

# **Diseño del trabajo de campo para el estudio “Detección de la violencia familiar ejercida sobre el anciano con demencia”. Jesús Rivera**

**Navarro**

## **Resumen**

**Introducción:** La violencia hacia la persona mayor se considera un concepto que alude al maltrato hacia este colectivo; en nuestro estudio nos centraremos exclusivamente en el ámbito familiar y en las personas que sufren demencia.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del maltrato al anciano con demencia en Salamanca y validar una escala de detección o “screening” del maltrato en el anciano con demencia.

**Metodología:** Estudio poblacional representativo de personas con demencia igual o mayores a 65 años en la provincia de Salamanca. Se entrevistarán a un número aproximado de 1000 cuidadores informales de ancianos/as con demencia. Además se realizarán 5 grupos de discusión para profundizar en cuestiones que a través de la metodología cuantitativa es difícil lograr.

## **ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

### **Descripción del problema: violencia familiar hacia la persona mayor**

La violencia familiar hace alusión a todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en las relaciones familiares (Corsi, 2004). Sin embargo, el significado del término violencia familiar hacia las personas mayores se ha caracterizado por la falta de consenso (Glendenning, 2000). Esta falta de consenso descansa en la discusión de lo que debería incluirse y excluirse en la definición. Hasta hace poco tiempo no había una definición estandarizada sobre lo que es y lo que no es violencia familiar hacia las personas mayores (Daichman, 2004). La **tabla 1** muestra diferentes conceptos sobre violencia familiar hacia las personas mayores, que ilustran la variedad y dificultad que entraña este tema.

Conviene clarificar las diferencias entre maltrato y violencia familiar, para evitar ambigüedades y malos entendidos. El maltrato puede darse tanto en el contexto de las relaciones familiares, como en las institucionales y puede ser perpetrado por extraños,

por miembros de la familia o por las propias personas mayores (auto-maltrato) (Hudson, 1991). Sin embargo, la violencia familiar se refiere estrictamente al maltrato en una relación familiar o de confianza (Corsi, 1999).

**Tabla 1. Principales conceptos sobre violencia familiar hacia las personas mayores**

Investigadores	Concepto
O'Malley y otros, 1979	Infligir de forma intencionada daño físico, injurias o angustia psicológica debilitante, encierro injustificado o privación por parte del cuidador de servicios indispensables para mantener la salud física y mental
O'Malley y otros, 1983	La intervención activa de un cuidador que crea o mantiene necesidades insatisfechas y tiene como resultado un daño físico, psicológico o económico...el fracaso del cuidador en satisfacer una necesidad básica, aun conociéndola y contando con los medios necesarios
Johnson, 1986	Un estado de poder auto-infligido o infligido por otra persona, innecesario para mantener la calidad de vida de las personas de edad avanzada
Fulemer y O'Malley, 2004	Las acciones de un cuidador que crean necesidades insatisfechas. El fracaso de un individuo responsable de otro en responder adecuadamente

Fuente: Glendenning (2000:24,25)

Para los fines de este proyecto, de todos los tipos de violencia a los que está expuesta la persona mayor, nos concentraremos exclusivamente en el maltrato que se da en el contexto familiar, entendido éste como todo acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a una persona mayor por parte de un miembro de la familia. Queremos aclarar también que en este trabajo, y aunque a pesar de su

interrelación no significan lo mismo (como hemos aclarado anteriormente), los términos violencia familiar y maltrato serán considerados como sinónimos.

Podemos distinguir varios tipos de violencia familiar, haciendo una síntesis de lo dicho por diferentes investigadores (Lachs y Pillemer, 2004; Duncan et al, 2002; Hudson, 1991; Motte y Muñoz, 2004; Guilliand y Picado, 2000; Crinchton et al, 1999; Choi et al, 1999; Decalmer, Glendenning, 2000; Daichman, 2004):

- *Violencia física.* Son todos aquellos actos de acción que causen daño físico a la persona mayor.
- *La violencia emocional:* son todos aquellos actos que causen daño emocional a las personas mayores
- *La violencia sexual:* se incluye sostener relaciones sexuales no consentidas por la persona mayor, e incluye cualquier acto de abuso sexual como los tocamientos.
- *La violencia económica:* se refiere al uso inadecuado de los bienes de las personas mayores.
- *La negligencia:* tiene que ver con la no satisfacción de las necesidades básicas y emocionales de las personas mayores y puede ser económica, física y emocional.

### **Factores de riesgo asociados con la violencia familiar hacia las personas mayores**

La violencia familiar contra las personas mayores no es un problema monolítico, se singulariza según ciertas características y condiciones de la persona adulta mayor, del cuidador, así como del medio ambiente familiar y social en que ésta se desenvuelve.

Principalmente los factores de riesgos se pueden dividir en:

- **Factores individuales.** La OMS y la OPS (2004) reconocen entre estos factores al género, a las enfermedades incapacitantes, así como a algunas deficiencias cognoscitivas y físicas de las personas mayores. También consideran que los trastornos de personalidad de los agresores y el resentimiento de los miembros de la familia cuando invierten en la atención de la salud de las personas mayores son características que

aumentan la probabilidad de que las personas mayores vivan violencia (OMS y OPS, 2004).

Como se ha mencionado recientemente, los factores individuales pueden estar relacionados con la persona mayor y/o con el cuidador/agresor (Daichman, 2004). Tal como lo ilustra la **tabla 2** estos dos grandes grupos, a su vez se subdividen.

- **Factores relacionales.** Los factores de riesgo de tipo relacional comprenden tanto las interrelaciones entre dos o más subsistemas en que las personas mayores participan activamente (mesosistema), como aquellos entornos en los que éstas no participan de manera activa, pero los hechos que se producen en dichos contextos las afectan (exosistema) (Brofenbrenner, 1987). De manera que las redes de apoyo (formales e informales), así como el trabajo del hijo son ejemplos de uno y otro respectivamente (Schiamberg y Gangs, 1999).

**Tabla 2. Clasificación de los factores de riesgo individuales**

<b>Factores asociados a la persona mayor</b>	<b>Factores asociados al cuidador/agresor</b>
<i>Factores relacionados con las características Psicológicas/conductuales de la persona Mayor</i>	<i>Factores relacionados con las características psicológicas/conductuales del cuidador/agresor</i>
Cambio de personalidad	Trabajo agotador sin descanso
Agresión física o verbal hacia los demás	Falta de espacio y tiempo personal
Conducta incoherente y demandante	Sentimiento de aislamiento psicosocial
Intolerancia marcada	Sentimiento de ser explotado por otros
“Indefensión aprendida”	Percepción de necesidades básicas no Satisfechas
No aceptación del cuidado por otro que no sea el “cuidador oficial”	Sentimiento de pérdida por “la persona que el anciano fue”
<i>Factores relacionados con características fisiológicas de la persona mayor</i>	<i>Factores relacionados con características fisiológicas del cuidador/agresor</i>
Derivación sensorial (ceguera, sordera, trastornos del habla y comprensión)	Enfermedad física o mental del cuidador
Déficit cognitivo	Uso de drogas, alcohol
Pérdida de la memoria y la concentración	
Problemas físicos	
Alteraciones del sueño	
Incontinencia	
Discapacidad múltiple	

Fuente: Mancinas (2007:43) y Daichman, 2004

La OMS y la OPS (2004) ubican dentro de estos tipos de factores el nivel de estrés del sujeto que está a cargo de la persona mayor, el hacinamiento y la dependencia económica de los hijos con los padres.

- **Factores sociales.** En el caso del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores nos referimos al sistema de creencias construido alrededor de la vejez. Por ejemplo, Corsi (2004) propone los siguientes factores de riesgo sociales:
  - o Pautas culturales que mantienen la desigualdad entre los géneros/generaciones
  - o Socialización de género/generaciones (personas mayores). Organizaciones familiares verticales y autocráticas
  - o Aprendizaje femenino de la indefensión
  - o Naturalización de la violencia por parte de otros modelos sociales (Corsi, 2004).

A los factores de riesgo sociales antes mencionados se suman otros, que se materializan en la incapacidad institucional para atender el problema de la violencia familiar y contribuyen a su perpetuación, como la ausencia de legislación adecuada o dificultades en la aplicación de la existente, la falta de capacitación del personal de salud para la identificación de los casos o la ausencia de redes comunitarias de apoyo (Corsi, 2004).

Otro factor de riesgo social que no debe ignorarse es el viejismo (o el edaismo), es decir las actitudes que perpetúan la desigualdad entre los distintos grupos de edad que se encuentran ancladas en estereotipos negativos sobre la vejez (Podnieks, 2001).

### **La violencia familiar ejercida sobre las personas mayores con demencia**

Al ser la demencia, junto con el deterioro cognitivo y la incapacidad, factor de riesgo de la violencia familiar en el anciano, desde principios de los años noventa ha habido diversos estudios que han intentado establecer la prevalencia del maltrato en las personas que padecen esta enfermedad, sin embargo hay mucha variabilidad, debido a las diferentes muestras poblacionales empleadas en cada estudio y los diferentes tipos de investigación (comunitarios, domiciliarios o en institución) que se aplicaron; dicha variación va desde cifras menores al 15% de abusos detectados (Cooper, Selwood, Livingston, 2008; Cooper, Katona, Finne-Soveri, et al, 2006; Coyne, Reichman, Berbig, 1993) hasta estudios que describen porcentajes entre el 35 y el 50% de maltratos entre la población total de personas con demencia (Cooney, Howard, Lawlor, 2006; Dyer,

Pavlik, Murphy, Hyman, 2000; Compton, Flanagan, Gregg, 1997). En cualquier caso, y a pesar de esta diversidad en las cifras de prevalencia del abuso, no deja de ser relevante la especial importancia que cobra la violencia al enfermo en esta patología, por varios motivos: 1) la gran sobrecarga que genera en los cuidadores (Vanderweed, Paveza, Fulmer, 2006; Compton, Flanagan, Gregg, 1997; Coyne, Reichman, Berbig, 1993); 2) las etapas de trastornos conductuales, que generan episodios conflictivos en las familias (Cooney et al, 2006); 3) la incapacidad de gran parte de los que padecen demencia para explicitar la existencia de maltrato (Hansberry, Chen, Gorbien, 2005).

Por otra parte, diversas publicaciones han tratado de concretar factores específicos que determinan el maltrato a este colectivo. De esta forma, destacamos el estudio realizado por Cooney et al (2006) en el cual distinguen entre abuso verbal, físico y negligencia, siendo el primero el más prevalente; en dicha investigación se asocia la salud del cuidador, las emociones expresadas del mismo y los problemas conductuales del anciano con demencia con la violencia ejercida hacia el mismo. Otro trabajo destaca el estrés en la familia, la disminución de la funcionalidad de la persona con demencia y el deterioro cognitivo como los factores más determinantes de la violencia al anciano con demencia (Vanderweed, Paveza, Fulmer, 2006). Un estudio, realizado en Irlanda del Norte, añade a los factores señalados anteriormente los relacionados con la ansiedad percibida por el cuidador y la percepción de no recibir ayuda (Compton, Flanagan, Gregg, 1997). Además, en otras investigaciones se han señalado el aislamiento social, una relación deteriorada entre el anciano maltratado y el cuidador antes de la irrupción de la enfermedad (Cooney, Mortimer, 1995), años de cuidado, los niveles de carga auto-percibida y la existencia de depresión en el cuidador como los factores más determinantes del maltrato al anciano con demencia (Coyne, Reichman, Berbig, 1993).

Tan sólo hay un estudio publicado recientemente realizado en España en el cual la combinación del impacto del cuidado, la frecuencia de conductas agresivas por los enfermos, el estrés provocado por este tipo de conductas, la carga del cuidador, la expectativas de auto-eficiencia, la cantidad de ayuda recibida y la depresión del que procura los cuidados son los factores que explican el maltrato (Pérez Rojo, Izal, Montorio, Penhale, 2008).

**Tabla 3. Instrumentos que miden la violencia familiar en el anciano según las dimensiones que incluyen**

<b>Instrumentos</b>	<b>Física</b>	<b>Psicológica</b>	<b>Negligencia</b>	<b>Abandono</b>	<b>Financiera</b>	<b>Sexual</b>
AKRON	X	X	X		X	X
BASE	X	X	X		X	
CASE	X	X	X		X	
CTS-1	X	X				
MCTS	X	X				
DAVIES	X	X	X		X	X
EAAPN	X	X	X		X	
EAI-FULMER	X		X	X	X	
HALF	X	X	X		X	
HRPW-KOSBE						
H-S/EAST	X	X	X		X	
FRS	X		X			
IOA	X	X	X		X	
JOHNSON	X	X	X	X	X	X
QUALCARE	X	X			X	
REAH						
SCREENPROT	X	X	X		X	
VASS	X	X	X		X	

Akron General Medical Care Geriatric Abuse Protocol (AKRON); Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE); Caregiver Abuse Screen (CASE); Conflict Tactics Scale (CTS-1); Modified Conflict Tactics Scale (MCTS); Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses (DAVIES); Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses (EAAPN); Elder Abuse Assessment Tool (EAI-FULMER); HALF (HALF); High Risk Placement Worksheet (HRPW-KOSBERG); Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST); Fulmer Restriction Scale (FRS); Indicators of Abuse Screen (IOA); Health Status Risk Assessment (JOHNSON); QUALCARE Scale (QUALCARE); Risk of Elder Abuse in the Home (REAH); Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect (SCREENPROT); Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS).

Fuente: Paixao, Reichenheim, 2006

Además de la especificación de factores que contribuyen al maltrato en la demencia, se han realizado diversos estudios que han tratado de demostrar la potencia de la demencia como factor determinante, por sí misma, del abuso al que padece la enfermedad, a través de comparaciones entre casos y controles (Matsuda, 2007; Leung, Thompson, Weaver, 2006; Dyer, Pavlik, Murphy, Hyman, 2000; Grafstrom, Nordberg,

Winblad, 1993), y mediante estudios poblacionales que establecen comparaciones entre personas con diferentes patologías (Cooper, Katona, Finne-Soveri, et al, 2006; Akaza, Bunai, Tsujinaka et al, 2003).

Diversos autores coinciden en la dificultad para detectar, en esta patología, la violencia que se ejerce sobre la persona que la padece; los motivos argumentados tienen relación con el deterioro de la expresión verbal, la ausencia de capacidad de decisión para reconducir la situación de abuso, la posible depresión de los mayores afectados y los problemas conductuales en la fase moderada de la demencia (Joshi, Flaherty, 2005; Hansberry, Chen, Gorbien, 2005).

En la **tabla 3** se presentan 18 instrumentos aplicados a la detección del maltrato en el anciano, y las dimensiones que cada instrumento abarca. Es necesario señalar que todas las escalas han sido creados en lengua inglesa, y solo dos de ellas (Conflicts Tactis Scale –CTS-1 y Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screenig Test –H-S/EAST) han sido validadas fuera de su lengua original.

Por otro lado también es destacable que tan sólo hay dos estudios que avalan sendos instrumentos diseñados específicamente para la violencia familiar en el anciano (Pillemer, Finkelhor, 1988; Podineks, 1992), el resto de las escalas fueron inicialmente diseñadas para medir la violencia familiar en individuos más jóvenes o en el ámbito intrafamiliar en general, y posteriormente adaptadas al estudio del maltrato en el anciano.

Respecto a la inclusión de las respuestas del cuidador en los instrumentos, señalamos que solo tres escalas se restringen al cuidador como fuente de información de violencia familiar contra la persona mayor (CASE, DAVIES, MCTS) (éstas son las escalas que nos interesan en este trabajo puesto que una gran parte de ancianos con demencia están deteriorados cognitivamente y por lo tanto no podrían cumplimentar de manera correcta una escala o cuestionario). La mayoría de las escalas fueron concebidas para su uso en servicios socio-sanitarios, aunque cuatro (FRS, IOA, QUALCARE y REAH) fueron utilizadas en el ambiente domiciliario.

### **Justificación del estudio**

Como hemos visto en los sub-epígrafes anteriores, la violencia familiar hacia las personas mayores ha sido un tema que ha sido abordado de forma reciente en el ámbito de las Ciencias Sociales (no es hasta finales del siglo XX cuando empiezan a hacerse

regulares y frecuentes la publicación de artículos de revisión y de investigaciones empíricas en relación a dicha área). Hay varios factores que inciden en la dificultad para estudiar este fenómeno, y sobre todo la complejidad en construir un instrumento de detección que sirva para seleccionar los posibles casos de maltrato en este colectivo. Entre los factores, más importantes, que han obstaculizado el estudio del maltrato al anciano destacamos:

- La coexistencia de varias líneas teóricas que no facilitan una unanimidad en las dimensiones a evaluar para analizar el maltrato al anciano.
- Falta de comunicación interdisciplinaria en esta área que dificulta la precisión en la definición del término.
- La naturalización de la violencia familiar se ha producido en muchos momentos de la historia, también en la cultura mediterránea y latina, y es motivada por la interiorización en el imaginario colectivo de ciertos mitos que justifican dicha violencia, como por ejemplo: “los casos de violencia familiar son escasos; no representan un problema grave”, “el maltrato emocional no es tan grave como la violencia física”, o “la violencia familiar es un fenómeno que sólo ocurre en las clases sociales más bajas”. Este “consenso social” atrapa a las personas que viven violencia familiar y les impide ser conscientes de sus derechos y de la manera en que están siendo vulnerados.
- La naturalización antes mencionada, junto a la idealización de la vida familiar, el miedo de las personas mayores maltratadas a ser abandonadas, la visión de que lo que sucede en la familia es algo personal y privado y no debe regularse y la existencia de dependencia (como es el caso de la demencia) favorece a que el maltrato a las personas mayores sea **la forma de violencia familiar más oculta y desconocida**.
- Los distintos tipos de violencia familiar hacia el anciano también dificulta un análisis integral del fenómeno, de esta forma se distinguen principalmente violencia familiar física, emocional, económica, sexual y negligencia y descuido.

- La dificultad de identificación de los factores de riesgo del maltrato a la persona mayor (trastornos mentales del cuidador, dependencia económica del cuidador de su víctima, aislamiento social, historia de violencia...).

Todos estos factores antedichos han dificultado la realización de estudios empíricos que evalúen y midan la violencia familiar ejercida sobre el anciano y ha impedido la realización de escalas, que por un lado sirvan para detectar el maltrato a este colectivo y por otro establezca una gradación de su intensidad.

Esta complejidad del estudio del fenómeno, junto con una necesidad y demanda por parte de los profesionales de la atención primaria (enfermería, medicina, trabajo social) de instrumentos de detección del problema, fácilmente operativos en las consultas de medicina familiar, nos ha llevado a plantear el diseño de una escala para su validación y su uso regular en el ámbito clínico, utilizando como sujetos de estudio a ancianos con demencia y sus cuidadores.

### **Referencias bibliográficas**

- Alonso, J, Prieto, L, Antó, M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 1995, 104(20):771-776.
- Akaza K, Bunai Y, Tsujinaka M, Nakamura I, Nagai A, Tsukata Y, Ohya I. Elder abuse and neglect: social problems revealed from 15 autopsy cases. *Legal Medicine*, 2003, 5(1):7-14.
- Bazo, M.T. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2001; 36(1):8-14.
- Becerra, M. Trastorno afectivo en el anciano. *Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo*, 2001, 3 (10):15-19.
- Benito-León J, Morales JMG, Rivera JN. *La calidad de vida en la esclerosis múltiple desde una perspectiva multidisciplinar*. Madrid, editorial Siglo, 2003.
- Choi, N.G, Kulick, D.B, Mayer, J. Financial exploitation of elders: análisis of risk factors basados en county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1999, 10 (3/4): 39-62.
- Compton SA, Flanagan P, Gregg W. Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of

- old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997. 12(6):632-635.
- Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006; 21(6): 564-71.
  - Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia –a pilot study. *International Journal of Society Psychiatry*, 1995; 41(4):276-283.
  - Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age ageing*, 2008, 37(2): 132-33
  - Cooper C, Katona C, Finne-Soveri H, Topinkova E, Carpenter GI, Livingston G. Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, 14 (6):489-497.
  - Cooper C, Maxmin K, Selwood A, Blanchard M y Livingston G. The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 2009 (21): 774-778.
  - Corsi, J. Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia intrafamiliar. En: Corsi, J. *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina, Ed. Paidós, 1999; 15-63.
  - Corsi, J. *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2004.
  - Coyne AC, Reichman WE, Berbig LJ. The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal Psychiatry*, 1993, 150 (4): 643-646.
  - Daichman, L. (En línea). Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez. *Red Latinoamericana de Gerontología*. <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=130> Canal: Políticas-Violencia y maltrato. 2004. Página consultada el 5 de Junio de 2007.
  - Decalmer, P, Glendenning, F. El médico de cabecera y el maltrato a ancianos. En Decalmer, P. y Glendenning, F (Comps). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona, Ed. Paidós, 2000, 177-190.

- Del Corral FS, García-Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I. Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. *Revista española de Geriatria y Gerontología* 2004; 39(2): 72-93.
- Duncan, B, Webb, M, Horner, B, Davey, M, Kingsley, B. *Elder abuse in western Australia. Reporte of a survey conducted for The Department for Community Development- Seniors' Interests*. Curtin, University of Technology. Division of Health Sciences, 2002.
- Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of American Geriatric Society*, 2000; 48(2):205-208.
- Fulmer, T, Guadagno, L, Dyer, C.B, Connolly, MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc*, 2004, 52:297-304.
- Glendenning, F. ¿Qué entendemos por negligencia y maltrato a los ancianos? En Decalmer, P. Y F, Glendenning (Comps). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona, Ed. Piados, 2000;17-56.
- Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-based study. *Scandinavica Journal of Society Medical*, 1993, 21(4):247-255.
- Hamilton, M. A rating scale for depresión. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23:56-62.
- Hamilton, M. The development of a scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 1967, 6:278-296.
- Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and elder abuse. *Clinics in Geriatrics Medicine*, 2005, 21(2):315-332.
- Hudson, M. Elder Mistreatment: a taxonomy with definitions by delphi. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1991, 3 (2):1-20.
- Joshi S, Flaherty JH. Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2005; 21(2): 333-354.
- Katz, S, Ford, A.S, Moskowith, R.W, Jackson, B.A, Jaffe, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 1963, 94:914-919.

- Krug, E.G, Dahlberg, L.L, Mercy, JA, Zwi, AB, Lozano, R. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Lachs, M, Pillemer, K. Abuse and neglect of elderly persons. Review articles. *The New England Journal of Medicine*, 1995, 332 (7):.437-443.
- Lachs, M, Pillemer, K. Elder Abuse. *The Lancet*, 2004, 364: 1263-1272.
- Lázaro del Nogal, M. Abusos y agresiones sexuales en los ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995, 30: 43-7.
- León Salas, B. *El nuevo orden demográfico y sus implicaciones socioeconómicas*. [www.fedea.es/pub/eee/eee165.pdf](http://www.fedea.es/pub/eee/eee165.pdf) 2003.
- Leung FH, Thompson K, Weaver DF. Evaluating spousal abuse as a potencial risk factor for Alzheimer's disease: rationale, needs and challenges. *Neuroepidemiology*, 2006, 27(1): 13-16.
- Mancinas, S.E.E. Factores de riesgo asociados a la violencia familiar contra las personas adultas mayores en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. Tesis doctoral, Monterrey, 2007.
- Martín, M, Salvadó, I, Nadal, S, Miji, L.C, Rico, J.M, Lanz, P, et al. Adaptación para nuestra media de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interviews) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 1996, 6:338-346.
- Matsuda, O. An assessment of the attitudes of potential caregivers toward the abuse of elderly persons with and without dementia. *International Psychogeriatric*, 2007, 19(5): 892-901.
- Motte, C, Muñoz, J. Programas de intervención en malos tratos y negligencia en personas mayores. En Muñoz, J. (Coord). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid, Ed. Pirámide, 2004;15-40.
- Muñoz, J (coord.). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid, Ed. Pirámide, 2004.
- Muñoz-Rivas, M.J, Andreu, J.M.R, Graña, J.L.G, O'Leary, O.K, González, MD. Validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) en población juvenil española. *Psicothema*, 2007, 19(4): 693-698.
- OMS y OPS. (En línea). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. [http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo\\_4.pdf](http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf). 2004. Página consultada el 1 de mayo de 2007.

- Paixao, CM, Reichenheim, ME. A review of screening tools to assess domestic violence against the elderly. *Cad Saude Publica* 2006, 22(6):1137-49.
- Patrick, DL, Erickson, P. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Journal of drugtherapy and research*, 1988; 13:152-158.
- Pérez Rojo G, Izal M, Montorio I, Penhale B. Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology Geriatric*, 2008, en prensa.
- Pfeffer, R.I, Kurosaki, T.T, Harrah, C.H, Chance, J.M, Filos, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*, 1982, 37:323-329.
- Pillemer, KA, Finkelhor, D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*, 1988, 28:51-57.
- Podineks, E. National Survey on Abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1992; 4:5-58.
- Podnieks, E. *Global Response against elder abuse report from Canada*. World Health Organization (WHO) y The International Network for the prevention of elder abuse (INPEA), 2001.
- Reis, M, Nahmiash D. Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 1995, 14:45-60.
- Rivera, J.N. *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid, Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid, 2001.
- Schiamberg, L, Gans, D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1999, 11 (1): 79-103.

## OBJETIVOS CONCRETOS DE LA INVESTIGACIÓN E INTERÉS DE LOS MISMOS

### **Objetivos primarios**

- Determinar la prevalencia del maltrato al anciano con demencia en Salamanca.
- Validar una escala de detección o “screening” del maltrato en el anciano con demencia.
- Establecer una gradación del maltrato a través de la escala validada.
- Análisis de factores que inducen al maltrato

### **Objetivos secundarios**

- Ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas mayores con demencia en Salamanca y Castilla-León en particular, y en España en general.
- Recopilar datos, en referencia a las relaciones familiares del anciano con demencia con sus hijos (puede resultar de gran utilidad para la mejora de las políticas sociales y sanitarias, que tienen a los ancianos con demencia y a sus cuidadores como objeto de dichos programas, en especial para mejorar la aplicación de la ley de dependencia en las diferentes comunidades autónomas de España).
- Establecer un modelo de diseño y de puesta en práctica de estudios poblacionales que tengan como objeto la violencia familiar sobre las personas mayores dependientes.

### **Interés de los objetivos**

La medición de la violencia familiar al anciano se enmarca dentro de la recuperación del concepto de calidad de vida en ancianos frágiles y no frágiles (Benito-León, Morales, Rivera, 2003). En este contexto un examen o diagnóstico clínico tradicional no es suficiente para el examen de las diversas funciones físicas, psicológicas y sociales necesarias para la vida diaria. Si aceptamos la Calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a las diferentes dimensiones de la vida de los individuos que están directamente influenciadas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento y las políticas sanitarias (Patrick y Erickson, 1988), la detección de la ocurrencia de actos violentos a la persona mayor procuraría la posibilidad de elaborar estrategias de intervención adecuadas para mantener al anciano protegido y posibilitarle una buena calidad de vida (Fulmer et al, 2004).

En términos generales, el profesional de salud se encuentra con más asiduidad con formas sutiles de violencia como la negligencia o el abuso psicológico que las formas de violencia explícitas (Lachs, Pillemer, 1995). La identificación de este tipo de maltrato se dificulta en el anciano por la presencia concomitante de dolencias crónicas, cuyas manifestaciones pueden ocultar los actos violentos o disminuir la evidencia clínica de los mismos. La utilización de un instrumento estructurado de detección del maltrato puede facilitar dicha identificación (Paixao, Reichenheim, 2006).

También consideramos necesario realizar un estudio de prevalencia de violencia familiar en personas mayores con demencia, por la escasez de investigaciones de este tipo en España; aunque en los últimos años no sólo se han hecho trabajos de revisión de literatura (Becerra, 2001; Lázaro del Nogal, 1995; Muñoz, 2004), sino diferentes abordajes del tema, como por ejemplo el estudio de Bazo, en el cual se realizan entrevistas a auxiliares de ayuda en domicilio en relación al anciano –sin especificar su grado y tipo de dependencia - (Bazo, 2001); también destacamos un trabajo dedicado al análisis de la representación social del maltrato en las personas mayores (Del Corral, García-Armesto, Pajares, Otero, Ruipérez, 2004), y un estudio que aborda los factores de riesgo de abuso a los ancianos con demencia por parte de sus cuidadores (Pérez Rojo, Izal, Montorio, Penhale, 2008). Nuestro estudio va a basarse en entrevistas directas a familiares de la población anciana con demencia, algo que se hecho de una forma poco frecuente en España.

Tanto la determinación de la prevalencia del maltrato en ancianos con demencia, como la validación de una escala en esa dirección van a posibilitar la mejora, tanto de las políticas dedicadas al anciano dependiente, como a los programas de apoyo a las familias que tengan un anciano con demencia en su seno.

## METODOLOGÍA

La metodología aplicada en el estudio se nutrirá de técnicas cualitativas y cuantitativas en aras de poder utilizar de forma complementaria ambos métodos.

### *Metodología cuantitativa*

#### **Ámbito de estudio, sujetos de investigación, diseño y variables**

Según los cálculos de la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Salamanca esta provincia alberga aproximadamente entre 4,168 y 6,669 casos de personas mayores de 65 años con demencia. Entrevistaremos a 1,000 cuidadores informales de ancianos con demencia de la población diana; las personas seleccionadas procederán de los datos que nos proporcione la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer, el centro de Referencia Nacional de Alzheimer en Salamanca y el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Salamanca.

El estudio de Salud se dividirá en dos fases:

- 1) Estudio piloto: un mes antes del inicio del estudio, se cumplimentarán 50 cuestionarios –procedentes de los datos que nos suministren en la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer- con el propósito de estimar el buen funcionamiento de las dimensiones y variables, corregir posibles fallos de la implementación por parte de los encuestadores y evaluar posibles errores en el diseño inicial del instrumento.
- 2) Estudio real: en esta etapa se administrará un cuestionario consensuado por los investigadores que se incluyan en el proyecto, que tendrá como base los indicadores sobre factores de riesgo en la violencia familiar que Corsi presenta en uno de sus libros (Corsi, 2004) y las escalas que analizan la violencia familiar al anciano, teniendo en cuenta la perspectiva del cuidador, en concreto utilizaremos la escala “Modified version of the Conflict Tactics Scale –MCTS-“, que es una escala sencilla de implementar, la cual no provoca sentimiento de culpabilidad y está diseñada para que pueda ser preguntada por personal no estrictamente sanitaria (Cooper, Maxmin, Selwood, Blanchard and Livingston, 2009) .

### **Cuestionario (al final de la presentación)**

#### **Captación de los sujetos**

Se utilizarán principalmente dos fuentes de captación de cuidadores de ancianos con demencia: 1) Centro de Referencia Nacional de Alzheimer; 2) el servicio de Neurología, del Hospital Universitario de Salamanca; dicho servicio solicitará por escrito –mediante una carta redactada por los investigadores de este proyecto-, a todos los cuidadores informales de personas con demencia que hayan sido detectadas en sus consultas, y que residan en la provincia de Salamanca, su participación. En dicha carta se pedirá permiso para que el equipo investigador se ponga en contacto con ellos, garantizándoles la confidencialidad de los datos y explicándoles de manera general la finalidad del estudio. Una vez que el cuidador haya aceptado su participación en el estudio, se le pedirá permiso para obtener algunos datos clínicos su familiar con demencia que nos pueden ser útiles en el estudio.

Antes de la aplicación del cuestionario o protocolo al cuidador informal se le proporcionará al entrevistado un **consentimiento informado** donde habrá un compromiso del sujeto a la participación en el estudio.

### ***Metodología cualitativa***

En esta investigación vamos a utilizar como instrumento de investigación de metodología cualitativa el grupo de discusión; esta técnica de investigación nos parece adecuada para captar **las representaciones sociales de la violencia al anciano**, así como la percepción sobre diversos aspectos del cuidado y el apoyo al anciano con demencia. Creemos que si detectamos la percepción de los cuidadores informales de las personas con demencia de la violencia, podremos encontrar algunos de los factores que provocan el maltrato.

Para diseñar los grupos de discusión se tendrá en cuenta la complejidad de la relación de ayuda en la que intervienen los cuidadores en la que intervienen, entre otras, las siguientes variables:

- **El estatus socioeconómico de las familias.** Esta dimensión puede explicar tanto las condiciones de atención a la persona con demencia, como la predisposición o actitud de los cuidadores, que pueden serlo por propia decisión o forzados por las circunstancias.
- **La relación entre el cuidador y el anciano con demencia.** Va a prevalecer, por los datos aportados por los estudios de cuidadores informales, los cuidadores hijos (especialmente hijas).
- **Actividad del cuidador:** en la medida que la atención al anciano con demencia supone compatibilizarlo con otras actividades, parece importante distinguir entre los cuidadores que trabajan de forma remunerada y los que no, o bien que han tenido que modificar su trabajo por la atención al anciano.
- **Intensidad de la demencia:** los diversos grados en la severidad de la demencia dan lugar a varios tipos de incapacidades funcionales en las actividades básicas de la vida diaria que, a su vez, determina la dependencia y autonomía del anciano (Rivera, 2001).
- **Adscripción a asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer:** el estar asociado o no determina la perspectiva que se tiene de la enfermedad (normalmente mayor bagaje informativo), la actitud ante el anciano que es cuidado e incluso el acceso a ciertos servicios formales de ayuda.

Teniendo en cuenta esta complejidad de variables se diseñaran cinco grupos de discusión. Dos de los grupos estará compuesto por mujeres cuidadoras –uno de clase media baja y otro de clase media alta-, otro sólo por hombres cuidadores de clase media baja y otros dos mixtos, de mujeres y hombres cuidadores de clase media-baja y media-alta. El número de participantes oscilará entre 5 y 10 personas.

Las fuentes de captación de cuidadores de ancianos con demencia serán la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Zamora, el Centro de Referencia Nacional de Alzheimer y el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Salamanca.