

Por qué y cuándo se han de utilizar las «Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (EDMA)»

Carmen TOUZA GARMA

Universitat de les Illes Balears
Departamento de Pedagogía y Didácticas Específicas
carmen.touza@uib.es

Recibido: 10 mayo 2010

Aceptado: 13 julio 2010

RESUMEN

En este artículo explicamos las principales características de un instrumento cuya finalidad es permitir a los profesionales de los servicios sociales poder identificar a personas mayores de 65 años que estén sufriendo malos tratos domésticos y/o presenten comportamientos autonegligentes, o que estén en una situación de riesgo. El conocimiento de dichas características y la comparación del instrumento con otros creados con una finalidad similar pueden facilitar la decisión de los profesionales sobre la conveniencia o no de su utilización.

Palabras clave: malos tratos a personas mayores, autonegligencia, detección.

Why and when to use the «Domestic Abuse and Self-Neglect Behaviours Risk Screening Scale (EDMA)»

ABSTRACT

This article explains the main features of an instrument whose purpose is to allow social service professionals to identify people over 65 who are suffering domestic abuse and/or presenting self-neglect behaviours or are in risk situations. Knowledge about these characteristics and a comparison with other instrument developed with a similar purpose may facilitate professionals' decision about the desirability of its use.

Key words: elder abuse, self-neglect, detection.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Detección de situaciones de riesgo de malos tratos domésticos y de autonegligencia. 3. Del trato inadecuado al maltrato. 4. Informaciones necesarias para cumplimentar el instrumento y cómo obtenerlas. 5. Propiedades psicométricas. 6. Discusión. 7. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

A partir de mediados de los años setenta del siglo pasado, las sociedades occidentales comienzan a considerar los malos tratos a las personas mayores como un importante problema social que hay que investigar y al que hay que dar respuesta. Seguramente, la mayoría de las conductas maltratantes han existido desde siempre, pero hace falta que la sociedad señale ciertas acciones u omisiones como tales, para que realmente se las considere un problema social y se busquen mecanismos para prevenirlas o para intervenir cuando ya se hayan producido. En la actualidad, los malos tratos a las personas mayores son considerados «una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación» (Organización Mundial de la Salud, 2002: 3).

Nuestro interés por el estudio de este problema comenzó hace algunos años. Lo primero que nos encontramos cuando empezamos fue que no era fácil hacerse una composición clara y definida de lo que podríamos llamar «el estado de la cuestión». Al ser un tema complejo y sobre el que se lleva trabajando no demasiado tiempo, uno se encuentra diferentes definiciones de qué son los malos tratos, diferentes resultados en las investigaciones (sobre prevalencia e incidencia, sobre los posibles factores de riesgo implicados...), distintas estrategias para abordarlos, etc. En lo que sí que existe un acuerdo generalizado es en la necesidad de responder de forma eficaz a este tipo de situaciones y en que esta respuesta, al mismo tiempo, garantice la calidad de vida y los derechos de las personas mayores.

Por otra parte, también existe consenso en considerar que la detección temprana puede ser el primer paso para aumentar la eficacia de las intervenciones, además de evitar sufrimiento añadido a los implicados. Sin embargo, la escasez de instrumentos dificulta el trabajo de los profesionales, es todavía mayor en nuestro país, ya que la mayoría de los instrumentos existentes en la actualidad han sido creados y validados en otros países.

Ante esta situación, decidimos intentar crear y validar un instrumento de detección que pudiera ser utilizado por los profesionales de los servicios sociales, fundamentalmente por los trabajadores sociales. Para hacerlo revisamos los instrumentos de detección que se habían creado en otros países, porque en el nuestro prácticamente no existían, aunque ahora comienzan a desarrollarse. Analizamos qué tipos de malos tratos detectaban, cómo lo hacían y con qué resultados. A partir de ahí definimos cómo debería ser el instrumento que pretendíamos crear y validar.

Una vez tomadas estas decisiones sobre cómo queríamos que fuera el instrumento de detección, lo elaboramos y diseñamos la investigación para validarlo. Lo primero que hicimos fue someter todo ello a la valoración de un grupo de expertos, cuyas sugerencias y recomendaciones nos fueron muy útiles para mejorar nuestra propuesta inicial. Después realizamos un estudio piloto en la Comunidad de Madrid (Touza, Segura y Prado, 2004) que nos permitió

afinar todavía más el instrumento y los posibles problemas para su aplicación. Tras el estudio piloto, realizamos una primera investigación, también en la Comunidad de Madrid, para validarlo y el estudio final que realizamos en Mallorca (Touza, 2009). En él participaron 278 personas mayores y 46 profesionales de equipos de servicios sociales de 32 municipios de Mallorca. Todos ellos eran trabajadores sociales, a excepción de dos psicólogos y una terapeuta ocupacional.

El resultado de todo este proceso son las «Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (EDMA)». Consideramos que se trata de un instrumento con evidencias de fiabilidad y de validez comparables a los que se han creado en otros países y con unos márgenes de error también comparables. Al mismo tiempo, tiene algunas características propias y ciertas limitaciones que están relacionadas con el tipo de muestra del último de los estudios de validación. Sobre estos aspectos nos centraremos en este artículo porque ayudan a comprender ante qué tipo de situaciones y por qué podría ser una herramienta útil para los profesionales.

2. DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS Y DE AUTONEGLIGENCIA

Cuando comenzamos a crear el instrumento de detección, decidimos que sería interesante poder disponer de un instrumento que permitiera detectar el mayor rango posible de situaciones de riesgo de malos tratos o de situaciones en las que ya se han producido. De esta forma, los profesionales de los servicios sociales, cuando lo utilizaran, podrían tener una certeza mayor de que habían «explorado muchas posibilidades». Por ello, las EDMA están pensadas para detectar, con un mismo instrumento, posibles malos tratos domésticos y autonegligencia. Además, los instrumentos revisados se centran en una u otra tipología, pero no permiten valorar ambas.

Desde el principio descartamos abordar la detección de los malos tratos institucionales porque, aunque tienen elementos comunes con los que ocurren en el ámbito doméstico, tienen elementos diferenciales que no incluimos. De hacerlo sería necesario analizar las situaciones de maltrato institucional teniendo en cuenta los tres niveles en los que se pueden producir: el maltrato entre individuos dentro de una institución (maltrato entre profesional-residentes o entre residentes), el que se debe al régimen que opera en la institución (por ej.: no atender a las quejas, la falta de actividad, el confinamiento...) y el maltrato que propicia una legislación inadecuada u objetivos erróneos de las políticas sociales (Kingston, 2003; Muñoz y Giménez, 2004).

Los malos tratos domésticos pueden ser infligidos por familiares, amigos u otras personas allegadas a la persona mayor e incluyen diversas tipologías: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, negligencia, abandono y explotación económica (*National Center on Elder Abuse*, 2007).

La definición aportada por el NCEA sobre la negligencia también incluye como posibles autores a profesionales de servicios de ayuda a domicilio. Sin embargo, en nuestro caso, no hemos contemplado esta posibilidad, sino que hemos restringido esta tipología a los comportamientos negligentes infligidos por personas de confianza de la posible víctima, que no mantuvieran con ella una relación contractual de prestación de servicios. En nuestra opinión, este tipo de relación puede convertir los comportamientos negligentes del profesional en un tipo de maltrato institucional, a pesar de que se produzca en el propio domicilio de la persona mayor, lo que podría hacer necesario analizar aspectos relacionados con el sistema de prestación de servicios.

Las EDMA están pensadas para detectar las distintas tipologías de malos tratos domésticos definidas por el NCEA, con dos excepciones: la que acabamos de hacer en el caso de la negligencia y los casos de abuso sexual. Con relación a este último tipo de abuso, como en la muestra del último estudio de validación no había casos de sospecha de este tipo de abuso, no podemos asegurar que el instrumento sirva para detectarlo.

Otros dos aspectos relevantes a tener en cuenta, si se van a utilizar las EDMA para detectar posibles casos de malos tratos domésticos, son: primero, que se han diseñado teniendo en cuenta que cualquier persona mayor puede sufrirlos y que no necesariamente los maltratadores son siempre cuidadores; segundo, que no consideramos la intencionalidad como un criterio relevante para considerar una situación como maltratante.

Hemos tenido en cuenta:

- La posibilidad de que existan situaciones de maltrato doméstico hacia las personas mayores, tanto si son personas dependientes y están siendo cuidadas por sus familiares u otros cuidadores no remunerados, como si son completamente independientes. A diferencia de otros instrumentos, como el «Indicators of Abuse (IOA) Screen» (Reis, 2000; Reis y Nahmiash, 1995; Reis y Nahmiash, 1998), las EDMA no identifican a la persona que podría estar infligiendo los malos tratos únicamente con el cuidador de la persona mayor, ya que éstos pueden producirse en una relación de cuidados o provenir de familiares o de personas cercanas que no necesariamente ejercen ese rol.
- La posibilidad de que sea la persona cuidada la que maltrata a su cuidador. Phillip, Torres y Solís (2000) señalan la situación de riesgo en la que se encuentran las mujeres mayores cuidadoras debido a que el maltrato, a veces, se une a la existencia de problemas de salud física y/o mental, a dificultades económicas y a la falta de apoyo social.
- Que el maltrato doméstico a las personas mayores incluye la violencia a la pareja.
- Que cualquier persona mayor puede ser víctima de malos tratos, sin que necesariamente tenga que tener determinadas características que la hagan más vulnerable. El único criterio que establecimos fue la edad, al fijar como punto de corte de lo que considerábamos personas mayores los 65 años.

En cuanto a la posible intencionalidad o no por parte del maltratador, creemos que la detección de las situaciones no intencionales puede ser igual de necesaria y urgente que la de aquellas donde el maltrato es intencional, ya que las consecuencias pueden ser similares, aunque las intervenciones posteriores puedan ser muy diferentes.

Una vez que hemos explicado cómo se conceptualizan los malos tratos domésticos en el instrumento de detección que hemos creado, vamos a hacer lo mismo con relación a la otra gran tipología que pretende detectar: la autonegligencia.

Nos encontramos ante un tipo de maltrato autoinfligido y es de las tipologías más frecuentes. El *National Center on Elder Abuse* (2007) la define como las situaciones en las que los comportamientos de una persona mayor amenazan su propia salud o seguridad. Generalmente se manifiesta porque la persona mayor rechaza o falla a la hora de proporcionarse a sí misma la comida, el agua, la ropa, el cobijo, la higiene personal, la medicación (cuando está indicada) y las medidas de seguridad necesarias. Quedan excluidas de esta definición aquellas personas mentalmente competentes, que entienden las consecuencias de sus decisiones, y toman la decisión consciente y voluntaria de implicarse en acciones que amenazan su salud o su seguridad como una elección personal.

Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo en excluir de la definición de autonegligencia este tipo de casos. El *National Clearinghouse on Family Violence* considera que la autonegligencia ocurre cuando las personas mayores, por elección o por falta de conciencia, viven de una forma que amenaza su salud y necesidades de seguridad, pudiendo en ocasiones extenderse este peligro a las personas que las rodean.

En las EDMA nos decantamos por esta segunda definición. La principal razón que nos llevó a hacerlo es que pensamos que, tanto si es una decisión voluntaria como impuesta (por la pérdida de capacidad de la persona, por la falta de recursos,...), es necesario que los profesionales de servicios sociales detecten la situación y ofrezcan la ayuda necesaria.

Otro punto a señalar es que puede haber situaciones en las que no esté claro si nos encontramos ante una situación de negligencia o de autonegligencia si la persona, por problemas de deterioro cognitivo u otros, no tiene capacidad suficiente para tomar decisiones sobre cómo cuidarse. En estos casos decidimos que hablaríamos de autonegligencia cuando dicha persona carece de cuidador (porque no tiene posibilidad de «disponer» de él o porque lo ha rechazado) y de negligencia cuando la persona dispone de un cuidador que no está siendo capaz de satisfacer sus necesidades. Este criterio coincide con los resultados expuestos por Dyer, Goodwin, Pickens, Burnett y Kelly (2007) que reflejan que el 44% de los profesionales utilizan la presencia de un cuidador como criterio para determinar si una persona se encuentra en una situación de negligencia o de autonegligencia.

Para concluir con este primer apartado, únicamente nos queda indicar que las EDMA se han creado para documentar las sospechas del profesional acerca de la posibilidad de que una persona mayor esté sufriendo una situación de maltrato doméstico y/o autonegligencia o se encuentre en riesgo de sufrirlas. Le propor-

cionarían información para reducir la incertidumbre sobre la adecuación de sus sospechas. Sin embargo, si tras su aplicación se confirmara la sospecha, sería necesario hacer una valoración más en profundidad que ayudara a confirmarlo o a descartarlo.

3. DEL TRATO INADECUADO AL MALTRATO

En el apartado anterior hemos explicado que las EDMA tratan de detectar situaciones en las que ya se han producido los malos tratos domésticos o los comportamientos autonegligentes y situaciones de riesgo. En el momento en que las creamos partimos de la hipótesis de que podría establecerse un continuo, entre las situaciones de trato adecuado, trato inadecuado y maltrato, en el cual podríamos situar a las personas mayores y a aquellas con las que se relacionan.

Dos son las razones que nos llevaron a este planteamiento. La primera fue favorecer que el instrumento pudiera utilizarse para conseguir una detección precoz de los posibles casos y no únicamente de los que pudieran ser más graves o evidentes. La segunda, tiene que ver con el propio concepto de malos tratos y con la dificultad para encontrar una definición universalmente aceptada, a pesar de los esfuerzos realizados para lograrla. Un ejemplo de ello es la definición propuesta en la Declaración de Toronto por la *International Network for the Prevention of Elder Abuse* y la *Organización Mundial de la Salud*:

«El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.» (Organización Mundial de la Salud, 2002: 2)

A pesar del avance que suponen este tipo de definiciones, sigue siendo muy difícil saber a qué nos referimos cuando hablamos de respuestas apropiadas o, incluso, de personas ancianas, como hace esta definición. Los motivos de esta dificultad serían diversos, entre ellos podemos señalar los siguientes:

- No existe una definición clara de qué consideramos socialmente el buen trato hacia las personas mayores y, por lo tanto, de qué conductas serían aceptables o inaceptables.
- Los malos tratos ocurren dentro de diferentes subculturas que influyen en las actitudes y valores que se tienen sobre las personas mayores, así como en la definición de diferentes acciones u omisiones como positivas o negativas (Kosberg, Lowenstein, García y Biggs, 2003).
- La necesidad de establecer un determinado límite de edad a partir del cual consideramos a una persona como «persona mayor».
- La perspectiva desde la que se define el problema (jurídica, investigadora, de diseño de servicios y asignación de recursos, etc.) condiciona la propia definición y a los implicados.

Junto a estas dificultades para saber qué consideramos malos tratos, nos encontramos con otra: la falta de estudios sobre qué tipo de consecuencias o qué nivel de gravedad harían que un determinado acto inadecuado se convirtiera en un acto de maltrato.

Dadas estas limitaciones es muy difícil poder establecer dónde está el límite entre el trato adecuado y aquellas otras situaciones que, quizás, podríamos considerar inadecuadas, pero no tanto como para calificarlas como maltratantes. Carecemos de descripciones detalladas de las acciones u omisiones, de criterios y de diferenciaciones entre niveles de gravedad.

Ante esta situación, planteamos la hipótesis de la que ya hemos hablado: la posible existencia de un continuo en el tipo de trato. En uno de sus extremos se encontraría el trato adecuado y en el extremo opuesto, en el polo negativo, se situaría el maltrato con sus diferentes manifestaciones. Consideramos como trato inadecuado hacia la persona mayor el conjunto de actuaciones de los cuidadores, los familiares, otras personas cercanas o de la propia persona mayor que no le garantizan su bienestar físico, psicológico y/o social. Las situaciones de trato inadecuado que supondrían un mayor peligro para la calidad de vida de la persona mayor serían las maltratantes.

Además, debido a la dificultad para establecer límites claros entre los tipos de trato, pensamos que podría haber casos que fueran valorados de forma distinta por observadores diferentes, es decir, que para un profesional pudiera tratarse de un caso de trato adecuado y para otro de maltrato, según los criterios que utilizara cada uno de ellos.

Siguiendo este planteamiento, en nuestro último estudio de validación, los participantes fueron clasificados en tres grupos: maltrato (señalando las distintas tipologías de malos tratos domésticos y/o la sospecha de comportamientos auto-negligentes), trato inadecuado o trato adecuado.

Los resultados de nuestro estudio nos confirmaron que existía este solapamiento entre los grupos de trato, sobre todo entre el de trato inadecuado y el de maltrato, donde los límites parecen menos claros que entre el de trato adecuado e inadecuado. Por esta razón y, como ya hemos comentado antes, para favorecer la detección precoz, decidimos que las EDMA valoraron situaciones de riesgo y situaciones en las que ya se hubiese podido producir el maltrato, es decir, posibles casos de trato inadecuado que pudieran empeorar con el tiempo, casos de malos tratos y los casos que pudieran ser considerados de trato inadecuado o de maltrato, según la perspectiva de quien emitiera el juicio.

4. INFORMACIONES NECESARIAS PARA CUMPLIMENTAR EL INSTRUMENTO Y CÓMO OBTENERLAS

El instrumento de detección creado se compone de dos escalas: la «escala sobre la persona mayor» (compuesta por 33 afirmaciones que hacen referencia a la persona mayor que podría sufrir o estar sufriendo malos tratos domésticos y/o au-

tonegligencia) y la «escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato» (compuesta por 21 afirmaciones relacionadas con la persona que supuestamente maltrataría o podría maltratar).

A continuación se presentan los ítems de ambas escalas.

ESCALA SOBRE LA PERSONA MAYOR

1. Se muestra reacia a recibir ayuda.
2. Tiene unas expectativas irreales sobre su situación.
3. Ha mantenido comportamientos autonegligentes en otras épocas de su vida.
4. Presenta signos de falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado...).
5. Carece de la atención sanitaria que requiere.
6. Incumple el tratamiento médico prescrito (por inframedicación, sobremedicación o consumo de medicación no prescrita).
7. Carece de la atención social que requiere.
8. Vive en una casa que presenta problemas de habitabilidad (con barreras arquitectónicas, sin agua corriente, sin aseo, sin ventilación...).
9. Ha sido ingresada por un probable fallo en el cuidado de su salud o de su seguridad.
10. Carece de personas que le puedan prestar la ayuda que necesita.
11. Presenta signos de problemas médicos que no han sido tratados a tiempo.
12. Viste ropa inadecuada para la época del año.
13. Presenta problemas de salud que pueden deberse a un inadecuado cuidado (malnutrición, deshidratación, hipotermia, infecciones...).
14. Vive en una casa que no reúne condiciones higiénicas.
15. Carece de las ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis dentales, audífono, andadores, silla de ruedas...) o las lleva rotas o en mal estado.
16. Su alimentación es irregular o incorrecta.
17. Tiene sentimientos ambivalentes hacia la persona que supuestamente ejerce el maltrato.
18. Manifiesta estar insatisfecha con su vida.
19. No parece satisfecha con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados.
20. Está triste.
21. No se atreve a pagar facturas o a realizar gastos sin consultarlo.
22. Manifiesta que la tratan mal (dice que le pegan, amenazan, roban, insultan, le dejan sola...).
23. Carece de intimidad y privacidad.
24. Es criticada y tratada con desprecio.
25. Parece tener miedo ante situaciones cotidianas.
26. Cambia de forma de comportarse cuando la persona que supuestamente ejerce el maltrato está delante.

27. Se muestra ansiosa, tensa o rígida.
28. Aunque está en condiciones de tomar decisiones, otras personas deciden cómo debe vivir su vida.
29. Los contactos que mantiene con familiares, amigos y vecinos son menos frecuentes de lo que necesitaría para atender sus necesidades.
30. Tiene relaciones familiares conflictivas.
31. Aunque vive con otras personas, pasa mucho tiempo sola sin que nadie le hable o le atienda.
32. Parece que intenta ocultar o justificar el trato que recibe.
33. Manifiesta tener miedo a algunas personas cercanas a ella.

ESCALA SOBRE LA PERSONA QUE SUPUESTAMENTE EJERCE EL MALTRATO

1. Echa la culpa de sus problemas a los demás.
2. Ha tenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida.
3. Las explicaciones que da sobre la salud o las lesiones de la persona mayor son inverosímiles o contradictorias con las de otras personas.
4. Parece carecer de las capacidades y conocimientos necesarios para cuidar de la persona mayor.
5. Parece tener dificultades para resolver las situaciones estresantes o difíciles.
6. Presenta problemas de conducta (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos...).
7. Se muestra crítica, suspicaz y/o cautelosa con los profesionales que están en contacto con la persona mayor.
8. Se muestra reacia a recibir ayuda.
9. Tiene problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...).
10. Tiene problemas familiares y/o conyugales.
11. Existen indicios de que agrede a la persona mayor.
12. Existen indicios de que amenaza a la persona mayor (con dejar de cuidarla, ingresarla en una residencia, pegarle, hacer daño a otras personas...).
13. Existen indicios de que insulta a la persona mayor.
14. Impide que la persona mayor se relacione con otras personas (no le deja salir de casa, llamar por teléfono, recibir visitas...).
15. Impide que la persona mayor tome decisiones a pesar de estar mentalmente capacitada.
16. Impone a la persona mayor limitaciones en el uso de su propio dinero cuando ésta tiene capacidad para manejarlo.
17. Muestra una actitud indiferente hacia la persona mayor.
18. Parece dificultar o impedir que la persona mayor pueda hablar a solas con los profesionales.

19. Parece que limita y/o controla las actividades de la persona mayor sin que sea necesario.
20. Percibe el cuidado de la persona mayor como «una carga» que no desea asumir.
21. Se observan indicios de que fuerza a la persona mayor a actuar en contra de lo que desea.

Estas afirmaciones que constituyen los ítems de las escalas contienen tres tipos de información: ejemplos de conductas maltratantes, signos o consecuencias de malos tratos y factores de riesgo de los malos tratos domésticos y de la auto-negligencia. Hacen referencia a:

Se trata de datos que son en su mayor parte observables por los profesionales de los servicios sociales en su trabajo cotidiano con sus usuarios, aunque en algunos casos podrían necesitar solicitar información directa de los implicados o a otros profesionales (por ej., si no creen disponer de información suficiente para valorar algunos indicadores sobre el estado de salud de la persona mayor).

En definitiva, podemos indicar dos importantes aspectos sobre el tipo de información que se requiere y cómo obtenerla: no es una prueba de autoinforme y se basa en informaciones referidas a la persona mayor, a la persona que infligiría maltrato o a ambas partes de la relación.

En las pruebas de autoinforme la información es aportada por la posible víctima o por el posible maltratador ante las preguntas de los profesionales. Instrumentos como el «Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)» (Hwalek y Sengstock, 1986; Neale, Hwalek, Scott, Sengstock y Stahl, 1991), el «Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)» (Schofield y Mishra, 2003; Schofield, Reynolds, Mishra, Powers y Dobson, 2002) o el «Caregiver Abuse Screen (CASE)» (Reis, 1995; Reis y Nahmiash, 1995) son pruebas de autoinforme. En este tipo de pruebas se suelen utilizar preguntas generales para evitar que la persona se niegue a contestar.

Otros instrumentos, como el «The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)» (Reis y Nahmiash, 1995) o el IOA, reflejan las valoraciones del profesional, una vez que conoce la situación, tras haber recogido información por medio de entrevistas, más o menos breves y/o de su observación y conocimiento del caso. Los ítems de este tipo de instrumentos suelen ser mucho más específicos.

Pocos instrumentos se basan casi exclusivamente en la observación, como es el caso del «Self-Neglect Severity Scale (SSS)» (Dyer *et al.*, 2006).

En nuestro caso optamos por el segundo tipo de instrumentos porque consideramos que permiten superar algunas de las dificultades que pueden tener los propios implicados para informar sobre su situación y pedir ayuda a los profesionales.

En el caso de las posibles víctimas los problemas de salud pueden impedirles ser conscientes o informar de su situación, pueden tener miedo a ser maltratadas, a que su situación se haga pública con la vergüenza y humillación que puede suponer, a las consecuencias que puedan derivarse para el agresor, a quedarse so-

las o a que se rompa la relación, a tener que abandonar su casa, o a que se las considere incapaces de hacer frente a la situación. También pueden minimizar o justificar el trato recibido por los sentimientos de cariño y lealtad hacia el agresor, por creer que es su obligación como padres o que realmente es merecido. En el caso de las personas autonegligentes, puede, además, darse la circunstancia de que no quieran cambiar su estilo de vida y, por lo tanto, consideren que los demás no tienen derecho a inmiscuirse en ella.

En cuanto a los maltratadores, pueden no ser conscientes del trato que están dando por sus propios problemas de salud mental o si sufren algún tipo de demencia. Si son conscientes, pueden tener miedo a las consecuencias si se descubre la situación, pueden minimizar o justificar el trato infligido culpando a la víctima o a la situación, al abuso de drogas o alcohol o a su propio malestar psicológico. En ocasiones, no saben dónde acudir para pedir ayuda o hacen demandas poco adecuadas.

Con relación a la segunda de las características señaladas, sobre quién se obtiene la información, la mayoría de los instrumentos de detección se basan sólo en una de las partes: la persona mayor. Son menos numerosos los instrumentos que, como el CASE, recogen sólo información sobre el supuesto maltratador o que valoran a ambos, como el IOA e instrumentos basados en él como el «Expanded Indicators of Abuse (E-IOA)» (Cohen, Halevi-Levin, Gagin, y Friedman, 2006).

Por nuestra parte, nos propusimos que el instrumento que queríamos crear se basara en las informaciones de la posible víctima y de la persona que infligiría malos tratos. Además de la escala que permite obtener información sobre la persona mayor, nos pareció necesario crear la escala sobre el supuesto maltratador, porque diversas investigaciones (Lachs y Pillemer, 2004; Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Nuevo, 2008; Pillemer, 2005; Reis y Nahmiash, 1998) han encontrado que son mejores predictores de situaciones de malos tratos domésticos los factores de riesgo asociados a este, que los que tienen que ver con características de la persona mayor. El maltrato ocurre en un contexto y la valoración, sin tener en cuenta al posible maltratador y al ambiente que les rodea, tiene importantes limitaciones. Lo idóneo es incluir informaciones sobre ambas partes, sobre las características de la relación entre ellos y sobre el entorno en el que se produce (Fulmer, Guadagno y Dyer, 2004).

La principal diferencia de la escala que elaboramos sobre la persona que podría infligir los malos tratos y el CASE, el IOA o el E-IOA es que no nos centramos en relaciones de cuidados.

Asimismo, nos planteamos que disponer de un instrumento de detección compuesto por dos escalas que se pudieran utilizar de forma combinada o independiente ofrecía otras ventajas de cara a su utilización.

La primera de ellas es que ofrece una doble vía de detección porque el profesional que las quisiera utilizar podría tener información de ambas partes o podría disponer sólo de una de ellas, sin que esto fuera un impedimento para intentar confirmar sus sospechas, ya que podría hacerlo cumplimentando sólo una de las escalas: la referida a la persona mayor o la referida al posible maltratador.

De esta forma podrían detectarse situaciones de maltrato que de otra forma es probable que pasaran desapercibidas por el aislamiento en el que se puede encontrar la persona mayor, como casos en que esta persona no mantenga contacto con ningún profesional ni salga de su casa. En estas ocasiones, la posibilidad de detectar estas situaciones, a través de los profesionales que están en contacto con la persona que podría maltratar, pasa a ser fundamental.

El último aspecto de las EDMA que querríamos explicar en este apartado es que, además de poder adaptar su cumplimentación a la información de la que disponga el profesional, también puede hacerlo al tipo de sospecha que quiera confirmar, es decir, a si sospecha de posibles situaciones de malos tratos domésticos y autonegligencia, sólo de malos tratos domésticos o sólo de comportamientos autonegligentes (Touza, Ballester y Segura, 2009; Touza, Ballester, Segura y Prado, 2009).

En definitiva, podríamos concluir diciendo que las EDMA son un instrumento de detección pensado para ser utilizado por los profesionales de los servicios sociales a partir de sus propias valoraciones de las informaciones sobre sus usuarios, cuando sospechen que podrían encontrarse ante situaciones de riesgo de malos tratos domésticos y/o autonegligencia o ante situaciones en las que ya se han producido, adaptando su cumplimentación a sus propios objetivos y a la información disponible.

5. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Al ser las EDMA un instrumento de detección de orientación cuantitativa es necesario informar sobre los resultados de los análisis que realizamos para poner a prueba sus propiedades psicométricas. Por razones de espacio, no es posible hacer una presentación detallada de todos los análisis realizados ni de todos los resultados obtenidos, pero el lector interesado puede hacerlo en otras publicaciones (Touza, Ballester y Segura 2009; Touza, Ballester, Segura y Prado, 2009).

Los análisis realizados nos han mostrado que la «Escala sobre la persona mayor» se compone de tres dimensiones: «Abandono, negligencia y autonegligencia», «Maltrato doméstico sin autonegligencia» y «Específicamente autonegligencia». También la «Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato» presenta una estructura con tres dimensiones: «Ejercicio de trato inadecuado o maltrato», «Conductas restrictivas» y «Falta de capacidad para ofrecer un trato adecuado».

Analizamos la fiabilidad de las escalas desde tres perspectivas: a través del análisis de su consistencia interna, como estabilidad temporal y a partir del grado de acuerdo interjueces.

Tanto las puntuaciones totales de ambas escalas como sus dimensiones muestran coeficientes bastante α elevados. Entre 0,74 y 0,93, en el caso de la «Escala sobre la persona mayor». La dimensión «Específicamente autonegligencia» es la que obtuvo los resultados más bajos (0,73), aunque también hay que tener en

cuenta que está compuesta por tres ítems. Los coeficientes α de la «Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato» se encuentran en el rango comprendidos entre 0,84 y 0,93.

Para valorar la estabilidad en las puntuaciones, calculamos los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de los ítems de las escalas en las dos aplicaciones realizadas con un mes de diferencia entre las mismas. Todos los ítems obtuvieron coeficientes de correlación significativos. El rango de los coeficientes obtenidos en los ítems de la «Escala sobre la persona mayor», oscila entre $r_s (df=257)=0,68, p=0,00$ y $r_s (df=235)=0,92, p=0,00$. En la «Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato» los coeficientes se encuentran entre $r_s (df=257)=0,73, p=0,00$ y $r_s (df=257)=0,92, p=0,00$.

Para comprobar el grado de acuerdo interjueces realizamos dos tipos de análisis: calculamos los coeficientes de correlación entre las puntuaciones obtenidas por dos jueces (dos trabajadores sociales que habían valorado un mismo caso por separado) en las dimensiones de las escalas y en sus puntuaciones totales y comprobamos si existían diferencias significativas entre las medias (t-test) de las dimensiones y de las puntuaciones totales obtenidas por los dos jueces.

Todos los coeficientes de correlación resultaron ser significativos, excepto el coeficiente de la puntuación total de la «Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato». A pesar de tratarse de una correlación elevada, el reducido número de casos puede ser la razón de que este coeficiente no fuera significativo.

Los resultados de los t-test no mostraron diferencias significativas en ningún caso.

Estos resultados constituyen importantes evidencias de la fiabilidad de las escalas valorada a través de la consistencia interna y de su estabilidad temporal. Sin embargo, los resultados obtenidos sobre el grado de acuerdo interjueces deberían ser confirmados en estudios posteriores debido al reducido número de casos en los que se pudo hacer esta doble valoración.

En cuanto a los análisis realizados para obtener evidencias sobre la validez de las escalas, obtuvimos los siguientes resultados:

- A través del análisis de los coeficientes Eta, comprobamos que las puntuaciones en cada ítem, en cada dimensión y en los totales de las escalas estaban relacionadas con el tipo de trato (adecuado, inadecuado o maltrato) recibido por la persona mayor y en el caso de los maltratados, con el tipo de malos tratos domésticos sufrido o con la presencia de comportamientos autonegligentes.
- Utilizando el ANOVA y el test de Mann-Whitney comprobamos que las puntuaciones en los ítems distinguían entre los tipos de trato recibido (adecuado, inadecuado o maltrato) y entre el hecho de manifestar o no comportamientos autonegligentes.
- Por medio del ANOVA y los análisis post hoc (Tukey), así como a través del t-test, corroboramos que las puntuaciones en las dimensiones de las

- escalas y en sus puntuaciones totales eran capaces de distinguir entre casos de trato adecuado, inadecuado o maltrato y entre personas autonegligentes y no autonegligentes.
- Empleando el t-test obtuvimos resultados que muestran que las puntuaciones en las dimensiones de las escalas y en sus puntuaciones totales diferencian entre el grupo de trato adecuado y el de riesgo (trato inadecuado y maltrato).
 - A través del análisis de regresión logística constatamos que las dimensiones y las puntuaciones totales de las escalas son capaces de predecir y de clasificar los casos según sean de riesgo (trato inadecuado y maltrato) o no lo sean (trato adecuado), con reducidos porcentajes de error.
 - Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos y los resultados de los análisis de regresión logística nos mostraron que las puntuaciones y la clasificación de los casos (riesgo o no riesgo) que obtendríamos utilizando las EDMA coinciden con las que se obtendrían utilizando otro instrumento de detección de similares características como es el IOA.

Todos estos resultados nos permiten decir que hemos obtenido evidencias de validez del instrumento de detección que creamos. Tras estos análisis, utilizamos las curvas ROC para establecer los puntos de corte, es decir, las puntuaciones de las dimensiones y de los totales de las escalas, a partir de las cuales considerar que una persona pertenecería al grupo de riesgo de estar sufriendo malos tratos domésticos y/o autonegligencia y calculamos los índices de sensibilidad (porcentaje de casos de riesgo detectados por el instrumento como tales) y de especificidad (porcentaje de casos de no riesgo clasificados con tales).

Podríamos decir que las EDMA han demostrado unas propiedades psicométricas comparables a las de otros instrumentos.

Los resultados sobre los coeficientes de consistencia interna de las EDMA son semejantes a los obtenidos con instrumentos como el IOA, que ha obtenido coeficientes α iguales a 0,91 y a 0,92 (Reis, 2000; Reis y Nahmiash, 1995; Reis y Nahmiash, 1998); el E-IOA, entre 0,78 y 0,91 (Cohen *et al.*, 2006) o el CASE (0,71) (Reis, 1995; Reis y Nahmiash, 1995); y superiores a los de otros, como el H-S/EAST (Hwalek y Sengstock, 1986; Neale *et al.*, 1991) o el VASS (Schofield y Mishra, 2003; Schofield *et al.*, 2002), con coeficientes obtenidos de 0,29 y entre 0,31 y 0,71, respectivamente. Uno de estos instrumentos, el E-IOA, también aporta información sobre el grado de acuerdo interjueces, pero el reducido número de la muestra utilizada, al igual que ocurre con la de nuestro estudio, hace difícil poder sacar conclusiones definitivas.

En cuanto a las evidencias sobre la validez, las EDMA coinciden con los demás instrumentos en su capacidad para distinguir entre grupos de personas posiblemente maltratadas y no maltratadas, y sus dimensiones y puntuaciones totales permiten clasificarlas con un elevado grado de acierto.

Por otra parte, al igual que el CASE, las EDMA han obtenido correlaciones significativas con otros instrumentos de detección. Sin embargo, en el estudio

que presentamos no pudimos emplear otras pruebas que nos permitieran comprobar que entre las dimensiones de las EDMA y otros tipos de posibles variables teóricamente relacionadas con ellas existen relaciones significativas (como por ej. variables de personalidad del supuesto maltratador).

Finalmente, creemos que los porcentajes de falsos positivos y de falsos negativos que se obtendrían con las EDMA son comparables a los que presentan el resto de instrumentos, salvo a los ofrecidos por el E-IOA.

6. DEBATE

A lo largo de este artículo hemos expuesto las características del instrumento de detección que hemos creado porque creemos que al hacerlo es más fácil entender ante qué tipo de situaciones y por qué podría ser una herramienta útil para los profesionales. Aunque consideramos que el instrumento que hemos construido y los resultados que hemos obtenido son muy interesantes, también somos conscientes de las limitaciones de nuestro trabajo. En este sentido querríamos destacar que en el último estudio participó una muestra de 278 personas mayores usuarias de los servicios sociales de Mallorca, pero no pudimos obtener una muestra representativa de esta población, aunque sus características fueran muy semejantes.

El tipo y tamaño de la muestra también ha podido influir en algunos de los resultados obtenidos, como el hecho de que entre los participantes no hubiera ningún caso de sospecha de abusos sexuales, o que los resultados de los análisis nos aconsejaran eliminar algunos ítems relacionados con factores de riesgo que sí han demostrado ser importantes en otros estudios, como la dependencia económica o el abuso del alcohol o de las drogas por parte de los posibles maltratadores.

Lo más adecuado sería poder repetir la investigación con una muestra representativa de toda la población de personas mayores, o al menos, de las que son usuarias de los servicios sociales.

En definitiva, consideramos que el principal resultado del trabajo que hemos realizado durante estos años es poder presentar la propuesta de un instrumento comprensivo de detección que ha demostrado unas propiedades psicométricas comparables a las de otros instrumentos creados y validados en otros países y que asimismo posee características propias.

7. BIBLIOGRAFÍA

COHEN, M.; HALEVI-LEVIN, S.; GAGIN, R., y FRIEDMAN, G.

- 2006 «Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers». En: *Journal of Aging and Health* 18: 660-685. doi: 10.1177/0898264306293257.

- DYER, C.B.; GOODWIN, J.S.; PICKENS, S.; BURNETT, J., y KELLY, P.A.
2007 «Self-Neglect among the elderly: a model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team». En: *American Journal of Public Health* 97(9): 1671- 1676.
- DYER, C.B.; KELLY, A.; PAVLIK, V.N.; LEE, J.; DOODY, R.S.; REGEV, T.; PICKENS, S.; BURNETT, J., y SMITH, S.M.
2006 ». En: The making of a self-neglect severity scale». En: *Journal of Elder Abuse & Neglect* 18(4): 13-23. doi: 10.1300/J084v18n04_03
- FULMER, T.; GUADAGNO, L., y DYER, C.B.
2004 «Progress in elder abuse screening and assessment instruments». En: *Journal of the American Geriatrics Society* 52: 297-304.
- HWALEK, M.A., y SENGSTOCK, M.C.
1986 «Assessing the probability of abuse of the elderly: Toward development of a clinical screening instrument». En: *The Journal of the Applied Gerontology* 5: 153-173.
- KINGSTON, P.
2003 «Una perspectiva histórica del maltrato institucional de personas mayores». En: Iborra, I. (ed.): *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel S.A. pp. 133-135.
- KOSBERG, J.I.; LOWENSTEIN, A.; GARCÍA, J.L., y BIGGS, S.
2003 «Study of elder abuse within diverse cultures». En: *Journal of Elder Abuse & Neglect* 15(3/4): 71-89.
- LACHS, M.S., y PILLEMER, K.
2004 «Elder abuse». En: *Lancet* 364: 1263-1272.
- MUÑOZ, J., y GIMÉNEZ, D.
2004 «Malos tratos en las instituciones». En: Muñoz, J., y Giménez, D. (2004): *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ediciones Pirámide. pp. 83-99.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE
2007 «Major types of elder abuse». Extraído de http://www.ncea.aoa.gov/NCEA-root/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx
- NEALE, A.V.; HWALEK, M.A.; SCOTT, R.O.; SENGSTOCK, M.C., y STAHL, C.
1991 «Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test». En: *The Journal of the Applied Gerontology* 10: 406-418.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
2002 *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PÉREZ-ROJO, G.; IZAL, M.; MONTORIO, I., y NUEVO, R.
2008 «Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario». En: *International Journal of Clinical and Health Psychology* 8(1): 105-117.

- PHILLIPS, L.R.; TORRES, E., y SOLIS G.
2000 «Abuse of female caregivers by care recipients: another form of elder abuse». En: *Journal of Elder Abuse & Neglect* 12(3/4): 123-143.
- PILLEMER, K.
2005 Factores «de riesgo del maltrato de mayores». En: Iborra, I. (ed.): *Violencia contra las personas mayores*. Barcelona: Editorial Ariel, SA. pp. 69-85.
- REIS, M.
1995 «Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE)». En: *Canadian Journal on Aging* 14: 45-60.
2000 «The IOA Screen: an abuse-alert measure that dispels myths». En: *Generations* 24: 13-16.
- REIS, M., y NAHMIASH, D.
1995 *When seniors are abused: a guide to intervention*. North York, ON: Captus Press.
1998 «Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen». En: *The Gerontologist* 38(4): 471-480.
- SCHOFIELD, M., y MISHRA, G.D.
2003 «Validity of self-reports screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study». En: *The Gerontologist* 43: 110-120.
- SCHOFIELD, M.; REYNOLDS, R.; MISHRA, G.D.; POWERS, J.R., y DOBSON, A.J.
2002 «Screening for vulnerability to abuse among older women. Women's Health Australia Study». En: *Journal of Applied Gerontology* 21: 24-39.
- TOUZA, C. (dir.)
2009 *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia*. Madrid: Ediciones Pirámide y Edicions UIB.
- TOUZA, C.; BALLESTER, Ll., y SEGURA, M.P.
2009 «¿Qué propiedades ha demostrado?». En: Touza, C. (dir.): *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia*. Madrid: Ediciones Pirámide y Edicions UIB. pp. 125-161.
- TOUZA, C.; BALLESTER, Ll.; SEGURA, M.P., y PRADO, C.
2009 «¿Cómo se interpretan las puntuaciones?». En: Touza, C. (dir.): *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia*. Madrid: Ediciones Pirámide y Edicions UIB. pp. 163-168.
- TOUZA, C.; SEGURA, M.P., y PRADO, C.
2004 «Initial conclusions on the design and validation of the Inadequate Treatment Detection Scale for elders». En: *The Journal of Adult Protection* 6(3): 4-14.