



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Maltrato de mayores. Métodos de detección temprana e intervención para la consecución de la denuncia.

Autora: Elena León Arroyo

Directora: Macarena Sánchez Izquierdo

Madrid

Resumen

El maltrato de mayores es un fenómeno que actualmente no muestra cifras que reflejen fielmente la realidad. En un intento por despejar esta incógnita, numerosos autores han realizado investigaciones que han aportado la existencia de intervalos de prevalencia tan dispares que oscilan desde un 1% a un 52.6%. A raíz de esta dificultad, se han generado problemáticas en torno a su estudio, sobre todo de cara a una detección temprana. Esto genera una gran alarma en el campo de la investigación e intervención puesto que la invisibilidad que caracteriza este tipo de maltrato impide una adecuada protección del adulto mayor. Aunque aún no se dispone de instrumentos lo suficientemente eficaces como para abordar este maltrato, en España, la herramienta más utilizada es el EASI (*Elder Abuse Suspicion Index*), que pretende detectar y aumentar la posible sospecha de maltrato, para posteriormente derivarlo a profesionales de esta materia.

Por otro lado, la ausencia de denuncias y la falta de conocimiento sobre el proceso legal o sus alternativas, suponen también una barrera sobre este asunto. Todo ello se ve reforzado por la especial vulnerabilidad que presentan las personas mayores, la construcción social sobre este colectivo o la relación de dependencia entre el cuidador informal y la persona mayor. Por esta razón, resulta fundamental iniciar un proceso de formación, concienciación e intervención a nivel profesional, comunitario e individual.

Palabras clave: maltrato de mayores, edadismo, detección temprana, denuncia, cuidado informal, dependencia.

Abstract

Elder abuse is a phenomenon which currently does not show figures that faithfully reflect reality. In an attempt to clear this question, numerous authors have conducted researches that have provided the existence of dissimilar ranges of prevalence ranging from 1% to 52.6%. As a result of this difficulty, problems have been generated around its study, especially with regard to early detection. This generates a great alarm in the field of research and intervention since the invisibility that characterizes this type of abuse prevents an adequate protection of the elderly. Although instruments that are sufficiently effective to deal with this abuse are not yet available, in Spain, the most widely used tool is the EASI (*Elder Abuse Suspicion Index*), which aims to detect and increase the possible suspicion of abuse, and then refer it to professionals of this matter.

On the other hand, the absence of complaints and the lack of knowledge about the legal process or its alternatives, also suppose a barrier on this matter. All this is reinforced by the special

vulnerability that elderly people present, the social construction of this group or the relationship of dependence between the informal caregiver and the elderly person. For this reason, it is essential to start a process of training, awareness and intervention at a professional, community and individual level.

Keywords: Elder abuse, ageism, early detection, report, informal care, dependency.

ÍNDICE

- 1. Introducción.**
 - 1.1. Aproximación conceptual.**
 - 1.2. Definición y tipos de maltrato a mayores.**
 - 1.3. Prevalencia.**
 - 1.4. Justificación teórica y relevancia del problema actual.**
 - 1.4.1. Factores del maltrato a mayores.**
 - 1.4.1.1. Factores relacionados con el mayor.**
 - 1.4.1.2. Factores relacionados con el cuidador.**
 - 1.4.1.3. Factores culturales.**
 - 1.4.2. Teorías sobre el maltrato a mayores.**
 - 1.4.3. Abordaje del maltrato a mayores.**
- 2. Métodos.**
- 3. Resultados.**
 - 3.1. Detección temprana.**
 - 3.1.1. Métodos de detección.**
 - 3.2. Dificultades de la denuncia y marco legal.**
 - 3.2.1. Marco legal: ámbito nacional.**
 - 3.2.2. Marco legal: ámbito internacional.**
- 4. Discusión.**
- 5. Bibliografía.**

1. Introducción.

1.1. Aproximación conceptual.

Para iniciar el análisis conceptual sobre el maltrato de mayores, sería conveniente afianzar una serie de términos que conforman la estructura de dicho problema. Así, en primer lugar, debe clarificarse el concepto de maltrato.

Es de suma importancia señalar la dificultad de esta conceptualización, ya que el maltrato se ve influido por aspectos culturales. Algunos autores han hecho hincapié en la dificultad que esto ha generado en torno a su estudio a lo largo de la historia, pues los criterios no estaban claros y resultaba verdaderamente complicado establecer una base sobre la que trabajar posibles medidas de prevención (Bover, Sancho, Magaña, & Aparicio, 2003). No obstante, son numerosas las definiciones que se han establecido en torno a este constructo, aportando diversos matices para acoger la totalidad del concepto, pero que en general engloban ataques o negligencias hacia cualquier persona (Adams, 2012).

El maltrato plantea una situación de desigualdad en la que se limita las necesidades y el desarrollo de una persona (Sirlin, 2008, citado en Poches & Meza, 2017). Es muy importante señalar que este tipo de violencia no sólo refiere agresiones físicas, sino que puede suponer también ataques psicológicos, sexuales o abandono. Además, si se enmarca dicho suceso en el contexto de la vejez, se debe plantear el ámbito económico y patrimonial como forma de abuso (Adams, 2012).

1.2. Definición y tipos de maltrato a mayores.

A falta de una definición universalmente aceptada, existen diferentes definiciones que reflejan importantes diferencias entre distintas sociedades.

La Declaración de Almería sobre el Anciano Maltratado (1995) concibe el maltrato de mayores como:

Todo acto u omisión sufrido por persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones) (citado en Kessel et al., 1996, p. 369).

La OMS (2002), lo define 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” (citado en Adams, 2012, p. 85).

En líneas generales, podríamos decir que el maltrato es el conjunto de acciones u omisiones que de una u otra manera causan un perjuicio a la persona mayor. Algunos autores ponen el énfasis en la relación de confianza establecida entre el maltratador y la víctima, lo que lleva a la consideración de la posición de vulnerabilidad desde la que parte la persona maltratada. Otros, señalan como punto de partida la edad de 65 años, estableciendo ya unos límites claros en cuanto al cupo que alberga esta categoría. Frente a la multitud de perspectivas y enfoques desde la que se inicia la conceptualización del maltrato de mayores, otros expertos indican las diferencias en cuanto a la forma que puede presentar este abuso.

En el tema del maltrato a las personas mayores, la vulnerabilidad surge como un aspecto fundamental, que determina parcialmente cualquier posible interacción con la persona, en la que el otro interviniente dispone de un poder superior al que tendría en cualquier otra relación equilibrada.

En cuanto a su tipología podemos encontrar el maltrato denominado como tal, y otras clases que engloba el constructo original, estas son la negligencia, el abuso y la violación de derechos fundamentales. A continuación, se detallan estas cuatro tipologías, así como los diferentes subtipos que presenta cada una.

Entre las distintas clases de maltrato, entendido ya como una tipología, se encuentran:

- Maltrato físico: imposición de la fuerza con posibles resultados de lesión y dolor, pudiendo llegar a ocasionar la muerte. Entre sus principales manifestaciones se hallan golpes, empujones, alimentación forzada, sujeciones y quemaduras (Daichman & Quiroga, 2002).
- Maltrato psíquico: provocar pena y malestar emocional por medio del lenguaje explícito o tácito. Alberga conductas de desprecio, insultos y amenazas que producen frecuentemente una disminución de la autoestima y de la sensación de seguridad. Se utiliza frecuentemente en el ámbito de las relaciones sociales (Daichman & Quiroga, 2002).
- Maltrato mixto: supone la ejecución continua de actitudes hostiles que intercalan el maltrato físico y el psicológico.

La negligencia, por su parte, supone el incumplimiento, intencional (activo) o no intencional (pasivo), de las responsabilidades asumidas sobre el cuidado de una persona mayor (Daichman & Quiroga, 2002; Jayawardena y Liao, 2006). Las repercusiones que puede alcanzar esta tipología están íntimamente relacionadas con el nivel de dependencia de la víctima, pues la persona podrá, o no,

cubrir lo que su cuidador deje insatisfecho (Sánchez Martínez, 2016). En cuanto a su clasificación, existen:

- Negligencia genérica: omisiones que dificultan el funcionamiento físico o psicológico óptimo al que la persona mayor tiene posibilidad de acceder. Supone la supresión de recursos de cuidado y elementos de estimulación que contribuyen al mantenimiento o desarrollo de la salud, así como al crecimiento personal (Sánchez Martínez, 2016).
- Abandono o autoabandono: evasión de la custodia y cuidado de la persona mayor, dejándola en situación de completo desamparo (Daichman & Quiroga, 2002). Entre los escenarios que más albergan este tipo de maltrato se encuentran las gasolineras u hospitales (Pérez Rojo, 2008). El autoabandono, por su parte, implica una desidia de las funciones de cuidado propias de la persona mayor, lo que puede poner en peligro su bienestar. Este concepto parece generar cierta controversia en la literatura vigente, pues al ser el propio individuo el que se autoinflige un perjuicio, puede no encajar con el resto de características que el maltrato expone (Choi y Mayer, 2000; Anetzberger, 2005, citado en Pérez Rojo, 2008).
- Negligencia terapéutica o diagnóstica: conjunto de “técnicas terapéuticas no adecuadas que generan perjuicio para la salud, dolor, restricciones o control sobre la persona mayor” (Huenchan, 2012, p. 161). Un ejemplo de este tipo de negligencia sería el subtratamiento del paciente, la negación ante determinados medios médicos o el establecimiento de prioridades (Huenchan, 2012).

El abuso es toda aquella actuación en la que un individuo se lucra de la posición de ventaja que tiene frente a la vulnerabilidad o incapacidad de defensa que tiene la víctima (Sánchez Martínez, 2016). A menudo presenta confusiones conceptuales con el maltrato, sin embargo, ya que el colectivo sobre el que se trata parece presentar características de vulnerabilidad per se, en este trabajo se utilizarán indiferenciadamente ambos términos.

Existen varios tipos de abuso:

- Económico o financiero: explotación de los recursos económicos de la persona mayor por parte de un tercero, que puede conllevar una situación de vulnerabilidad y precariedad patrimonial (Daichman & Quiroga, 2002).
- Abuso o agresión sexual: cualquier tipo de contacto sexual en el que no medie consentimiento alguno. La falta de consentimiento puede deberse a la imposibilidad de hacerlo, a la

mediación de mentiras o al uso de la fuerza. Puede darse de forma encubierta o totalmente expresa (Daichman & Quiroga, 2002).

- Ensañamiento, obstinación o encarnizamiento terapéutico o diagnóstico el exceso de acciones en cuanto al estudio y tratamiento médico sobre la persona que, a pesar de perseguir una mayor noción sobre su afección, no es seguro que pueda provocar consecuencias positivas se denomina obstinación diagnóstica. La saturación médica de la persona mayor mediante la utilización de recursos excesivos de cara a alargar una enfermedad irreversible se llama obstinación terapéutica. Todas estas acciones reflejan un ensañamiento por parte del sistema sanitario que no parece tener un objetivo claro que beneficie al paciente (Pérez Rojo, 2008). Ejemplo de ello serían las continuas pruebas, análisis, la polimedicación, etc.

Por último, dentro del maltrato a mayores puede presentarse la limitación o violación de derechos fundamentales, que por ley les corresponden (Sánchez Martínez, 2016). Este tipo de maltrato está íntimamente ligado al proceso de infantilización que se hace del adulto mayor, anulando sus preferencias y coartando su libertad, con el fin de evitar un daño (Beauchamp and Childress, 2001). Entre ellos se encuentran:

- Limitar el derecho a la información: conjunto de actuaciones mediante las que se priva a la persona de conocer todo lo referente a su esfera vital. Dentro de esta clase podría encontrarse la ocultación del correo o la no información médica o legal.
- Limitar el derecho a decidir: entorpecer la posibilidad de autodeterminación por parte de la persona mayor en aras de apropiarse de ese poder.
- Discriminación por edad: situar el criterio de la edad como base y fundamento para el resto de conductas, otorgándole una posición de desventaja (Pérez Rojo, 2008). De esta idea se desglosa otro gran pilar del maltrato, el edadismo (*ageism*). Butler (1969), acuñó éste término al conjunto de estereotipos y creencias subjetivas, tanto a nivel individual como institucional, fruto de la brecha generacional, según el cual se adopta una postura hostil hacia el colectivo de ancianos, basándose única y exclusivamente en su edad. Aunque posteriormente muchos autores (Bover et al., 2003; Rello, Bravo & Plata, 2018) han hablado de la construcción social de la edad, Butler ya adelantó la relevancia y el impacto que supone para el resto de la población el miedo hacia la enfermedad y la muerte, que a menudo se asociaba directamente con el hecho de envejecer. Se trata de la tercera forma de discriminación más extendida en los últimos tiempos, siguiendo al racismo y sexismo (Butler, 1980; Losada, 2004).

1.3. Prevalencia.

A la hora de analizar la prevalencia del maltrato a mayores, resulta realmente complicado establecer unas cifras que reflejen, de forma fidedigna, la realidad. Ello se debe a la escasa información disponible y, en consecuencia, a la imposibilidad de realizar estudios comparativos (Bazo, 2006). Esto es debido en gran parte al gran secretismo y falta de denuncia por parte del mayor cuanto éste ocurre.

Pérez Rojo (2008), expone la gran relevancia de las diferencias encontradas entre los distintos estudios de prevalencia de maltrato en mayores, y muestra unos resultados que oscilan entre un 1 y un 52.6%.

En España, se han llevado a cabo diversos estudios para conocer la magnitud del problema del maltrato en mayores. A pesar de que éstos muestran índices muy dispares en cuanto a la prevalencia, la gran mayoría ha destacado que predomina el maltrato psicológico y la negligencia sobre el resto de tipologías. Además, estos estudios subrayan que existe una mayor incidencia en mujeres (Bazo, 2001; Ruíz et al., 2001; Risco et al., 2005; Iborra, 2008; citados en Pérez Rojo, 2008).

Yanguas, Etxeberria, Buiza, Galdona y González (2006) realizaron una revisión sistemática sobre los modelos de intervención y estrés, así como los de prevención en el maltrato a mayores, a raíz del cual mostraron las divergencias de enfoque que existía entre los artículos publicados durante los años noventa y los publicados a principios del dos mil, por las revistas especializadas del momento en América. Estos, por un lado, revelaban la baja incidencia de los artículos relacionados con algún tipo de maltrato en esta franja de edad y, por otro, destacaban la abundante bibliografía sobre los relativos a enfermedades o afecciones de personas mayores. Yanguas et al. (2006) no sólo subrayaron el reducido número de investigaciones sobre el maltrato a mayores, sino que además señalaron la existencia de una predisposición subjetiva en la sociedad hacia las deficiencias o limitaciones de los ancianos como rasgo primario que los identifica.

El Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010) ofrece cifras más recientes, en las que refleja el mismo panorama. Expone estadísticas muy limitadas, que muestran la presencia de maltrato o agresiones en personas mayores de 65 años, con una prevalencia de un 1.34% (97.500 personas) sobre el total de los encuestados.

En relación al secretismo de este maltrato, cabe señalar el alto nivel de vulnerabilidad en el que se encuentran las personas víctimas de este tipo de abuso, que en muchos casos dependen

económicamente de los agresores o sufren algún tipo de demencia o enfermedad, lo que impide la interposición de una denuncia (Adams, 2012).

Partiendo de que la principal problemática que supone el abordaje del maltrato a mayores es la escasa visibilidad que muestra, cabe señalar que los estudios que han intentado arrojar algo de claridad en torno a este asunto, han demostrado la existencia de un número determinado, aunque limitado, de casos. Si se tienen en cuenta los aspectos ya mencionados como la falta de denuncias y las peculiares características del maltrato a mayores, cabría pensar que existe un mayor nivel de casos en los que este delito acontece. Por ello, es necesario continuar y exponer abiertamente todos sus aspectos y repercusiones.

Es, por tanto, fundamental partir de la base de que la falta de conocimiento sobre la prevalencia real de este problema no implica que no exista, sino que se mantiene en otro plano ajeno y oculto a la sociedad, que ni siquiera es capaz de reconocerlo e identificarlo (Bazo, 2006).

1.4. Justificación teórica y relevancia del problema actual.

En los últimos años, se ha producido un aumento de la población de personas mayores, como consecuencia de la baja natalidad y del incremento de la esperanza de vida, los avances en materia de salud, sociales y también debido a la migración. La OMS (2015), señala la posibilidad de que este sector de la población se multiplique por tres en no más de cuarenta años (citado en Rello et al., 2003).

A menudo con la edad, las personas quedan expuestas a una situación de mayor vulnerabilidad, bien por problemas de salud, bien por asuntos sociales. Esto ha supuesto una reestructuración del sistema, en el que deben abordarse las distintas necesidades que el colectivo de mayores requiere. No obstante, es un hecho que, con frecuencia, la sociedad y los servicios sociosanitarios no cuentan con la formación y los recursos necesarios para dicha tarea (Bover et al., 2003). Y esto va generando complicaciones en torno al problema que acontece: el maltrato de mayores.

1.4.1 Factores del maltrato a las personas mayores.

El maltrato de mayores es un fenómeno real y frecuente, que puede presentarse tanto en el ámbito familiar como en instituciones de larga estancia. Este fenómeno está latente en sus diversas modalidades en la sociedad y aumenta cada año por diversos factores (Tabueña & De Vicente, 2006). Entre los factores cuya interacción parece correlacionar con la presencia de este maltrato,

encontramos que se clasifican en tres grupos, los que dependen de la persona mayor, los que dependen del cuidador y los que guardan relación con aspectos culturales.

1.4.1.1. Factores relacionados con el mayor.

Cualquier persona mayor es susceptible de ser víctima de maltrato, pero es cierto que la literatura señala una serie de características que pueden acentuar su vulnerabilidad y predisposición ante este fenómeno.

- Sexo.

La mayoría de estudios realizados hasta la actualidad parecen orientar considerablemente la victimización del maltrato a mayores hacia las mujeres (Adams, 2012; Bover et al., 2003; Pabón & Meza, 2017). Aunque estas cifras podrían verse respaldadas por la gran diferencia de población masculina y femenina en esta franja de edad, o por la mayor tendencia del sexo femenino a reportar una situación de maltrato (Penhale, 2003, citado en Pérez Rojo, 2008), en los últimos años se han cuestionado esas tasas. Parece existir una serie de indicadores que podrían equilibrar, o al menos alterar, la balanza en cuanto al género de las víctimas del maltrato (Pérez Rojo, 2008). El indicador que más fuerza adquiere es que los hombres se inclinan más hacia el ocio y los excesos, lo que puede influir en su forma de relacionarse con los demás y afectar a la relación de cuidado (Schiamberg & Gans, 2000; Pillemer & Finkelhor, 1988; McCreadie & Quigley, 1999; Kosberg, 1988, citado en Pérez Rojo, 2008).

- Dependencia.

La dependencia es entendida como la “situación de una persona que no se puede valer por sí misma” (RAE).

Esta condición implica la atención continua de otro individuo para cubrir las necesidades del dependiente, es decir, supone una pérdida para ejercer la autonomía (Huenchan, 2012). La dependencia guarda relación con el deterioro cognitivo y físico. Cualquier afectación con cierto nivel de gravedad puede interrumpir el libre albedrío y la capacidad de una persona para realizar su rutina. Un ejemplo de ello es la demencia, que arrastra una alteración en la conducta, lo que puede impedir la resolución de problemas cotidianos, así como la presencia de acciones desafiantes ante el cuidador, aumentando el estrés de este (Kosberg & Nahmiash, 1996; Pillemer, 2005; Jayawardena & Liao, 2006; Oh et al., 2006; Baker, 2007; Sasaki et al., 2007, citados en Pérez Rojo, 2008).

Aunque en España se ha mostrado que existe un mayor índice de maltrato en personas dependientes que en las que no lo son (Iborra, 2008, citado en Castilla, 2015), las distintas investigaciones en torno a la dependencia han arrojado resultados muy dispares, por lo que no se ha podido señalar una correlación entre ésta y el maltrato (Pérez Rojo, 2008). Esto va en contra de la creencia generalizada de la dependencia como precursora del maltrato, pero es fundamental considerar que los dependientes que sufren maltrato en el domicilio precisan irrefutablemente de los cuidados de su agresor, así que, en caso de darse, es frecuente que lo oculten y justifiquen (Daly, Schmeidel Klein & Jogerst 2012, citado en Castilla, 2015).

- Aislamiento social y red de apoyo.

La soledad es uno de los principales temores entre el colectivo de mayores (Letelier, 2005). La ausencia de una red social en la que el individuo se vea seguro y apoyado supone un aumento de riesgo ante el maltrato (Melchiorre, Chiatti & Lamura, 2012, citado en Castilla, 2015). Un estudio llevado a cabo por varios integrantes de la Unión Europea, en el que colaboró España, expuso resultados sobre la fuerte condición protectora de una red de apoyo social sólida (García & Castilla, 2012; Melchiorre et al., 2013, citados en Castilla, 2015, p. 100). Esto puede llevar a intuir las nefastas consecuencias del aislamiento en una persona mayor.

- Edad.

Resulta de gran relevancia el hecho de que vivimos cada vez más años y esta longevidad acarrea consecuencias médicas, sociales y familiares debido al creciente porcentaje de personas mayores con dependencia u otro trastorno. Con el aumento de la edad, la persona queda expuesta con más facilidad al aislamiento social, al padecimiento de un trastorno mental o a la precariedad económica, por lo que se entiende que se encuentra, por tanto, en una posición más vulnerable al maltrato. Bird et al. (1998) señalaron que “el riesgo de maltrato aumenta por tres en las personas mayores de 75 años y por cuatro en las mayores de 85 años” (citado en Bover et al., 2003, p. 541).

- Abuso de sustancias.

El abuso de sustancias aumenta la probabilidad de convertirse en víctima de maltrato. Este consumo excesivo genera una serie de repercusiones que precipitan una fuerte tensión y sobrecarga en el cuidador. La persona mayor que consume sufre una serie de alteraciones, que provocan una imposibilidad para ejercer su autonomía en lo que respecta a su bienestar; además de no percatarse de una situación de peligro o de generarla ella misma mediante conductas desafiantes (Castilla, 2015;

Pérez Rojo, 2008). Por último, Castilla (2015) apunta la necesidad de atender a la automedicación, frecuente en este colectivo etario, que puede afectar a todo este entramado factorial.

- Trastornos mentales.

A menudo se ha señalado la presencia de trastornos mentales en múltiples víctimas de maltrato. La cuestión versa sobre la necesidad de diferenciar entre los trastornos cuyo origen surge en la experiencia de abuso, y aquellos que eran precedentes al maltrato y pudieron incidir en su aparición. Por ejemplo, en el caso de la depresión no parece haber diferencias entre las víctimas de maltrato y el resto de adultos mayores (Iborra, 2008, citado en Castilla, 2015); en cambio, la ansiedad es percibida como un factor precipitante (Castilla, 2015).

A pesar de la variabilidad que pueda presentar un trastorno u otro, se ha demostrado que aquellos que padecen alguna alteración psíquica gozan de un factor que potencia la aparición del maltrato (Cooper, Manela, Katona & Livingston, 2008, citado en Castilla, 2015).

- Pobreza. (puede contar como incluido en la dependencia económica).

Varios estudios apuntan a la influencia de la precariedad económica del adulto mayor en la aparición del maltrato (Jürschik et al., 2013; Schiamburg & Gans, 2002, citados en Castilla, 2015).

1.4.1.2. Factores relacionados con el cuidador.

- Sexo.

Al igual que sucede con el sexo del maltratado, la mayor parte de los autores señalan que son las mujeres las que más presentan conductas abusivas en situaciones de cuidado. Éstas suelen ser familiares que se quedan a cargo del mayor de forma inesperada (Daichman, 2004). No obstante, se observan diferencias en dicha prevalencia cuando se trata de una conducta negligente, propia del sexo femenino, o una conducta de abuso físico, más común en el colectivo de hombres (Miller & Dodder, 1989; Sengstock, 1991, citados en Daichman, 2004).

- Dependencia.

A menudo se habla de la dependencia de la víctima frente al cuidador, pero lo cierto es que es usual que el cuidador principal dependa directamente, respecto a la vivienda o la economía, de la persona que cuida (Pillemer, 1986, citado en Daichman, 2004). Lo más relevante es que esta dependencia es la que realmente afecta a una posible situación de maltrato (Daichman, 2004).

- Aislamiento social y ausencia de red de apoyo.

El ser humano es un animal social, por lo que el aislamiento le va a afectar negativamente esté en el contexto que esté. Si a esta idea base se le une el rol del cuidador, se observa cómo la persona va gradualmente renunciando a interacciones sociales que parecen incompatibles con el cuidado continuo del mayor. Todo ello genera sentimientos negativos de desidia y soledad, así como hostilidad hacia la persona cuidada. Iborra (2008) señala que “el 44,4% de los cuidadores que incurrir en maltrato afirma que el cuidado de la persona mayor le influye negativamente en sus relaciones sociales y familiares” (citado en Castilla, 2015, pp. 109-110).

- Sobrecarga.

Aunque este concepto supone un compendio de características del mayor, del cuidador y del entorno, guarda una relación más estrecha con lo vinculado al posible agresor.

El *burnout* o “síndrome de estar quemado” hace alusión a la sobrecarga del cuidador. Este concepto surge en 1974 a manos del psiquiatra Freudenberg, y más tarde es desarrollado por Maslach. Estos dos autores plantean la ansiedad y el cansancio psíquico como resultado de esa sobrecarga (Moreno, Garrosa, González & Gálvez, 2005). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que este concepto se contextualiza dentro del entorno laboral. Por este motivo, Zarit, a principios de los años 80, reconsidera el término enfocándolo hacia la sobrecarga del cuidador informal (Zarit, 1996), entendido éste como el familiar encargado de atender a aquella persona mayor en situación de dependencia que no tiene la posibilidad de ejercer las funciones ejecutivas ni rutinarias de forma normal (Prieto, Arias, Villanueva & Jiménez, 2015). Desde su perspectiva, Zarit define la sobrecarga como la percepción subjetiva que tiene el cuidador respecto a las peticiones del cuidado, esto se traduce en términos de cambios forzados en su vida derivados del cuidado del mayor. Además, la sobrecarga consta de un elemento objetivo, que refleja el balance de renunciaciones reales necesarias para desempeñar su rol; y otro subjetivo, vinculado a la parte emocional resultante de esa nueva rutina de interacción (Zarit, Bottigi & Gaugler, 2007, citado en Flores et al., 2012). A raíz de esta nueva concepción de la sobrecarga, algunos autores han denominado al cuadro clínico asociado “síndrome del cuidador” (Lara, Díaz, Herrera & Silveira, 2001; Zavala, Vidal, Castro, Quiroga & Klassen, 2006; citado en Flores et al., 2012).

En los preámbulos de este síndrome, el cuidador ejerce una gran entrega de su tiempo que, a pesar de ser más o menos voluntario, no supone ninguna remuneración o, en caso de existir, es muy deficiente (De Valle, Hernández, Zúñiga & Martínez, 2015). La persona que adopta este papel se expone a una alteración de su rutina que puede generarle una gran tensión, pues a pesar de no tener una formación sobre ello, debe satisfacer o comprobar la resolución de las necesidades que precise la persona mayor. La reestructuración del reparto de tiempo del cuidador requiere que disminuya o suprima en gran

medida ciertas actividades relacionadas con el ocio, las relaciones u otros intereses propios, lo que puede llegar a producir cierta inestabilidad emocional por la dificultad de adaptación e incompreensión, así como sentimientos de miedo y agobio (De Valle, Hernández, Zúñiga & Martínez, 2015). Todo ello supone un fuerte impacto en su salud psicológica y, por tanto, le repercute social y económicamente.

Como reflejo de este panorama se sirven diversos estudios que apuntan a la especial vulnerabilidad a la que se ven sometidos los cuidadores, quienes quedan expuestos más fácilmente a alteraciones psicológicas, especialmente frente a la depresión y la ansiedad (Zabalegui et al., 2004; Dueñas et al., 2006, citados en Prieto et al., 2015). De la misma manera, otros autores han señalado que “la suma de estresores, como pueden ser los vinculados a la sobrecarga del cuidado, lleva asociado una baja respuesta inmunológica” (Alpuche, Ramos, Rojas & Figueroa, 2015; Zambrano & Ceballos, 2015, citados en Prieto et al., 2015, p. 662).

Sin embargo, un aspecto de vital importancia es el hecho de que no todas las personas reaccionan igual ante una situación similar, por lo que, en el ámbito del cuidado informal, unos pueden vivirlo de forma positiva, sintiéndose realizados y, otros en cambio experimentan una profunda sensación de angustia y fracaso. Resulta revelador cómo los resultados muestran que cerca de un 70% de los cuidadores se veían en un inicio competentes como para desarrollar su labor, pero a medida que la edad de la persona cuidada aumentaba, esta sensación de seguridad disminuía (Domínguez, Gómez, López, Gil, Saiz & Cordero, 2006, citado en De Valle, Hernández, Zúñiga & Martínez, 2015).

Independientemente de las características individuales del cuidador, y en relación al fenómeno del maltrato a mayores, debe considerarse que el cuidador que padece una excesiva sobrecarga puede llegar a desarrollar conductas de riesgo, e incluso puede incurrir con más facilidad en comportamientos negligentes.

- Inexperiencia.

La mayoría de las veces, son los familiares los que se hacen cargo del cuidado de la persona mayor o, en su defecto, algún conocido con buenas intenciones. Una problemática frecuentemente asociada al perfil común del cuidador principal es la inexperiencia o falta de conocimiento adecuado para la ejecución de un cuidado eficiente que cubra las necesidades de la persona y que la beneficie en todo momento. La ausencia de formación puede llevar a equívocos en la percepción de la conducta del otro, recurriendo con relativa facilidad a la falsa idea de terquedad e insatisfacción en esta etapa vital, por lo que el cuidador puede actuar conforme a dicha creencia y errar, incurriendo en algún tipo

de abuso o perjuicio con el fin de mantener el control (Henderson, Buchanan & Fisher, citado en Pérez Rojo, 2008).

- Abuso de sustancias.

Este factor de riesgo está profundamente estudiado y vinculado al maltrato (Godkin, Wolf & Pillemer, 1989, citado en Pérez Rojo, 2008). Como sucedía con el abuso de sustancias en mayores, el uso desmesurado de drogas o alcohol provoca un desajuste conductual que altera el curso normal de cualquier interacción, lo que genera posibles situaciones de agresividad y descontrol en los que la persona no tiene conciencia sobre la repercusión de sus actos. Las personas con adicción superponen sus intereses de consumo frente a las necesidades que pueda presentar la persona mayor (Wolf et al., 1982, citado en Pérez Rojo, 2008).

- Trastornos mentales.

La literatura advierte que la presencia de un trastorno mental puede afectar a la regulación de emociones, dificultando la empatía y el autocontrol, rasgos necesarios para un buen cuidado. Igualmente puede interferir en la percepción de la realidad, infravalorando o sobreestimando las aptitudes de la persona mayor (Pérez Rojo, 2008). Henderson et al. (2002) señalan que este factor correlaciona con el maltrato psíquico y físico (citado en Pérez Rojo, 2008).

- Relación previa con la víctima.

Considerando que el cuidador principal suele ser un familiar o un conocido, Daichman (2004) alude a la influencia de una mala relación previa entre el adulto mayor y el cuidador. Considera también la posibilidad de una historia anterior de malos tratos, que puede perjudicar a la interacción actual desembocando en un posible abuso.

1.4.1.3. Factores culturales.

El maltrato a mayores se ve reforzado por el estereotipo cultural que crea e interioriza la sociedad sobre el colectivo del adulto mayor como pasivo e improductivo, y que acaba empujando aún más hacia la oscuridad este fenómeno. Esto, finalmente, provoca un prejuicio, un sentimiento compartido, que desemboca en una clara discriminación. Dicha discriminación crea un trato desigual y exclusivo, que a menudo establece las bases de una postura paternalista. El paternalismo llega aparejado con el aumento de la dependencia en los mayores y la dificultad de diferenciar entre una actitud de “beneficiencia” o una actitud más sobreprotectora en el cuidado de este colectivo. El paternalismo, que viene del latín *pater*, significa actuar como un padre o tratar al mayor como un niño, sin respetar

la libertad de los mayores (Brownie & Nancarrow, 2013). El paternalismo es la anulación por parte del cuidador, de las preferencias de la persona mayor, bajo la justificación de búsqueda de un beneficio o la evitación de un posible daño, anulando de esta manera las acciones o deseos del mayor (Beauchamp and Childress, 2001).

Por tanto, es necesario señalar que la atención que reciben las personas mayores está determinada por la cultura vigente en la sociedad, así como del momento en el que se hallen. Hace años, la figura del anciano gozaba de respeto, y era símbolo de sabiduría y experiencia. Con el desarrollo de las sociedades y la implementación de las dinámicas consumistas, el anciano pierde valor para la comunidad. Esto se observa con claridad en el contraste entre las sociedades más primitivas y las más desarrolladas (Bover et al., 2003).

En este punto, debe tenerse en cuenta también que la edad presenta dos dimensiones, una cronológica y objetiva; y otra más subjetiva, planteada como categoría social, que determina cómo se percibe a un conjunto de personas y, por tanto, repercute en la interacción con ellas, señalando su supuesta posición de estatus (Canetto, 2001 & Rodríguez, 2002, citado en de Lemus & Expósito, 2010). Resulta de vital importancia todo este recorrido analítico puesto que la vejez “es la única condición evolutiva que toda persona debe vivir” (Calvo, Guerra, Andrés, & Abella, 2009, p. 47).

1.4.2. Teorías sobre el maltrato a personas mayores.

Respecto a la literatura vigente, son muchas las teorías que pretenden explicar por qué sucede este abuso, así se encuentran algunas como la teoría del aislamiento social o la teoría del estrés del cuidador. Aunque en la actualidad no son lo suficientemente eficaces como para permitir una detección temprana del problema (Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), 2007 citado en Adams, 2012), resulta de gran relevancia exponer los avances hasta ahora conseguidos sobre los modelos teóricos del estrés, ya que son los más utilizados. Según estos modelos, se tiene en cuenta la dificultad y el desgaste que supone el cuidado de una persona, y buscan analizar la relación entre los factores que forman parte del proceso de cuidado.

La mayoría de los modelos vigentes versan sobre la base del modelo relacional o transaccional del estrés de Lazarus y Folkman de 1984 (Pérez Peñaranda, 2008). Estos autores, indican la existencia de dos elementos importantes en el proceso de aparición de estrés, que son la apreciación primaria y la apreciación secundaria. En la primera parte del proceso, la persona evalúa una situación como irrelevante, buena o mala. En caso de no suponer un peligro, el estrés no aparece. Sin embargo, si la persona considera negativamente el suceso, se inicia la apreciación secundaria, en la que el sujeto

examina los recursos disponibles para hacer frente a la situación, así como para valorar las posibles consecuencias que se darían tanto en caso de éxito como de fallo (Yanguas et al., 2006). Es fundamental considerar que siempre hay un margen de variación debido a las características propias del cuidador (Lazarus & Folkman, 1984, citado en Pérez Peñaranda, 2008).

En términos psicológicos, el proceso podría definirse como la interacción entre los procesos cognitivo-conductuales, que sirven como mediadores entre los estímulos y respuestas, oscilando entre las distintas posibilidades de experimentar estrés. En definitiva, para este modelo tiene mayor importancia la interpretación de la vivencia, que la vivencia en sí (Pérez Peñaranda, 2008).

Con todo esto se concluye que la experiencia de cuidado supone siempre una serie de repercusiones que pueden alterar al individuo. Las consecuencias más perniciosas afectarían tanto a lo físico como a lo psicológico, y podría concluir en el abandono del cuidado. Por otro lado, los posibles beneficios estarían encaminados a la experiencia de logro y autorrealización, satisfacción con el cuidado, crecimiento personal y sentido (Pérez Peñaranda, 2008).

Las ideas del modelo de estos autores parecen señalar la existencia de un vínculo entre la relación de cuidado y la respuesta emocional del cuidador, lo que podría llegar a desembocar en una situación de maltrato. Esto tendría lugar si la situación se identificase como amenazante o desagradable, y comenzaran a aparecer factores como la sensación de saturación y superación por parte de sus obligaciones, la ausencia de competencias sociales y habilidades, la falta de apoyo, etc. Es decir, cuando los estímulos son demasiado intensos, o no se codifican adecuadamente, las respuestas se bloquean, o en caso de ejecutarse, no son eficaces. Este fallo en el procesamiento puede derivar en conductas desadaptativas y descontroladas, propias de un maltratador.

Del modelo de Lazarus y Folkman (1984), han derivado otros modelos posteriores, como son el de Pearlin, Mullian, Semple y Skaff (1990); el de Lawton, Moss, Kleban, Glicksmann y Rovine (1989, 1991); y el modelo de estrés de Yates, Tennstedt y Bei-Hung (1999) (Yanguas et al., (2006).

El modelo de Pearlin et al. (1990) trabajó sobre el supuesto de cuidado hacia una persona que padeciera demencia tipo Alzheimer. Al igual que los principios que regían el modelo de Lazarus y Folkman, se considera que la interacción entre las distintas variables en la situación de cuidado puede, o no, ser el origen del estrés. Estos autores dividen esas variables en condiciones del contexto, que son las características sociodemográficas de la persona encargada del mayor, el vínculo establecido anteriormente al cuidado y el apoyo social con el que cuenta el cuidador; estresores y variables moduladoras, que pueden ser primarios, éstos son los relativos al enfermo o a las actividades

derivadas de la incapacidad de éste, y secundarios, que mantienen relación con el balance personal de las herramientas de las que dispone para desempeñar el rol de cuidador. Las variables moduladoras pueden reorientar el trayecto de la dinámica de cuidado, con el fin de evitar o mitigar el estrés. Por último, la variable restante hace alusión a los resultados, que pueden ser psíquicos, físicos y relacionales (Yanguas et al., 2006). Resulta conveniente señalar la importancia de la evaluación más o menos objetiva que predomina en el análisis del cuidador según el modelo de Pearlin et al. (1990).

Desde el análisis del maltrato a mayores de este modelo, podría entenderse como idea primaria la influencia que tiene la dependencia del adulto mayor en la relación de cuidado. A pesar de evaluar todos los componentes que intervienen de forma objetiva, indica cómo para generarse una situación hostil que propicia conductas abusivas y de maltrato, intervienen tanto variables internas, como externas o del entorno. Es decir, el cúmulo de aspectos que guardan relación con los factores de riesgo asociados a este fenómeno, aumentan las posibilidades de presencia de maltrato en un mayor nivel.

Lawton et al. (1989-1991) fijan su foco de atención en la valoración o percepción subjetiva del sujeto, que finalmente media entre el contexto y las consecuencias psíquicas de la experiencia de cuidado. El objetivo del cuidador es suprimir al máximo las repercusiones negativas derivadas del cuidado. Es la interpretación que haga la persona sobre su experiencia lo que determinará el resultado de la relación (citado en Portal, 2009). En este modelo no se habla de carga del cuidador, sino de la valoración del cuidado, ya que es lo que realmente influye en la aparición de estrés (Montorio et al., 1998, citado en Portal, 2009).

Para Lawton et al., el origen del maltrato surgiría de la percepción personal que tiene el cuidador sobre la relación de cuidado, y su afán por mitigar los efectos negativos que derivan de ésta. Si la interpretación que hace de la situación es negativa, será muy probable que la persona actúe desde una posición rígida y fría, e incluso violenta, pues el objetivo de la persona que está a cargo del mayor es aliviar su situación, sin tener tanto en consideración la situación o reacción del que está siendo cuidado.

Por último, el modelo de Yates, Tennstedt y Chang (1999) propone la fusión de los dos modelos anteriores. La propuesta de estos autores consiste en identificar las consecuencias que surgen a raíz de las limitaciones funcionales de la persona, la afectación cognitiva y los problemas conductuales (citado en Portal, 2009), es decir, que se centran en aspectos muy concretos del enfermo.

Desde este modelo se plantea, de forma directa, analizar las posibles situaciones de maltrato que se originen como consecuencia de la confluencia de las características y competencias del cuidador y las de la persona mayor, así como de su desenvolvimiento en la relación (Yanguas et al., 2006).

1.4.3. Abordaje del maltrato a mayores.

El abordaje del maltrato de mayores debe contar con una gran organización en cuanto a trabajo interdisciplinar, pero para ello debe precederle un estudio e investigación que contemple todas las variables que influyen en él (Tabueña & De Vicente, 2006). Pero no sólo debe recaer en el equipo interdisciplinar, sino también en la sociedad, cuya concienciación es fundamental. Todo este proceso requiere de instrumentos y recursos que en muchas ocasiones no son accesibles o no surten la eficacia esperada. Por ello, a lo largo de los últimos años numerosas organizaciones han ido actuando con el fin de velar por los derechos de las personas mayores, como es el caso de la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores de la OMS en 2002 (Torres & Estrella, 2015). Es por ello que el presente estudio tenga como objeto analizar y desglosar las variables que inciden en este fenómeno, abordando el maltrato en el domicilio, con el deseo de facilitar su visibilización y, por consiguiente, su detección temprana.

2. Métodos.

El presente trabajo es una revisión sistemática cuyo conocimiento derivó de publicaciones del ámbito de la Psicología y otras ramas socio-sanitarias como la Enfermería o el Trabajo Social, de igual manera se consultaron documentos relativos al campo jurídico y de la Criminología.

Entre las principales fuentes y bases de datos de las que se extrajo la información que conforma esta revisión destacan Google Scholar, PsycInfo, Dialnet y SAGE. Al inicio del trabajo se pretendía limitar la búsqueda a publicaciones tanto en español como en inglés, de los últimos 10 años, con el objetivo de que la información aportase evidencias actuales. Este límite resultó de interés para la información jurídica sobre el maltrato a mayores, para poder disponer de las leyes vigentes. No obstante, habría resultado improductivo para el resto de apartados no recurrir a las teorías y estudios que forman los pilares del maltrato a mayores, y que anteceden en el tiempo a la mayoría de estudios.

Las palabras clave que permitieron la identificación de documentos relevantes para este trabajo fueron: maltrato de mayores, edadismo, detección temprana, denuncia, cuidado informal y dependencia. El principal filtro que se consideró fue el del maltrato a mayores en el hogar, pues existe una gran variedad de documentos y estudios que abarcan el maltrato institucionalizado, si bien pudo ayudar en algunos aspectos comunes, el objetivo del trabajo era profundizar en las características del

maltrato en el domicilio y las dificultades que lleva este aparejado a la hora de su detección y de la interposición de una denuncia.

Tras la recogida definitiva de información, se dispuso de un total de 78 documentos, de los que se seleccionaron 39. Esta selección se realizó mediante la lectura del resumen, y en caso de duda, de la discusión del artículo. También se hizo uso de las referencias cruzadas. Finalmente, los estudios que resultaron de interés fueron leídos en su totalidad.

3. Resultados.

3.1. Detección temprana.

La situación actual sobre el maltrato a mayores es alarmante. Algunos investigadores señalan cómo sólo se detectan uno de cada veinticinco casos de maltrato en personas mayores (Lachs & Berman, 2011, citado en Prado, 2016). El suceso se presenta tanto en instituciones como en el domicilio a manos de familiares. Por ello, resulta preciso poner en marcha todo un despliegue de propuestas e intervenciones que inicien el fin de este proceso desconsolador. Aunque la gran mayoría de esfuerzos se han dirigido, por el momento, a la prevención de nuevos casos, es innegable que no se pueden obviar las miles, o incluso millones de personas que están actualmente siendo víctimas o que pueden estar a punto de serlo. Por tanto, es necesaria una detección temprana para evitar o mitigar, en la medida de lo posible, cualquier consecuencia negativa que frecuentemente deriva de este abuso. Para ello es imprescindible considerar qué personas tienen más probabilidades de ser víctimas de maltrato, y qué cuidadores tienen mayores probabilidades de cometerlo (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; Bover et al., 2003). Es conveniente hacer esta distinción para un abordaje más individualizado y, por consiguiente, especializado.

Entre los factores de riesgo que frecuentan las víctimas del maltrato a mayores se encuentran el hecho de ser mujer (Bover, 2003; Pérez Rojo, 2008 & Pabón, 2017), ya que son la población mayoritaria en esta etapa vital; tener más de setenta y cinco años (Bird et al., 1998, citado en Bover, 2003); las limitaciones en el desempeño de las actividades diarias relativas a una posible situación de dependencia; el deterioro cognitivo; experiencias anteriores de maltrato; precariedad económica y aislamiento social (Bover, 2003 & Pabón, 2017).

Por el contrario, los cuidadores que finalmente sucumben al maltrato suelen presentar determinadas características como pueden ser el abuso de sustancias; la falta de formación como cuidador; la escasez de apoyo social; una mala relación con el mayor, o la existencia de prejuicios hacia los ancianos (Pabón, 2017). Sin embargo, deben tenerse en cuenta las consideraciones

planteadas por los modelos teóricos del estrés ya mencionados previamente, en los que no sólo toma un importante papel la objetividad y el hecho, sino la vivencia interna que el cuidador experimenta, que depende del apoyo social percibido, las habilidades sociales y comunicativas propias, y la sensación de carga excesiva (Pérez Peñaranda, 2008).

Además, la literatura muestra cómo determinados tipos de maltrato están vinculados con más frecuencia a las características del abusador o del abusado. Así, se ha señalado, que el maltrato físico y psicológico guardan relación con rasgos del cuidador; mientras que la negligencia parece atender más a las necesidades específicas de la víctima (Wolf, 1997, citado en Sánchez, 2015).

Aunque en el proceso de detección todos los miembros y sectores de la sociedad tienen ciertas responsabilidades, son los servicios socio-sanitarios quienes asumen una función primordial (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; Bover et al., 2003). Pero existe una problemática, ya que a menudo se encuentran dificultades como la falta de preparación formal de cara a la identificación del maltrato; sus propios prejuicios hacia las personas mayores; las repercusiones del edadismo que pueden incidir a nivel comunitario; la ausencia de diversos estudios comparativos; las múltiples formas encubiertas del maltrato; el miedo a emitir una denuncia por mantener una sospecha; la interposición del maltratador entre la persona mayor y el profesional; así como la falta de colaboración del paciente, bien por incapacidad, bien por miedo o culpa, o simplemente por mero desconocimiento (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; Sánchez, 2015). Este último aspecto abre el abanico de posibilidades en el que se debe considerar que la persona que está siendo maltratada puede no darse cuenta de su situación de maltrato, y por ello no la identifique (Prado, 2016). También resulta interesante establecer los límites que diferencian los signos del maltrato de las repercusiones normales que derivan de la edad, pues a menudo parecen obstaculizar la detección (Sánchez, 2016).

De la misma manera, se ha señalado la presencia de otros rasgos propios de ciertas sociedades, que parecen correlacionar con la existencia de casos de maltrato hacia mayores. Algunas de estas características serían el bajo nivel cultural, el gran número de habitantes por metro cuadrado o el bajo nivel económico (Jogerst, Dawson, Hartz, Ely & Schweitzer, 2000, citado en Bover et al., 2003).

3.1.1. Métodos de detección.

En cuanto a las formas de detección, los servicios sanitarios suelen abordar e investigar el maltrato mediante la entrevista, la exploración física y psicológica (Fernández & Herrero, 2006), así como la evaluación mediante instrumentos especializados.

La entrevista se suele realizar con el paciente tanto a solas como acompañado. Es un medio para generar confianza, en la que se utiliza un lenguaje claro y sencillo (Fernández & Herrero, 2006). El momento de la entrevista es muy útil para explorar la presencia de apoyos u otras alternativas de cuidado para la persona, pues debe recordarse que, desde hace años, la mayoría de la población en España alberga como una obligación moral el cuidado de sus familiares mayores (Sancho, 1999, citado en Bover et al., 2003), lo que puede generar un inicio de la relación de cuidado ambivalente, e incluso hostil.

La exploración física consiste en la búsqueda de indicios corporales como heridas o contusiones, a la vez que se contrasta el posible origen de dicha lesión con la versión que la persona o el cuidador aportan. Otras señales físicas podrían ser la desnutrición, deshidratación o falta de cuidados básicos, que estarían orientadas hacia la negligencia o abandono del mayor (Fernández & Herrero, 2006). De hecho, un alto porcentaje se detectan cuando llegan al hospital con rotura de cadera.

La exploración psicológica tiene como objetivo evaluar las emociones y conductas que muestra el paciente. En este sentido, serían signo de alarma el temor, el nerviosismo o la inhibición (Fernández & Herrero, 2006).

Cuando se ha hecho el análisis ya desglosado, y hay un número considerable de indicios, se procede a la aplicación de los instrumentos de evaluación específica. En lo relativo a estas herramientas, existe una amplia gama. Algunas simplemente buscan analizar si se da el maltrato o no; otras, aparte de abordar esa tarea, intentan concretar el tipo de maltrato, como es el caso del *Risk of Elder Abuse in the Home*, REAH (Bover et al., 2003).

Ahondando en la detección temprana, es importante plantear la presencia de instrumentos que lo que pretenden es discriminar al sujeto que reúne las características suficientes como para valorar que corre peligro de ser víctima, como es el *Vulnerability Assessment Scale of the Aged Person* (VASAP) (Bover et al., 2003) o la Escala de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA) (Prado, 2016).

En España, entre los instrumentos validados que más se utilizan, se encuentra el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (*Elder Abuse Suspicion Index*, EASI), que se centra

en la valoración y detección de la sospecha, es decir, permite aumentar la sospecha en caso de existir, para poder iniciar un proceso en el que se reporte hacia otros profesionales formados en dicho tema (Sancho, Yuste & Pérez Rojo, 2007), aunque no está orientado a la detección del maltrato en sí. Además, en su origen también se planteó como objetivo la familiarización de los profesionales con este maltrato. El EASI es un test que sólo evalúa a individuos sin afectación cognitiva (Sánchez, 2016), y que consiste en cinco preguntas directas. La primera pretende recabar información sobre el nivel de autonomía en las actividades rutinarias, el resto están orientadas a indicar posibles maltratos en sus diversas tipologías (físicos, psicológico, financiero, etc.). El método de evaluación se basa en una escala tipo Likert, que va desde 0 y supone la negación a la pregunta, hasta 4, que indica gran frecuencia (Pérez Rojo, 2008).

A pesar de no ser tan utilizado como el índice anterior, es interesante señalar también la existencia del *The Caregiver Abuse Screen* (CASE), creado por Reis y Nahmiash en 1995. Es una prueba de autoinforme que consta de ocho cuestiones en las que sólo se admiten respuestas de sí o no, y van dirigidas a la persona que está a cargo del mayor (Sánchez Martínez, 2016). Este instrumento engloba la influencia del individuo, del cuidador y del entorno. Recoge dos tipos de maltrato muy frecuentes, la negligencia y el maltrato psíquico. Se trata de una herramienta válida y fiable que encajaría en el ámbito de la prevención del maltrato a mayores en lo que refiere a la identificación del riesgo latente en una situación de cuidado. Cabe mencionar también que, el CASE, no discrimina entre los distintos tipos de negligencia, así como no advierte la posibilidad del abuso económico o patrimonial, muy presente en el fenómeno que se aborda (Pérez Rojo, 2015). Como ocurre en la mayoría de este tipo de herramientas no debe recurrirse a los resultados obtenidos con el fin de iniciar la puesta en marcha de diligencias, sino que debe proseguirle una investigación más exhaustiva (Pérez Rojo, 2015).

El CASE surgió de la mano de otros instrumentos como el IOA o el BASE, ambos dentro del proyecto CARE, desarrollado por los mismos autores ya mencionados (Prado, 2016). El IOA, *Indicators of Abuse Screen*, es algo posterior al EASI, y clasifica las respuestas en sospechosas y no sospechosas de maltrato, analizando el nivel de cuidado ejercido. Tras su validación se redujo el número de variables a 27, de las cuales 15 están orientadas a la posible víctima, y 12 al cuidador (Sánchez Martínez, 2016). Entre sus ventajas más claras se puede resaltar su sencillez y adaptabilidad para un uso diario. Es importante reflejar su alta consistencia interna. Tiene en cuenta los factores de riesgo y no tanto los indicios (Reis & Nahmiash, 1998, citado en McCarthy, Campbell & Penhale, 2017). Por otro lado, el BASE, *Brief Abuse Screen for the Elderly*, está constituido por cinco preguntas cortas dirigidas tanto a la persona mayor como al posible maltratador. Indaga sobre la

sospecha de maltrato y su tipología (Sánchez Martínez, 2016). Esta escala está planteada para ejecutarse de forma eficaz junto al IOA, lo que implica finalmente una extensión de 2-3 horas (Phelan & Treacy, 2011, citado en McCarthy et al., 2017). Esta dilatación en el tiempo no es viable con el estudio y abordaje de todas las posibles situaciones de maltrato, y pueden verse sesgadas por el desgaste de la persona mayor o su cuidador. Por lo que, los autores indican que este tipo de instrumentos son más aptos para el ámbito de la investigación (McCarthy et al., 2017).

A pesar del despliegue de las diversas herramientas adaptadas a este ámbito, después de haberse realizado varios análisis, se ha concluido la inexistencia de un instrumento lo suficientemente capaz de medir y valorar el riesgo real que un adulto mayor tiene de ser maltratado (Wolf, 2000, citado en Sánchez, 2016). Esto se debe a que los instrumentos vigentes no indican la presencia real o inamovible de un caso de maltrato, sino que la mayoría de las veces sólo apuntan a la posibilidad de sospecha, por lo que el análisis no terminaría ahí y habría que continuar evaluando el caso con otras herramientas, todo el equipo de profesionales y los protagonistas implicados. En base a todo ello, existe una controversia latente en la sociedad científica que divide a profesionales que apoyan este tipo de instrumentos para detectar el maltrato al adulto mayor, y los que los rechazan.

Los primeros cuentan con el respaldo de la Asociación Médica Americana (AMA), y sostienen que para tener un poder más influyente y con resultados satisfactorios, sería conveniente la aplicación de dichos test a toda la población de mayores para, de esta manera, poder percibir los contrastes y facilitar la identificación de los casos reales. En contraposición, los reacios al uso de estas herramientas cuentan con el apoyo del Grupo de Medicina Preventiva de Estados Unidos (US Preventive Service Task Force, 2004) y por investigadores canadienses (Canadian Task Force, 2004) (citados en Pérez Rojo, 2008, p. 75). Este enfoque mantiene como base que el maltrato es el resultado de una compleja red de variables de distinta naturaleza que no puede determinarse de la misma manera a como se realiza un diagnóstico de enfermedad médica (Lachs & Pillemer, 2004, citado en Pérez Rojo, 2008). Además, un aspecto de vital importancia en esta área es la aparición de un falso positivo, mediante el que se determine que alguien está siendo víctima o corre riesgo de serlo, lo que implicaría una saturación sociosanitaria de la persona, así como una estigmatización del supuesto agresor (Pillemer et al., 2007, citado en Pérez Rojo, 2008). Una gran parte de los autores especializados en este fenómeno sostienen que es mucho más importante la formación y sensibilización de los profesionales que otorgarles un instrumento rígido y sistemático (Fulmer & O'Malley, 1987; Pillemer et al., 2007, citados en Pérez Rojo, 2008).

Independientemente de la postura desde la que se parta en cuestión de escalas, todas estas dinámicas descritas reflejan el continuo esfuerzo que los profesionales hacen por conseguir una detección eficaz del maltrato a mayores. Por tanto, a pesar del desconocimiento que aún prevalece en torno a su estudio, todos los expertos señalan la necesidad de una evaluación apropiada hacia la persona mayor, su cuidador y el entorno en el que se desenvuelven. Todo ello puede ser posible si se parte de una buena relación en el entorno sociosanitario, en el que se genere un adecuado vínculo terapéutico y la comunicación no se obstaculice. Igualmente, el trabajo multidisciplinar otorga una gran ventaja que facilita el camino hacia la detección e intervención del maltrato, abordando aspectos sociales y legales (Bover et al., 2003).

3.2. Dificultades de denuncia y marco legal del maltrato a mayores.

Como ya se señaló previamente, el número de denuncias por cada caso real de maltrato hacia personas mayores es ínfimo (Lachs & Berman, 2011, citado en Prado, 2016), por ello resulta necesario abordar las causas de esta dificultad ante la denuncia.

Profesionales dedicados a este ámbito señalan como razones principales de esta escasez de reporte el miedo ante las posibles consecuencias. Éstas pueden estar relacionadas con la ruptura de lazos sociales y familiares, que son la base del apoyo principal recibido. La razón de esta pérdida social se debe a que el maltratador suele pertenecer al entorno cercano de la víctima, siendo un familiar o un conocido (Fernández y Herrero, 2006). Ante la posibilidad de denunciar, el adulto mayor puede llegar a temer el estigma de la victimización.

Otra de las posibles causas que apuntan este grupo de autores versan sobre la falta de nociones sobre el procedimiento y las herramientas judiciales a las que pueden acceder. Las víctimas a menudo están aisladas, o tienen alguna afectación física o cognitiva que determina una posición totalmente ajena al mundo jurídico y los procesos burocráticos (Lowick–Russell Avalos, 1999; Zolotow, 2002, citados en Letelier, 2005). Es en estos casos cuando resulta primordial la intervención de los recursos socio-sanitarios, que deben velar por la integridad de los mayores mediante la interposición de la denuncia, lo que supone tanto una obligación ética como legal (Bover et al., 2003). La problemática aparece cuando la organización institucional encargada de todo este entramado presenta deficiencias en la comunicación y coordinación, cuyo origen parte de la inexperiencia o desconocimiento del fenómeno. Esto puede desembocar en la derivación continua a otros recursos que dejan totalmente desvalida a la persona maltratada, quien finalmente rehúsa de reportar su situación (Lowick–Russell Avalos, 1999; Zolotow, 2002, citados en Letelier, 2005). Este escenario parece repetirse con el fin de que prime la prudencia y no provocar consecuencias desmesuradas en casos que no lo merecen,

intentando hacer valer en todo momento el respeto hacia los deseos del mayor (Fernández & Herrero, 2006).

Por último, al igual que sucede con el maltrato en otros colectivos, puede ocurrir que la persona maltrata no sea consciente de su situación de peligro, y que la viva como algo normal. Esto implica que la denuncia nunca tendrá lugar. Ocurre lo mismo con aquellas víctimas que han generado estrategias para mitigar el maltrato y sienten tener control sobre la situación. A pesar de seguir sufriendo ciertos abusos, deciden no denunciar y manejar por sí solos la situación (Lowick–Russell Avalos, 1999; Zolotow, 2002, citados en Letelier, 2005).

3.2.1. Marco legal: ámbito nacional.

Al margen de todos los posibles escenarios, el maltrato a mayores, en la casi plenitud de contextos, no goza de una legislación específica (Bover et al., 2003; De Miguel, 2011, citado en Castilla, 2015). No obstante, cabe señalar la gran variedad de leyes presentes en nuestro sistema jurídico que pueden abarcar, de forma indirecta, sus tipologías y plantear métodos de protección adecuados para el mayor. Como eje principal de esta idea debe considerarse la Constitución Española (CE) (1978) que recoge una serie de derechos fundamentales inherentes a la persona, y permite la creación de una red que salvaguarda la integridad de los más vulnerables (Sánchez, 2015). La CE proclama, entre otras cosas, la necesidad de no discriminación y protección de todos los miembros de la sociedad (art. 14, 15), y expone su labor proveedora de bienestar hacia los mayores (art. 50).

Por otro lado, la LECrim en su artículo 262, obliga a los profesionales a denunciar cualquier delito público del que tengan constancia en su ejercicio laboral. Esto es de gran relevancia, ya que son los servicios socio-sanitarios los que tienen en la mayor parte de las ocasiones el poder de detectar y denunciar el maltrato a mayores.

En lo concerniente al Código Penal, acoge un conjunto de artículos tipificados que engloban ciertas conductas de maltrato físico (art. 147, 148, 153, 173), psicológico (art. 169, 173), sexual (art. 178), negligencia (art. 195, 196), abandono (art. 226, 229, 230), abuso económico (art. 234, 235, 237, 252, 253) y limitación de derechos (art. 163).

Por su parte, el Código Civil establece, por ejemplo, una serie de artículos orientados a la regulación de situaciones de incapacitación (art. 199, 200). En el ámbito del maltrato a mayores resulta imprescindible profundizar sobre las argumentaciones de la solicitud de incapacitación, si es fundada o si es una mera estrategia de la rutina de maltrato y limitación de derechos. Del mismo modo

trabaja otros supuestos que si bien son útiles en situaciones de verdadera necesidad, pueden servirse como métodos para causar perjuicio al mayor. Lo que provocaría una derivación al Código Penal.

Además, existen un conjunto de leyes específicas más estrechamente ligadas al colectivo de mayores, que impulsan la prevención y resguardo de los mismos. Una de las leyes que goza de más reconocimiento tanto el ámbito jurídico como en el social, es la Ley 39/2006, más conocida como Ley de dependencia, que tiene como objetivo garantizar el libre ejercicio de los derechos mediante la promoción de la autonomía y la asistencia a personas que necesitan ayudas especiales para su manejo en las actividades diarias (p. 5).

Merecen especial mención algunas de las iniciativas desarrolladas por la Junta de Andalucía. En primer lugar, señalar la existencia de la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía, que en su artículo 4 pronuncia la obligación de comunicar al Ministerio Fiscal cualquier caso de maltrato a mayores identificado. Dicha obligación engloba tanto a expertos como a las personas de su entorno o aquellas que puedan verse involucradas en la situación de abuso. De la misma manera, en esta región se ha establecido un teléfono de asistencia al adulto mayor en situación de maltrato, que ofrece ayuda continua, todos los días, a todas horas. Diversos autores han señalado la utilidad de este tipo de instrumentos, y lo cierto es que las cifras que arroja Andalucía respaldan esta concepción. En 2013, *“los datos recogidos señalan un total de 3.489 llamadas recibidas, de las que 1.203 (34%) fueron denuncias por presuntos malos tratos a personas mayores, y el resto, llamadas para solicitar algún tipo de información relacionada con este colectivo”* (Castilla, 2015, p. 131).

A continuación, se expone una tabla resumen con la normativa vigente en España relacionada con los derechos y obligaciones, así como con las posibles infracciones en torno al maltrato de mayores.

Constitución española	-Título Preliminar: Libertad e igualdad.	Art. 9
	-Título I: De los derechos y deberes fundamentales.	Art. 10
	-Sección 1ª: De los derechos fundamentales y de las libertades públicas.	Art. 14, 15, 17,18 y 24
	-Sección 2ª: De los principios rectores de la política social y económica.	Art. 50
Ley de Enjuiciamiento Criminal	-Libro II, Título I: De la denuncia.	Art. 259 al 262
Código Penal	-Título III: De las lesiones.	Art. 147, 148 y 153
	-Título VII, Capítulo I: De las agresiones sexuales.	Art. 178
	-Título VI, Capítulo I: De las detenciones ilegales y secuestro.	Art. 163
	-Título VI, Capítulo II: De las amenazas.	Art. 169

	-Título VII: De las torturas y otros delitos contra la integridad moral.	Art. 173
	-Título IX: De la omisión del deber de socorro.	Art. 195 y 196
	-Título XII, Capítulo III, Sección 3ª: Del abandono de familia, menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección.	Art. 226, 229 y 230
	-Título XII: De los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico:	
	• De los hurtos.	Art. 234 y 235
	• De los robos.	Art. 237
	• De la administración desleal.	Art. 252
	• De la apropiación indebida.	Art. 253
Código Civil	-Título VI: De los alimentos entre parientes.	Art. 142 al 153
	-Título IX: De la incapacitación.	Art. 199 y 200
(Real Decreto de 14 de Julio de 1889)	-Título X: De la tutela.	Art. 222, 223, 269 y 270
	-Título X: Del ejercicio de la tutela.	Art. 269 al 271
	-Título III, Capítulo II, Sección 9ª: De la desheredación.	Art. 853 y 855
Otras leyes	-Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	
	-Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.	
	-Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.	
	-Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.	
	-Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Relaciones Familiares de los Nietos con los Abuelos.	
	-Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía.	
	-Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en Materia de Protección de Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.	
	-Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.	
	-Decreto 61/2003, de 8 de mayo, creación y regulación de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid	

Elaboración propia a partir de la Tabla 6 de Castilla (2015).

Al margen de las distintas leyes que pueden aplicarse a una situación de maltrato a mayores, el proceso suele seguir una misma dinámica. Una vez se ha detectado la situación de abuso, bien sea por familiares o por profesionales, se interpone una denuncia ante el Ministerio Fiscal, e inmediatamente se inicia un proceso de medidas de protección hacia el adulto en función del maltrato que esté sufriendo: alejarlo de su ambiente, disposición de una persona que se encargue de sus cuidados, ayuda psicológica y médica, asesoramiento patrimonial (Bazo, 2006).

3.2.2. Marco legal: ámbito internacional.

Parece existir una serie de regulaciones de orden superior, que van en la misma dirección que las medidas de protección y salvaguarda ya mencionadas de España y que, por tanto, aportan solidez a la lucha contra el maltrato a mayores. Estos elementos son la Declaración Universal de los Derechos

Humanos y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Sánchez, 2015). En este mismo sentido, en el ámbito de las Naciones Unidas, se estableció un Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento (2002), que en el abordaje del maltrato planteaban la generación de una normativa específica y adaptada al colectivo de mayores, y la coordinación y concienciación de la sociedad y las administraciones frente a este problema (p. 47-48).

4. Discusión.

A diferencia del impacto y los recursos implicados en la violencia enfocada a colectivos concretos como la violencia infantil o la violencia de género (Organización Mundial de Salud, 2014, citado en Pabón & Meza, 2017), el maltrato a mayores parece haber permanecido durante mucho tiempo en un segundo plano, más o menos oculto. Con el estudio realizado se ha observado cómo en los últimos años el interés y la preocupación por este fenómeno ha ido creciendo, y por tanto la concienciación sobre ello, lo que poco a poco contribuye a su detección. Son numerosas las tesis que, en la última década, han profundizado en su abordaje (Castilla, 2015; Pérez Peñaranda, 2008; Pérez Rojo, 2008; Prado, 2016; Sánchez, 2015).

No obstante, las cifras sobre prevalencia del maltrato a mayores siguen aportando resultados muy inciertos y cambiantes (Pérez Rojo, 2008) lo que lleva a pensar que los métodos de detección disponibles no gozan de la eficacia necesaria. Esto puede llevar a replantear la forma en que se entiende y concibe el maltrato, sus tipos y su tratamiento. Así, por ejemplo, algunos autores inciden en la importancia de atender las conductas abusivas sutiles, como la infantilización, que por lo general son pasadas por alto ya que el protagonismo lo tienen las formas más evidentes (Castle et al., 2015, citado en Pérez et al., 2018). Además, el colectivo de mayores las considera generadoras de mayor malestar en comparación con otras tipologías (OMS, 2002, citado en Pérez et al., 2018).

Los esfuerzos de los profesionales se han enfocado en su mayoría hacia la prevención del maltrato del adulto mayor, cuyos resultados han indicado la necesidad de una concienciación con el problema a nivel individual, comunitario y administrativo. Dicha concienciación es primordial puesto que este maltrato es el resultado de la interacción de variables individuales, de interacción y culturales. Esto no significa que la culpa deba recaer sobre la víctima o el cuidador como tal, aunque es éste último el que finalmente decide, consciente o inconscientemente, recurrir a métodos perjudiciales hacia el mayor en vez de buscar otras alternativas a su situación de estrés. Sin embargo, no debe olvidarse que el maltrato atenta contra las libertades de las personas, y que nos concierne a todos su abordaje (Bover et al., 2003). Es en este panorama en el que los medios de comunicación, las escuelas y las familias deben modificar la imagen negativa que a menudo se muestra de la tercera

edad (Calvo et al., 2009) y contribuir a la apertura y difusión de la información y formación, tanto del cuidador como de los mayores, de cara a la promoción de habilidades y crecimiento personal (De Lemus & Expósito, 2010). De este modo, el cuidador que se encuentre en una situación de sobrecarga extrema percibida, podrá saber a quién recurrir y pedir ayuda.

A pesar de la buena trayectoria que esta dinámica de prevención supone, no debe olvidarse la importancia de la detección de casos ya existentes, en los que se están viendo involucradas muchas víctimas. La problemática de la detección temprana surge por varios motivos. En primer lugar, la falta de conocimiento y aplicación ineficaz de protocolos de actuación (Bover et al., 2003). En este punto ocupan un lugar relevante los instrumentos de cribado como el EASI que, aunque sirven de ayuda en la detección, una gran parte de la población científica es reacia a ellos, ya que manifiestan que no son lo suficientemente discriminativos de los casos reales de maltrato, y solo trabajan en el campo de las sospechas (Pérez Rojo, 2008). Por otro lado, el personal socio-sanitario se ve en ocasiones superado por la situación y el miedo a posibles falsos positivos o falsos negativos acaba interfiriendo en la toma de decisiones ante la denuncia (McCarthy et al., 2017).

En segundo lugar, la detección se ve obstaculizada por la ausencia de denuncias, lo que implica unas cifras poco fidedignas. Se genera, por tanto, un proceso de retroalimentación en el que la falta de denuncias, supone no poder mostrar la prevalencia y las consecuencias derivadas del maltrato a mayores, y esto a su vez promueve la ocultación y falta de interés por el problema (Bazo, 2006), lo que hace que las víctimas se cohiban más porque no perciben un posible apoyo futuro (Sánchez, 2015).

5. Bibliografía.

- Adams, C. E. Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 84-90.
- Bazo, M. T. (2006). Incidencia y prevalencia del maltrato hacia los mayores J. De La Cuesta, El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico (pp. 39-60). España. Instituto vasco de Criminología.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Bover, A. B., Sancho, M. M., Magaña, S. M., & Aparicio, J. T. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención primaria*, 32(9), 541-551.

- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8, 1-10.
- Butler, R. (1969), Ageism: another form of bigotry. *The Gerontologist*. 9, 243-246.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.
- Calvo, C. B., Guerra, J. A. I., Andrés, M. I. G., & Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería Castilla y León*, 1(1), 46-52.
- Castilla Mora, M. R. (2015). El maltrato a personas mayores atendidas por los Servicios Sociales. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, España. Recuperado de TDX. (edstdx.10803.298474).
- Constitución española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).
- Daichman, L.S. (2004). Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez. *Portal do Envelhecimento*, 54 (12). Disponible en: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/artieop/Geral/artigo13.htm>
- De Lemus, S., & Expósito, F. (2010). Nuevos retos para la Psicología Social: edadismo y perspectiva de género. *Pensamiento psicológico*, 1(5).
- De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27.
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria*, 37(2), 113-115.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.
- Huenchuan, S. (2012). *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*. Ciudad de México.

- Jayawardena, K. M., & Liao, S. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of palliative medicine*, 9(1), 127-136.
- Kessel, H., Marín, N., Maturana, N., Castañeda, L., Pageo, M., y Larión, J. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatria Gerontología*, 31(6), 367-372.
- Letelier Correa, A. L. (2005). Maltrato en la Vejez. *Revista de psicología*, 14(1), 99-112.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE 16 de diciembre de 2006).
- Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo de Reforma del Código Penal.
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, nº 14. [Fecha de publicación: 28/02/2004].
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.
- McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: a systematic review. *The Journal of Adult Protection*, 19(6), 368-379.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., González Gutiérrez, J. L., & Gálvez Herrer, M. (2005). La evaluación procesual del burnout o desgaste profesional: El Cuestionario Breve de Burnout (CBB). En P. Vera y Oblitas, L., *Manual de escalas y cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud*. Bogotá D.C., Colombia: Psicom Editores.
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre envejecimiento.
- Pabón, D. K. P., & Meza, J. A. D. (2017). Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio abierto: cuaderno venezolano de sociología*, 26(2), 245-268.
- Pérez Peñaranda, A. (2008). Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España. Recuperado de TDX. (edstdx.10803.21035).
- Pérez Rojo, G. (2008). Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España. Recuperado de TDX. (edstdx.10803.280505).

- Perez-Rojo, G., Nuevo, R., Sancho, M., & Penhale, B. (2015). Validity and reliability of the Spanish version of Caregiver Abuse Screen (CASE). *Research on aging*, 37(1), 63-81.
- Pérez-Rojo, G., Noriega, C., Velasco, C., & López, J. (2018). Development and assessment of the content validity of the professional good practices scale in nursing homes. *International psychogeriatrics*, 1-5.
- Portal Moreno, R. (2014). Inteligencia emocional y adaptación en hijas que cuidan a su familiar con demencia. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperado de TDX. (edstdx.10803.658644).
- Prado Novoa, C. (2016). La detección de los malos tratos domésticos hacia las personas mayores. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de TDX. (edstdx.10803.379840).
- Prieto-Miranda, S. E., Arias-Ponce, N., Villanueva-Muñoz, E. Y., & Jiménez-Bernardino, C. A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de Mexico*, 31(6).
- Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la lengua española* (23^a ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=CEjjsLO>
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE.
- Rello, C. F., Bravo, M. D. L., & Plata, R. M. M. (2018). Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud. *Prisma Social: revista de investigación social*, (21), 108-122.
- Sánchez Martínez, L. (2015). Malos tratos a las personas mayores: percepción, conocimientos y barreras para la detección (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España. Recuperado de TDX. (edstdx.10803.375903).
- Sancho Castiello, M. T., Yuste, A., & Pérez Rojo, G., (2007). Malos tratos a personas mayores. *Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Swagerty, J. D., Takahashi, P. Y., & Evans, J. M. (1999). Elder mistreatment. *American family physician*, 59(10), 2804-2808.
- Tabueña, M., & De Vicente, I. (2006). *Malos tratos y vejez: un enfoque integral*. Ponencia presentada en el VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, Zaragoza.
- Torres, M., & Estrella, I. M. (2015). Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*, 26(3), 79-83.
- Villa, J. M. (2003). La detección del maltrato en las personas mayores. *Sesenta y Más*, 216, 46-51.
- Yanguas, J. J., Etxeberría, I., Buiza, C., Galdona, N., González, M.F., (2006): “Malos tratos a personas mayores: el rol del apoyo informal y sus posibilidades de intervención” en De La Cuesta, J “El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico” España. Instituto vasco de Criminología. pp.: 39-60.
- Zarit, S. (1996). Behavioral Disturbances of Dementia and Caregiver Issues. *International Psychogeriatrics*, 8, 263-268.