y el riesgo de maltrato, la muestra se dividió en dos grupos. La pertenencia a cada uno de ellos se determinó mediante la puntuación obtenida por los cuidadores en la Escala de Detección de Maltrato por parte del Cuidador (CASE): cuando alguien obtenía una puntuación igual o superior a 4, se le asignaba al grupo de cuidadores con riesgo alto de maltrato hacia las personas mayores; en caso contrario, se le consideraba cuidador con bajo riesgo de maltrato hacia las personas mayores (puntuación menor a 4) (Reis y Nahmias, 1995). Se encontró que un 60% de la muestra presentaba riesgo de maltrato elevado.

En primer lugar, se realizó un análisis de *t* de Student para dos muestras independientes, con el fin de comparar qué variables diferenciaban significativamente entre los dos grupos de cuidadores (grupo con alto riesgo de maltrato y grupo con riesgo bajo). Posteriormente, se pretendía conocer cuál era la mejor función discriminante entre los cuidado-

res con alto o bajo riesgo de maltrato y, adicionalmente, el peso relativo de cada factor. Para ello, se realizó un análisis discriminante, utilizando el método de introducir las variables independientes juntas con las variables que anteriormente resultaron significativas en el análisis *t* de Student.

6. Resultados

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

Tabla 1. Estadísticos descriptivos (media, desviación típica y rango) pertenecientes a la variable criterio, a las variables de resultado y a las variables sociodemográficas

VARIABLES	Media	D.T.	Rango
VARIABLES CRITERIO			
Riesgo de maltrato	4,2	2,4	0-8
CUIDADOR			
Sociodemográficas			
Edad	59,5	14,7	28-84
Nivel educativo	10,0	4,9	2-20
De resultado			
Depresión	20,9	11,7	2-48
Estrés asociado a conductas provocadoras	2,7	3,1	0-11
Estrés asociado a conductas agresivas	3,9	3,9	0-12
Carga percibida	30,4	15,5	0-63
Ira-rasgo	8,3	4,4	2-22
Ira-estado	0,6	1,4	0-7
Expresión externa de la ira	4,4	2,4	0-10
Expresión interna de la ira	7,3	3,9	0-16
Control externo de la ira	11,3	4,6	3-18
Control interno de la ira	7,8	4,9	0-18
Índice general de expresión de la ira	-7,2	9,6	-31-13
Estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada	7,0	6,1	0-20
PERSONA MAYOR			
Sociodemográficas			
Edad	76,7	8,7	55-93
De resultado			
Frecuencia de conductas provocadoras	2,2	2,6	0-10
Frecuencia de conductas agresivas	4,2	3,9	0-13
Estado funcional	27,6	17,1	0-48
SITUACIÓN DE CUIDADO			
Tiempo cuidando (meses)	52,3	29,9	12-144
Horas/día cuidando	11,1	8,9	1-24

D.T.: desviación típica.

Tabla 2. Calidad de la relación anterior al cuidado entre el cuidador y el familiar mayor (%)

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

Tabla 3. Calidad de la relación actual entre el cuidador y el familiar mayor (%)

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

Tabla 4. Ayuda formal e informal que recibe el cuidador (%)

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

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

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

Tabla 5. Comparaciones de medias en las variables de resultado según el riesgo de maltrato (*t* de Student)

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

D.T.: desviación típica.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Como se puede apreciar, el grupo de cuidadores con riesgo alto de maltrato presenta mayor sintomatología depresiva ($t = -2,6$; $p < 0,05$), mayor estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales ($t = -2,2$; $p < 0,05$), mayor frecuencia de conductas agresivas y provocadoras por parte de la persona cuidada ($t = -4,0$; $t = -3,0$; $p < 0,01$, respectivamente), mayor estrés asociado a la presencia de conductas agresivas y provocadoras por parte de la persona cuidada ($t = -3,4$; $t = -3,2$; $p < 0,01$, respectivamente), mayor carga relacionada con el cuidado ($t = -4,2$; $p < 0,01$), mayor expresión interna de la ira ($t = -2,1$; $p < 0,05$) y menor recepción de ayuda (formal e informal) ($t = 2,6$; $p < 0,05$) que las personas que presentan un riesgo bajo de maltrato.

Una vez conocidas qué variables, de todas las analizadas, diferían significativamente entre el grupo de cuidadores que presentaba riesgo alto de maltrato y el grupo con riesgo bajo, se realizó un análisis discriminante, introduciendo todas las variables independientes con el fin de analizar el peso relativo de cada una de ellas. Concretamente, las variables que se introdujeron en el análisis discriminante fueron: depresión, estrés asociado a conductas agresivas, estrés asociado a conductas provocadoras, carga percibida, expresión interna de la ira, estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada, frecuencia de conductas provocadoras, frecuencia de conductas agresivas y cantidad de ayuda recibida.

El análisis discriminante revela una correlación canónica de 0,767, equivalente a una lambda de Wilks de 0,412 ($\lambda^2 = 33,23$; $p \leq 0,01$). La alta correlación canónica (0,767) indica que las variables discriminantes permiten diferenciar entre los dos grupos.

En la tabla 6, se muestran los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas y la

matriz de estructura, respectivamente. Los resultados del análisis discriminante indican que la carga percibida y la frecuencia de conductas agresivas son los mejores predictores del riesgo de maltrato.

Tabla 6. Matriz de estructura y coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

Variables	Función*	Función**
Carga asociada al cuidado	0,557	0,737
Frecuencia de conductas agresivas	0,466	0,392
Estrés asociado a la presencia de conductas provocadoras	0,418	0,797
Estrés asociado a la presencia de conductas agresivas	0,410	-0,247
Frecuencia de conductas provocadoras	0,388	-0,337
Cantidad de ayuda recibida (formal e informal)	-0,343	-0,527
Depresión	0,335	-0,521
Estrés asociado a la dependencia de la persona cuidada	0,300	0,373
Expresión interna de la ira	0,297	0,630

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

** Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas.

Las funciones en los centroides de los grupos fueron 0,971 para el grupo de cuidadores con riesgo alto y -1,402 para el grupo de cuidadores que presentaba riesgo bajo de maltrato, de manera que, si se dispusiese de las puntuaciones de un determinado sujeto en las variables incluidas en el análisis discriminante, se podría predecir en qué grupo estaría en función de lo próxima que su función discriminante se encontrase de las funciones en los centroides de los dos grupos.

Como se muestra en la tabla 7, la función discriminante clasifica correctamente al 90,9% de la muestra.

Tabla 7. Casos clasificados correctamente (%)

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

7. Discusión

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

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

A diferencia de estos resultados, coherentes con la literatura revisada, otros factores de riesgo que han sido habitualmente relacionados con el maltrato a mayores por parte de sus cuidadores familiares no actúan como tales en este estudio. Concretamente, no se encuentra relación entre el riesgo de maltrato hacia personas mayores y algunas características de la propia persona mayor, por ejemplo, el género, aunque también es cierto que, con respecto a esta variable, existen resultados contradictorios: mientras algunos estudios señalan que ser mujer es un factor de riesgo (Penhale, 1993), en otros lo es ser hombre (Pillemer y Finkelhor, 1988). Tampoco se encontró como factor de riesgo la edad (National Center on Elder Abuse, 1998), el estado civil (Schiamberg y Gans, 2000) ni la dependencia en la persona mayor. Con respecto a esta última variable,

los resultados observados en la literatura revisada, al igual que en el caso del género, también son contradictorios (Glendenning, 1993). Entre los factores de riesgo que pueden estar presentes en el cuidador, en este estudio no se ha encontrado relación alguna entre el género del cuidador y el riesgo de maltrato (Kosberg, 1988). Finalmente, si consideramos los factores presentes en la situación de cuidado, no se ha encontrado relación entre el riesgo de maltrato y el que persona mayor y cuidador convivan en el mismo domicilio (Kosberg, 1988), así como tampoco entre riesgo de maltrato y calidad de la relación anterior (Homer y Gilleard, 1990) o actual entre ambos.

Una vez analizada la existencia de la relación entre el riesgo de maltrato y diversas características, se pretendía comprobar cuál era el peso de estos factores de riesgo que permitían diferenciar entre un grupo de cuidadores con riesgo alto de maltrato y uno con riesgo bajo (Reis y Nahmiash, 1995). Los resultados del presente estudio con respecto a este objetivo indican que las variables que mejor discriminan el riesgo de maltrato fueron la carga percibida por el cuidador con respecto a la situación de cuidado y la frecuencia de conductas agresivas exhibidas por la persona cuidada, ambas mencionadas con mucha frecuencia en la literatura.

No obstante, es importante tener en cuenta que, con estos resultados, no se pretende expresar que el resto de las variables no sean importantes, ya que, como se ha señalado, el maltrato hacia personas mayores no es la consecuencia de un único factor, sino el resultado de la combinación entre factores de diversa índole (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). En el caso de este estudio y con la muestra analizada, estos resultados podrían ser utilizados para el desarrollo de programas de intervención que hiciesen hincapié en aquellos factores con más peso en su relación con el riesgo de maltrato.

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

En segundo lugar, el conjunto de las variables incluidas en el análisis discriminante clasifica correctamente a la mayor parte de los cuidadores informales, concretamente a un 90,9% de los casos, siendo

las variables que más contribuyen a diferenciar entre los grupos de riesgo alto y bajo de maltrato la carga asociada al cuidado (variable propia del cuidador) y la frecuencia de conductas agresivas por parte de la persona cuidada (variable propia de la persona cuidada). La prueba utilizada para evaluar el riesgo de maltrato, la Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador, es más sensible que específica (mayor capacidad para detectar lo que pretende detectar). Este dato es muy importante si tenemos en cuenta que la escala con la que se evaluó el riesgo de maltrato es una prueba de filtrado (*screening*), de forma que, con su aplicación, se detectan tanto casos reales de riesgo alto como casos de riesgo bajo, que clasifica como riesgo alto, los cuales se verificarán tras la administración de una evaluación posterior más pormenorizada. El análisis discriminante permite, en definitiva, que, ante la puntuación obtenida por una persona, se pueda obtener la función discriminante y clasificarla dentro del grupo de cuidadores con riesgo alto o bajo de maltrato.

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

Bibliografía

- ADELMAN, R.; *et al.* (1998) "Approaches to diagnosis and treatment of elder abuse and neglect". En: HERSEN, M.; VAN HASSELT, V. B. *Handbook of Clinical Geropsychology*. Nueva York, Plenum Publishing Company.
- AHMAD, M.; LACHS, M. S. (2002) "Elder abuse and neglect: What physicians can and should do". *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 69 (10), pp. 801-808.
- BAKER, A. A. (1975) "Granny battering". *Modern Geriatrics*, 5 (8), pp. 20-24.
- BENNETT, G.; KINGSTON, P. (1993) *Elder Abuse: Theories, Concepts and Interventions*. Londres, Chapman and Hall.
- BLOCK, M. R.; SINNOTT, J. D. (eds.) (1979) *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. College Park, University of Maryland Center on Aging.
- BURSTON, G. R. (1975) "Granny Battering". *British Medical Journal*, vol. 3, p. 592.
- DEIMLING, G.; BASS, D. (1986) "Mental status among the aged: Effects on spouse and adult-child caregivers". *Journal of Gerontology*, 41, pp. 778-784.
- DOUGLAS, R. L. (1987) *Domestic Mistreatment of the Elderly - Toward Prevention*. Washington D.C., Criminal Justices Services Program Department, American Association of Retired Persons.
- GILHOOLY, M. (1984) "The impact of care-giving on care-givers: Factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementing relative in the community". *British Journal of Medical Psychology*, 57, pp. 35-44.
- GLENDENNING, F. (1993) "What is elder abuse and neglect". En: DECALMER, P.; GLENDENNING, F. *The Mistreatment of Elderly People*. Londres, Sage Publications.
- GODKIN, M.; *et al.* (1989) "A case-comparison analysis of elder abuse and neglect". *International Journal of Aging and Human Development*, 28 (3), pp. 207-225.
- GORDON, R. M.; BRILL, D. (2001) "The abuse and neglect of the elderly". *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, pp. 183-197.
- HEGLAND, A. (1992) "Defusing conflict. Abuse prevention strategies". *Contemporary Long-Term Care*, 15 (11), 60-62.
- HENDERSON, D.; *et al.* (2002) "Violence and the elderly population: Issues for prevention". En: SCHEWE, P. A. (ed.) *Preventing Violence in Relationships: Interventions across the Life Span*. Washington DC, American Psychological Association.
- HOMER, A. C.; GILLEARD, C. (1990) "Abuse of elderly people by their carers". *British Medical Journal*, 301, pp. 1.359-1.362.
- HUDSON, M. F. (1991) "Elder mistreatment: A taxonomy with definitions by Delphi". *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 3 (2), pp. 1-20.
- (1986) "Elder mistreatment: Current research". En: PILLEMER, K. A.; WOLF, R. S. *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Auburn House Publishing Company.
- IZAL, M.; MONTORIO, I. (1994) "Evaluación del medio y del cuidador del demente". En: DEL SER, T.; PEÑA, J. (eds.) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, Prous.

- JOHNSON, T. (1986) "Critical issues in the definition of elder abuse". En: PILLEMER, K. A.; WOLF, R. S. *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Auburn House Publishing Company.
- KESSEL, H.; *et al.* (1996) "Declaración Almería sobre el anciano maltratado". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 31, pp. 367-372.
- KINGSTON, P.; PENHALE, B. (eds.) (1995) *Family Violence and the Caring Professions*. Londres, Macmillan.
- KOSBERG, J. I. (1988) "Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions". *The Gerontologist*, 28 (1), pp. 43-50.
- ; NAHMIASH, D. (1996) "Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect". En: BAUMHORER, L. A.; BELL, S. C. (eds.) *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention*. Baltimore, Health Professions Press.
- ; CAIRL, R. (1986) "The cost of care index: A case management tool for screening informal caregivers". *Gerontologist*, 26, pp. 273-278.
- LACHS, M.; PILLEMER, K. (1995) "Abuse and neglect of elderly persons". *New England Journal of Medicine*, 332, pp. 437-443.
- LAU, E.; KOSBERG, J. I. (1979) "Abuse of the elderly by informal care providers". *Aging*, 297, pp. 10-15.
- MIGUEL-TOBAL, J. J.; *et al.* (2001) *STAXI-2: inventario de expresión de ira estado-rasgo*. Madrid, TEA.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1998) *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Disponible en Internet: <<http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>>.
- O'MALLEY, H.; *et al.*, G. (1979) *Elder Abuse in Massachusetts: A Survey of Professionals and Paraprofessionals*. Boston, Legal Research and Service for the Elderly.
- PAPADOPOULOS, A.; LA FONTAINE, J. (2000) (eds.) *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. Oxon, Winslow Press.
- PENHALE, B. (1993) "The abuse of elderly people: Consideration for practice". *British Journal of Social Work*, 23 (2), 95-112.
- PÉREZ ROJO, G. (2004) *Dificultades para definir el maltrato a personas mayores*. Madrid. Portal Mayores. Disponible en Internet: [<<http://www.imserso-mayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>>].
- (2004) *Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores*. Madrid. Portal Mayores. Disponible en Internet: [<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>>].
- ; *et al.* (en prensa) "Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario". *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*.
- ; *et al.* (2005) "Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 40 (supl. 3), pp. 69-73.
- PILLEMER, K. (1985) "The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly". *Social Problems*, 33 (2), pp. 146-158.
- ; FINKELHOR, D. (1988) "The prevalence of elder abuse: A random sample survey". *Gerontologist*, 28, pp. 51-57.
- ; SUITOR, J. J. (1988) "Elder abuse". En: VAN HASSELT, V. B.; MORRISON, R. L. (eds.) *Handbook of Family Violence*. Nueva York, Plenum Press.
- ; WOLF, R. S. (1986) *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Auburn House Publishing Company.
- QUINN, M. J.; TOMITA, S. K. (1997) *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies* (2.ª edición) Nueva York, Springer Publishing Company.
- RADLOFF, L. S. (1977) "The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population". *Journal of Applied Psychological Measures*, 1 (3), pp. 385-401.
- ; TERI L. (1986) "Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale with older adults". *Clinical Gerontologist*, 5, pp. 119-135.
- REIS, M.; NAHMIASH, D. (1995) "Validation of caregiver screen (CASE)". *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), pp. 45-61.
- 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), pp. 329-359.
- SPIELBERGER, C. D. (1999) *State-Trait Anger Expression-2. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources Inc.
- STEINMETZ, S. K. (1990) "Elder abuse: Myth and reality". En: BRUBAKER, T. H. *Family Relationship in Later Life*. Beverly Hills, Sage Publications.
- WEINER, A. (1991) "A community-based education model for identification and prevention of elder abuse". *Journal of Gerontological Social Work*, 16 (3/4), pp. 107-119.
- WOLF, R. S. (1998) "Domestic elder abuse and neglect". En: NORDHUS, I.; *et al.* (eds.) *Clinical Geropsychology*. Washington DC, American Psychological Association.
- ; PILLEMER, K. A. (1989) *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. Nueva York, Columbia University Press.
- ZARIT, S. H.; *et al.* (1980) "Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden". *The Gerontologist*, 20, pp. 649-655.
- ; ZARIT, J. (1982) "Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients". *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1, pp. 461-471.