
**EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO FAMILIAR.
Aproximación a la situación en Málaga (España)¹**

***MALTREATMENT TO ELDERLY PEOPLE IN THE FAMILY CONTEXT.
Approach to the situation in Malaga (Spain)***

**Rosario Castilla Mora
María de las Olas Palma García**

TRABAJO SOCIAL GLOBAL 2014, 4 (7), 20-35

Resumen

La realidad del Maltrato a Personas Mayores (MPM), sigue permaneciendo aún en nuestros días con grandes cargas de invisibilidad, a pesar de estar incluida entre las preocupaciones sociales, políticas y profesionales más relevantes de los últimos años. El MPM se define como problema social, complejo y colectivo, que se produce tanto en el ámbito social-comunitario, como en el institucional y en el ámbito familiar. En este último, es en el que se centra el presente artículo, al que se acerca con el objetivo principal de conocer su incidencia y su evolución observada a través de los profesionales del Trabajo Social de los dispositivos sanitarios. Se lleva a cabo un estudio de tipo descriptivo sobre 259 casos detectados por el Distrito Sanitario de Málaga durante el periodo 2001-2010, al ser este año 2001 cuando se comienzan a informatizar los datos. Los resultados muestran características del MPM coincidentes con la literatura relacionada, destacando el perfil de víctima, mayoritariamente mujer, con edad aproximada de 73 años, agredida fundamentalmente, por un hombre de su entorno familiar. Se concluye sobre la importancia de avanzar en la prevención y en la actuación integral ante el MPM, a través de una mayor formación específica de los profesionales y de la implantación y cualificación de protocolos de coordinación entre ellos.

¹ Este trabajo fue presentado, en su primera versión, como ponencia *del I Congreso Internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social*, celebrado en abril de 2014 en Murcia (España). Se publica ahora como artículo, una vez transformado/adaptado por sus autores, aceptado por TSG y superado el proceso de revisión por pares, y previa autorización de los editores de las Actas del referido Congreso. [N. de Ed.]

Recibido: **04-11-2014**

Revisado: **05-12-2014**

Aceptado: **11-12-2014**

Publicado: **24-12-2014**

Abstract

The reality of Maltreatment to Elderly People (MEP) remains nowadays mainly invisible, despite being included among the most relevant social, political and professional concerns in the latest years. The MEP is defined as a complex and collective social problem, which takes place in the social-community field as well as in the institutional and familiar fields. This paper is focused on the latter, and it is approached with the primary goal of knowing its effects and its evolution as observed through the professionals in sanitary devices in Social Work. A descriptive study about 259 detected cases by the Sanitary District of Málaga during the period 2001-2010 is carried out. Results show characteristics of MEP related to the referenced literature, emphasizing the profile of the victim, mainly female, approximately 73 years old, and principally attacked by a man of her family environment. We conclude about the importance of advancing in the prevention and integral action in the presence of MEP, through a larger specific training of the professionals and the establishment and qualification of protocols of coordination among them.

PC.- personas mayores, maltrato, abuso, negligencia, familia.
KW.- elderly people, maltreatment, abuse, negligence, family.

Introducción

La realidad del Maltrato a Personas Mayores (MPM) permanece aún en nuestros días con grandes cargas de invisibilidad, a pesar de estar incluida entre las preocupaciones sociales, políticas y profesionales más relevantes de los últimos años.

Las primeras publicaciones sobre el MPM surgen a partir de la segunda mitad de los años setenta en Gran Bretaña, con los artículos elaborados por Baker (1975) y Burston (1975), en los que se hacía referencia únicamente al maltrato hacia mujeres mayores, sólo de carácter físico y producido dentro del contexto familiar (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Con el paso del tiempo la preocupación por el MPM, ha ido alcanzando mayor relevancia a nivel mundial. En concreto en España, la celebración en el año 2002 de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid, supuso un impulso definitivo para la investigación acerca del MPM, jugando un papel protagonista en el mismo el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) en colaboración con la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Este interés por el estudio y respuesta ante el MPM, ha ido permitiendo un mayor acercamiento conceptual hacia el mismo, aunque siguen encontrándose dificultades de cara a alcanzar consenso respecto a su definición.

Existen numerosas razones que explican esta dificultad, razones derivadas de la diferencia en valores, actitudes y creencias individuales o colectivas con las que se define el maltrato a personas mayores; derivadas de la variabilidad de perspectivas desde las que se ha abordado el concepto, enfocadas en la mayoría de las ocasiones en los profesionales y no en las propias personas mayores; así como derivadas de la diversidad en los propósitos para los que se ha definido esta realidad: jurídicos, políticos, sociales, de salud, etc. (Glendenning, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Pérez-Rojo, 2008).

Aun así, a partir de las primeras definiciones formuladas en las que sólo se contemplaba el maltrato físico (Baker, 1975; Burston, 1975) se ha ido avanzando con otras de mayor amplitud, hasta la aportada en 1987 por la Asociación Médica Americana (AMA) para la que el MPM 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. Se considera MPM todo aquello que pueda causar daño intencional físico o mental, abuso sexual, negación de la comida necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de la persona que tiene la responsabilidad de su cuidado o custodia. Bajo este enfoque global, en el año 2002 se llega a un marco de mayor consenso con la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Toronto, que fue propuesta en el año 1995 por el International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) y ratificada en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002. Dicha Declaración establece que el maltrato hacia las personas mayores 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. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión” (OMS, 2002: 3). Según se observa en esta definición, para que se produzca MPM es necesaria la existencia de un “vínculo” entre víctima y agresor, lo que genera una expectativa de confianza de la primera respecto al segundo (De Miguel, 2011). Esta expectativa de confianza es una condición imprescindible para identificar una conducta violenta hacia una persona mayor, como conducta de maltrato o trato inadecuado, de forma que incluso pueda ser considerado por el Código Penal como agravante a la hora de aplicar una pena (Toledano, 2011).

Más recientemente, en el año 2008, desde el Centro Reina Sofía de Valencia, se define el MPM como “cualquier acción voluntariamente realizada, es decir, no accidental, que pueda causar o cause un daño a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos. Para que estos hechos se tipifiquen como maltrato deben ocurrir en el marco de una relación interpersonal donde exista una expectativa de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, pudiendo ser el agresor un familiar, personal institucional (ámbito sanitario o de servicios sociales), un cuidador contratado, un vecino o un amigo” (Iborra, 2008: 14). De igual forma, Rueda *et al.* (2008: 79) lo definen como “cualquier acto u omisión, que causa daño, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica o económica, atenta contra la dignidad, autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo, realizado de forma intencionada o por negligencia, sobre una persona mayor, y que se produce en el marco de una relación en la que el agresor se considera en situación de ventaja o superioridad sobre la persona agredida, ya sea por razón de género, edad, vulnerabilidad o dependencia”.

En estas definiciones, igualmente, se destaca el que para que una conducta se considere MPM es necesario que ésta, aunque no sea intencionada, provoque un daño o riesgo significativo de daño, y se realice en el marco de una relación de confianza. Es esto último, precisamente lo que dificulta aún más tanto la intervención como la prevención del MPM, al producirse en un contexto en el que, paradójicamente, las personas que lo infringen deberían proporcionar al mayor que finalmente es víctima de maltrato, un trato especialmente cuidadoso, fruto de dicha relación basada en la confianza (Rueda y Martín, 2011). Por todo ello, nos encontramos ante un problema social, complejo y colectivo, que se produce tanto en el ámbito social-comunitario, como en el institucional y en el ámbito familiar.

El objeto de estudio de este artículo, se centra en el MPM en el ámbito familiar, contexto en el que la literatura relacionada evidencia que se produce la mayor parte de estos abusos o negligencias, normalmente asociados a cierta dependencia funcional, física o psíquica, para poder realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) por parte de la persona mayor (Oh, Kim, Martins y Kim, 2006). Esta evidencia se produce dado que normalmente las personas vivimos con nuestras familias, incluidas las personas mayores, pero el problema estriba en que precisamente por ser un familiar el que comete el maltrato, existe una

tendencia general por parte de la víctima, a no reconocerlo y denunciarlo por miedo y/o vergüenza, lo que dificulta a los profesionales su detección y posterior abordaje.

Tanto los datos europeos como los nacionales confirman de forma consistente que la familia es la principal proveedora de los cuidados informales para las personas dependientes en la mayoría de los países desarrollados (Abellán y Ayala, 2012). A pesar de ser la familia el ámbito en el que se proporciona cariño y afecto y ser considerada el lugar idóneo de protección para sus miembros, es precisamente en este ámbito en el que se produce, con mayor frecuencia, el MPM, siendo los parientes o familiares más cercanos y que están más en contacto con ellos, en particular hijos y cónyuges, quienes principalmente lo infligen (García y Castilla, 2012). En la actualidad, en las familias postmodernas, el respeto y la atención a nuestros mayores es un valor que se encuentra en claro retroceso, convirtiéndose incluso en fuente de conflicto familiar al necesitar éstos de atención y cuidados y no poderse los ofrecer debido, entre otros factores, a la incorporación de la mujer al mercado laboral, a la reducción del tamaño de las familias y del número de potenciales cuidadores, lo que puede influir negativamente en el cuidado directo a estas personas (INPEA, 2002). Esta situación puede a su vez, ir haciéndose más compleja en la medida en la que el envejecimiento de la población, como consecuencia de la baja natalidad y del aumento de la esperanza de vida, conlleva irremediamente a una mayor necesidad de cuidados de nuestros mayores. De acuerdo con Esping-Andersen (2004), en nuestro país existe una división de responsabilidades entre la familia, el mercado y el estado para el cuidado tanto de niños como de mayores, produciéndose en la actualidad, una menor implicación del estado en contraposición a una tremenda responsabilidad de la familia, que a su vez ha de recurrir a apoyos externos por la sobrecarga que conlleva hacia los cuidadores.

En España, según el Avance de Explotación del Padrón 2012, el 1 de enero de 2012 había 8.221.047 personas mayores, lo que suponía el 17,4% del total de la población (47.212.990). En este colectivo, cada vez menos homogéneo, se produce un mayor crecimiento de la proporción de octogenarios, representando en la actualidad el 5,3% de toda la población. Según dicho avance la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad, lo que unido a la mayor longevidad de las mujeres, dibuja una forma de convivencia en pareja, mayoritaria entre los hombres de más de 65 años, mientras que entre las mujeres aumenta el porcentaje de las que viven solas. En cuanto a los cuidadores, en España, según la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situación de Dependencia (EDAD, 2008), el 76,3% de la población cuidadora es mujer, siendo la persona que

fundamentalmente cuida de los hombres mayores su cónyuge, 39% de los casos, seguida de su hija, 22%. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, siendo las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados, 35%, seguidas de otros familiares y amigos, 13% y el cónyuge en el 12%.

En el marco de esta tendencia demográfica, el MPM en el ámbito familiar, ha de ser considerado una prioridad colectiva que urge ser explicada y abordada. Según la International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), en el mundo el 4% de las personas mayores que viven en hogares privados y el 30% de los que viven en centros residenciales, son víctimas de abuso (Melchiorre, Chiatti y Lamura, 2012). A estos datos sobre prevalencia del MPM se ha ido llegando a partir de las primeras investigaciones sobre este hecho, entre las que cabe destacar la realizada en Estados Unidos por Lau y Kosberg (1979) sobre una muestra de 404 personas mayores residentes en la comunidad, en la que se concluyó que un 9,6% de ellos presentaba síntomas de malos tratos, siendo el físico el tipo de maltrato que se producía con mayor frecuencia, seguido del psicológico; que raramente se daba un único tipo; y que eran las mujeres las que con mayor frecuencia eran víctimas de malos tratos (77%). Posteriormente, diez años después se consideró necesaria la realización de un estudio a gran escala, para el que se utilizó una muestra de 2020 personas mayores pertenecientes al área metropolitana de Boston (Pillemer y Finkelhor, 1988) encontrándose entre ellas que, en un 3,2% de los casos, se había producido algún tipo de maltrato. Estas cifras contienen un componente oculto, por lo que representan sólo una parte mínima de su prevalencia tipo *iceberg*, siendo un problema social y de salud que aún debe salir a la luz para que la sociedad se implique y le dé respuesta.

Ya en el año 1992, ante la sospecha de que una persona mayor pudiera ser víctima de maltrato en el ámbito familiar, la Asociación Médica Americana (AMA) sugirió que los profesionales, para asegurarse o para descartarlo, debían realizarle las siguientes cinco preguntas básicas a la persona mayor (Aravanis *et al.*, 1993): ¿Alguien le ha hecho daño en casa?; ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?; ¿Le han amenazado?; ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?; ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo? Y la *Canadian Task Force*, propuso, un año más tarde, añadir otras cuatro: ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?; ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?; ¿Alguien toma cosas que le pertenecen, sin su permiso?; ¿Está solo a menudo? Estas preguntas suponen un instrumento fácil y cercano, para que los profesionales sociosanitarios puedan

identificar con mayor celeridad y precisión los casos de MPM, ya que a veces son los únicos agentes externos que, tanto en sus centros de trabajo como en las visitas domiciliarias, pueden detectar que la persona mayor pueda estar siendo maltratada por su cuidador (Thobaben, 2012).

Posteriormente, en el año 2008, la Unidad de Envejecimiento y Curso de la vida de la OMS, junto con el Centro de Investigación Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra, se propusieron desarrollar y validar un instrumento fiable para distintos contextos geográficos y culturales que permitiera aumentar la concienciación entre los profesionales de atención primaria sobre el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores. En dicho proyecto participaron Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia, Singapur y Suiza y tuvo sus frutos en la elaboración del documento *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* (EASI) y en el *Formulario de Valoración para Trabajo Social* (SWEF) (De Miguel, 2011).

El EASI consta de cinco preguntas que realiza el médico a la persona mayor: ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: lavarse, vestirse, ir al banco o comer?; ¿Alguien le ha impedido que usted obtuviera, comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente que quiere estar?; ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?; ¿Alguien le ha obligado a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?; ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?, más una sexta que debe responder el propio médico dirigida a conocer su valoración respecto a posibles síntomas/indicadores informantes del maltrato. Es fácil y rápido de cumplimentar y no supone un trabajo extra para el profesional.

El SWEF es realizado por el trabajador social e incorpora una valoración observacional de la apariencia de la persona mayor y del entorno en el que vive. Comprende variables biopsicosociales como la edad, historia social, eventos vitales, dinámica familiar, salud física y mental de la persona mayor y otras personas significativas para ella, actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, actividades sociales y nivel económico. También incluye preguntas específicas sobre maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y abuso

económico. Lo importante es que se cuenta con un instrumento de *screening* consensuado y validado a nivel nacional e internacional (Pérez-Rojo *et al.* 2010).

En definitiva, la investigación sobre el MPM ha ido aportando mayor capacidad de evaluación de esta realidad. En el caso del MPM en el ámbito familiar, la literatura relacionada ha evidenciado que éste se puede producir por múltiples causas, y entre ellas ha de preocupar a los agentes de la intervención social todo lo relacionado con la falta de formación y preparación de las familias ante la necesidad de cuidar a sus mayores. Sobre todo, cuando han de afrontar esa falta de conocimiento, de información y de estrategias en el cuidado a sus mayores, normalmente en soledad y durante largos periodos de tiempo, careciendo de ayudas o de prestaciones técnicas, de medios adecuados y de soporte emocional, lo que puede llevar aparejado que la atención no sea la adecuada y que produzca en el cuidador estrés, agresividad, intolerancia, etc. Esta situación que deriva en aumento del estrés en la figura del cuidador, asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el MPM (Anetzberger, 2005).

Metodología

Con el objetivo principal de acercarnos a la realidad del MPM en el ámbito familiar, y a su evolución observada a través de los profesionales del Trabajo Social de los dispositivos sanitarios, se realiza un estudio de tipo descriptivo sobre los casos detectados por el Distrito Sanitario Málaga (en adelante DSM) durante el periodo 2001-2010.

La muestra está compuesta por 259 casos de MPM, correspondientes a 28 centros de salud, en los que a partir de la detención del maltrato registrado en los partes de lesiones médicos, se han elaborado informes sociales para su estudio y atención.

Para la obtención de los datos se solicitó el permiso de los responsables del DSM, procediendo a la anonimización de los mismos para su tratamiento. En ellos se analizaron las siguientes variables: características sociodemográficas de la víctima y del agresor, relación familiar entre ellos y tipo de maltrato.

Para el análisis de los datos, de tipo estadístico descriptivo, se ha utilizado una metodología cuantitativa, a través del paquete estadístico SPSS Versión 19.

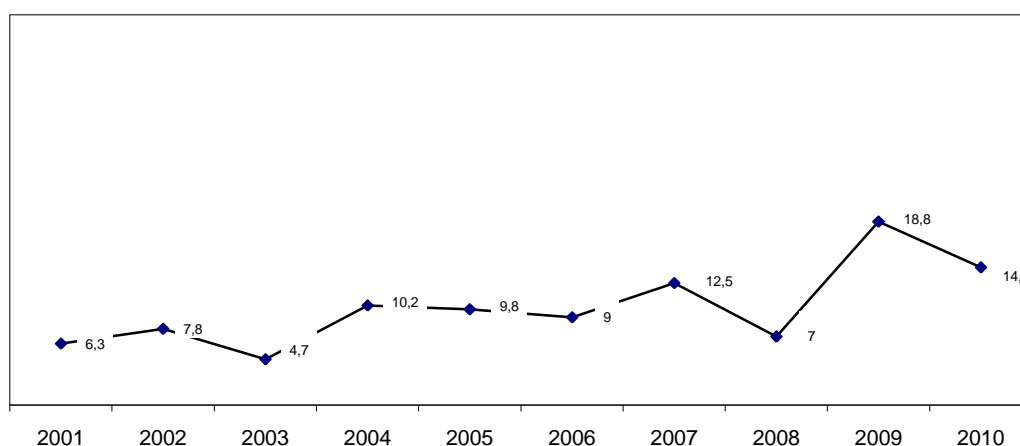
Resultados

Evolución en la detección del Maltrato a Personas Mayores

En el año 2001 se pone en marcha un protocolo de coordinación en los dispositivos sanitarios de la ciudad de Málaga que permite detectar y atender el MPM desde los diferentes profesionales socio-sanitarios. Ante la identificación del mismo por parte de los referentes médicos, se inicia su estudio y valoración a través del profesional de Trabajo Social, culminando dicho estudio con la formulación de diagnóstico y pronóstico en el informe social. Este protocolo ha permitido detectar un total de 259 casos de MPM a lo largo de los diez años observados.

Según se observa en el gráfico 1, la evolución en la emisión y realización de informes sociales ante los casos de MPM detectados en los centros de salud, ha seguido una tendencia ascendente a lo largo de los diez años observados (2001-2010) excepto en el año 2008, momento en el que se produce una reducción importante con un salto significativo en el 2009. Según datos ofrecidos por la propia administración de salud, este cambio en la tendencia ascendente de la detección de casos, puede estar motivado por coincidir en el tiempo con un proceso de traslado de centros de los profesionales, a consecuencia de una convocatoria de concurso-oposición laboral.

Gráfico 1. Evolución del Maltrato a Personas Mayores durante el periodo 2001-2010

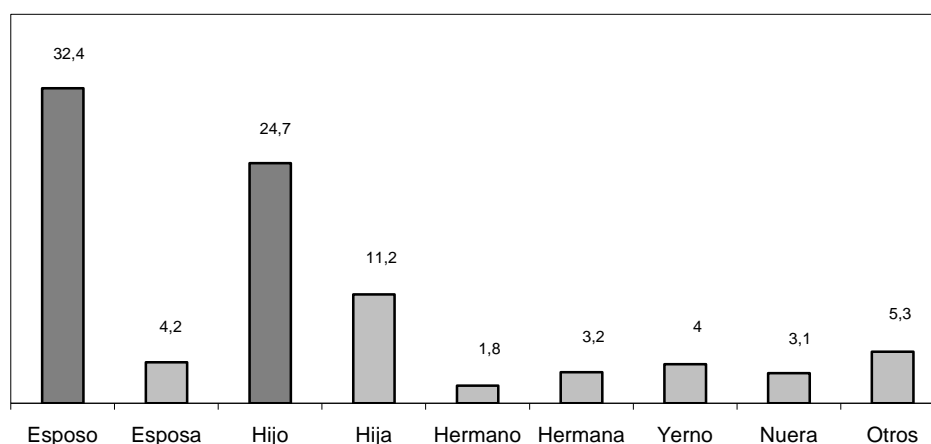


Fuente: Elaboración propia

Características sociodemográficas y relación de la víctima y agresor

Los datos obtenidos reflejan que son las mujeres, con una media de edad en torno a los 73 años ($M=73,64$; $D.T.=7,34$) las que más sufren el MPM. De los 259 casos analizados, el 77,6% de las víctimas han sido mujeres, frente a un 22,4% en los que han sido los hombres quienes han sufrido algún tipo de maltrato. Un perfil claramente opuesto al de la figura del agresor, en la que predominan los hombres del entorno familiar. De hecho, en los casos analizados, el 63,7% de los agresores son hombres, frente al 19,3% que son mujeres. Al analizar la relación familiar existente entre agresor y víctima, los resultados evidencian que son preferentemente los maridos (32,4%), seguido de los hijos (24,7%), quienes agreden a sus cónyuges y madres.

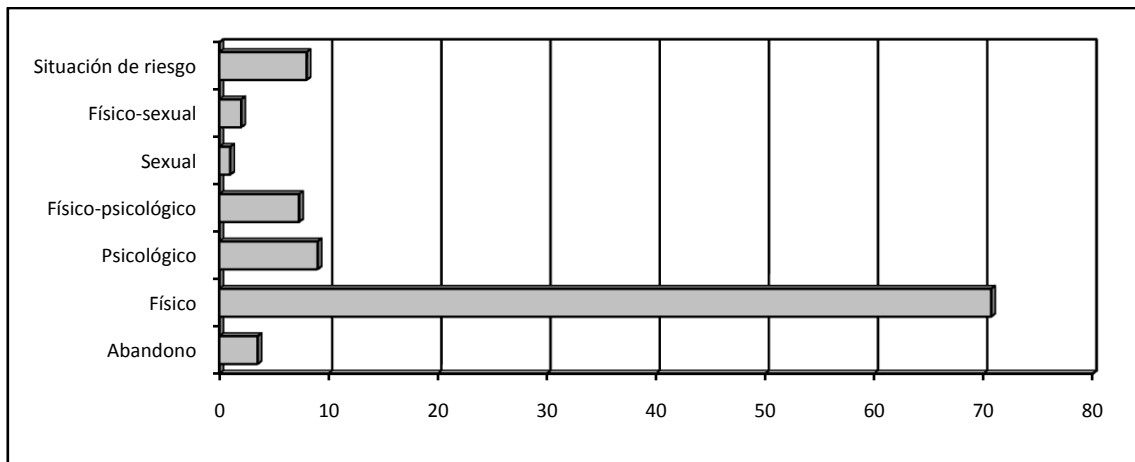
Gráfico 2. Porcentajes de relación familiar del agresor respecto a la víctima



Fuente: Elaboración propia

Tipología de maltrato

Los datos muestran que los malos tratos físicos son los que se producen con mayor frecuencia (70,7%), seguido del psicológico (15,8%) (Ver gráfico 3). Este dato, aun siendo coincidente con la mayoría de la literatura analizada, es necesario contextualizarlo en el dispositivo de salud en el que se recoge, ya que ante un maltrato físico es frecuente acudir a los centros de salud, dado que la víctima presenta una lesión física que ha de ser atendida.

Gráfico 3. Tipo de maltrato a personas mayores según frecuencia

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, tras aplicar análisis estadísticos, empleando la prueba Chi², no se ha obtenido una relación significativa entre las características sociodemográficas de la víctima y el tipo de maltrato padecido.

Importante señalar que más de una tercera parte de las víctimas (37,5%) sufre agresiones repetidas, o que el agresor es reincidente (43,4%), agrede a otros familiares (12%) o es el cuidador principal (8,4%).

Discusión

De forma global, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten concluir que en Málaga en el periodo analizado, el MPM presenta características similares a las existentes en la literatura relacionada. En general nos encontramos ante una víctima, mayoritariamente mujer, con una edad media aproximada de 73 años que es agredida, fundamentalmente, por un hombre de su entorno familiar (Acierno *et al.*, 2010; Lang y Enzenhofer, 2013). Resulta además coincidente con las investigaciones previas, el hecho de que es el cónyuge el que con mayor frecuencia agrede a su pareja, hecho que unido a la incidencia del maltrato repetido, apunta hacia la reflexión de que podría haber casos en los que la violencia vendría

de lejos, siendo en los inicios violencia de género que se ha perpetuado en el tiempo (García y Castilla, 2012). Este proceso de violencia, encuentra a veces la salida con la detección del maltrato físico, para lo que los dispositivos sanitarios se erigen como espacios privilegiados. En la presente investigación, a diferencia de los hallazgos encontrados en otros estudios (Iborra, 2008; Pérez-Rojo, 2008), es la agresión física la que predomina de forma alarmante frente a otras tipologías de maltrato, lo que puede estar actuando como punta de iceberg de una realidad oculta. Los resultados mostrados en este estudio, evidencian el valor del Centro de Salud como recurso al que las personas mayores entienden que han de acudir ante un maltrato físico, por lo que la coordinación en la detección y atención entre los profesionales socio-sanitarios ha de ser una prioridad clara en sus protocolos de actuación.

Este hecho evidencia a su vez cómo otro tipo de maltrato, que no requiera atención médica inmediata, puede quedar invisibilizado, bien porque las personas de mayor edad presentan mayor dependencia y ello las hace encontrarse más aisladas en sus relaciones o bien, porque junto a ello se encuentren además con problemas de desplazamiento o de aislamiento. Estudios recientes en los que se ha realizado una evaluación de la función física mediante una serie de pruebas objetivas (XinQi, Simon y Evans, 2012), han concluido que existe una asociación directa entre la disminución de la función física y el riesgo de abuso de personas mayores en múltiples formas: físico, psicológico, económico, etc. (DeLiema, Gassoumis, Homeier, Wilber y Katherine, 2012). De acuerdo con ello, en nuestro país, la prevalencia de personas mayores víctimas de maltrato, es mayor entre la población dependiente que entre aquellos que no lo son (Iborra, 2008). Ante ello, de cara a los retos para la intervención social que esta realidad plantea, hay que tener presente además que dichas personas, dependientes y víctimas de maltrato sobre todo por parte de su cuidador, tiende a justificar el abuso sufrido, dado que necesitan de su agresor para poder subsistir (Daly, Schmeidel, Klein y Jogerst, 2012).

Aunque en la actualidad existen cada vez más investigaciones sobre esta realidad, es necesario seguir avanzando en su estudio y explicación, de forma que se arbitren canales y recursos sensibles a su detección y posterior abordaje. Todo ello justificado a su vez, por la necesidad de fortalecer las experiencias de buenas prácticas que ya existen ante el MPM, pero que se pronostican insuficientes ante la tendencia demográfica de envejecimiento de la población prevista para los próximos años (INE, 2012). Aún hoy, los recursos y prestaciones

sociales son menos universales para proteger a los mayores que a los niños o a las mujeres ante cualquier tipo de agresión.

Junto a la detección y abordaje, es igualmente importante avanzar en la prevención del MPM, para lo que se hace necesario dotar de formación específica en MPM a los profesionales sanitarios, de justicia, de servicios sociales, de las fuerzas de seguridad, así como implantar y cualificar los protocolos de coordinación entre diferentes profesionales y sistemas que garanticen una actuación integral ante esta situación. Por último, y no por ello menos importante, es imprescindible sensibilizar a la sociedad en general en la lucha contra el MPM y potenciar el apoyo social mediante voluntariado, grupos de autoayuda, etc., ya que está constatado que el apoyo social ejerce un fuerte impacto positivo en las personas y representa un factor protector en la reducción de la vulnerabilidad de las personas mayores y del riesgo de sufrir maltrato (Melchiorre *et al.*, 2013).

En relación a las posibles limitaciones metodológicas de la investigación, cabe destacar que la recogida de datos a través de informes ya elaborados, debido a factores externos de registro de los mismos, puede presentar inconvenientes en cuanto a la recopilación de datos del universo total. Estas limitaciones deben de ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Abellán, A. y Ayala, A. (2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores nº 131*. Madrid: IMSERSO.
- Acierno, R., Hernandez, M., Amstadter, A., Resnick, H., Steve, K., Wendy Muzzy, M., y Kilpatrick, D. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100* (2), 292-297.
- Anetzberger, G. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield, IL: Charles C Thomas
- Anetzberger, G.J. (2005). Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist, 28* (1/2), 27-41.

- Aravanis, S.C., Adelman, R.D., Breckman, R., Fulner, T.T., Holder, E., y Lachs, M. (1993). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Archives of Family Medicine*, 2(4), 371-388.
- Baker, A.A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5(8), 20-24.
- Burston, G.R. (1975) Granny Battering. *British Medical Journal* 3, 592.
- Daly, J.M., Schmeidel, K., Amy, N., y Jogerst, G.J. (2012). Critical care nurses' perspectives on elder abuse. *Nursing in Critical Care*, 17(4), 172-179.
- DeLiema, M., Gassoumis, Z., Homeier, D., y Wilber, K. (2012). Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: Lowincome immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *Journal of the American Geriatrics Society* 60 (7), 1333-1339.
- De Miguel, A. (2011). Maltrato de los ancianos en el ámbito familiar. En P. García; J.M. Bethencourt; E. Sola; A.R. Martín y E. Armas (eds). *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales*. Granada: Ed. Comares. ISBN: 978-84-983682-0
- Esping-Andersen, G. (2004). El Estado de bienestar en el siglo XXI. *La Factoría*, nº 22-23. En <http://www.revistalafactoria.eu/articulo.php?id=248>
- García, M.A. y Castilla, R. (2012). Elder Abuse Registered by the Health Care Centers in Málaga over the Decade 2001-2010. *RevistaeSalud.com*, 8(31), 1-3.
- Glendenning, F. (1993). What is Elder Abuse and Neglect. En: P. Decalmer y F. Glendenning. *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 13-41). London-Newbury Park-New Delhi: SAGE Publications.
- Iborra, I. (2008). Maltrato de personas mayores en la familia en España. *Centro Reina Sofía de Valencia. Serie Documentos*, nº 14. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Maltrato_personas_mayores.pdf

- INPEA-AGE. (2008). World Elder Abuse Awareness Day 15 June 2008 Retrieved from http://www.age-platform.org/EN/IMG/pdf_Press_Release_Elder_AbuseAwarenessDay.pdf
- Lang, G., y Enzenhofer, E. (2013). Quality of life of older women with dependency and abuse experience. *Z Gerontol Geriatr*, 46(1), 27-34. doi: 10.1007/s00391-012-0318-2.
- Lau, E. y Kosberg, J.I. (1979). Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 297, 10-15.
- Melchiorre, M.G., Chiatti, C., y Lamura, G. (2012) Tackling the Phenomenon of Elder Abuse in Italy: A Review of Existing Legislation and Policies as a Learning Resource, *Educational Gerontology*, 38(10), 699-712, DOI: 10.1080/03601277.2011.608610
- Melchiorre, M.G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., Loannidi-Kapolou, E., Barros, H., Macassa, G., Soares, J. (2013) *Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries*. *PLOS ONE* 8 (1). doi: 10.1371/journal.pone.0054856.
- Oh, J., Kim, H.S., Martins, D., y Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Declaración de Toronto. Disponible en http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), International Network for Prevention of Elder Abuse (INPEA). (2002). *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Ginebra, Suiza.
- Papadopoulos, A. y La Fontaine, J. (2000). *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. Oxon: Winslow Press Ltd.
- 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.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Sancho, M.T. y Grupo de Investigación Trátame Bien (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de

maltrato hacia las personas mayores. *Rev. Española de Geriátría y Gerontología*. Nº 45(4): 213-218.

Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.

Rueda, J., de la Red, N., Vega, C., Nieto, M., Niño, V., y Arquigaga, R. (2008). El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. *Colección documentos de acción social, serie personas mayores*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e igualdad de oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales.

Rueda, J. y Martín, F.J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas, Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-33.

Thobaben, M. (2012). Elder Abuse Is a Crime That Home Health Nurses Can Help Prevent From Occurring. *Home Health Care Management & Practice* 24(2), 107–109.

Toledano, L. (2011). Ancianos maltratados, ancianos que maltratan. Abuso, negligencia, “mobbing” y otras formas “normales” de maltrato. *TSNova*, 61-72.

XinQi, D., Simon, M. y Evans, D. (2012) Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community dwelling population of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 60 (10), 1922-1928.

Rosario Castilla Mora es licenciada en Ciencias del Trabajo, licenciada en Antropología y diplomada en Trabajo Social. Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Málaga (España).

mcmora@uma.es

María de las Olas Palma García es Doctora por la Universidad de Málaga, licenciada en Ciencias Políticas y Sociología, y diplomada en Trabajo Social. Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Málaga (España).

mpalma@uma.es