

Construcción y validación de las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA)

Carmen Touza*¹, Carmen Prado² y María Paz Segura²

¹Universitat de les Illes Balears, España ²Universidad de Alcalá de Henares, España

ABSTRACT

Construction and validation of the Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-negligent Behaviour (EDMA). The purpose of this study was to create and validate an instrument for social services professionals to help them detect risk situations involving domestic abuse towards seniors and self-neglecting behaviour. The instrument consists of two scales: the *Elder Scale* and the *Alleged Abuser Scale*. Forty-six social service professionals from 32 municipalities participated in the study, which assessed the status of 278 persons aged 65 and 229 of their family members or close friends. The results show a factor structure for the scales which is consistent with the theoretical base. The scales also obtained very high rates of internal consistency and an adequate stability in their scores over time. As regards evidence of validity, significant differences were found in scores between the group of seniors at risk of abuse and the group who were not at risk and self-neglecting subjects and non-self-neglecting subjects, while correctly predicting and classifying cases. Lastly, significant correlations were obtained with the *Indicators of Abuse (IOA) Screen* and the cases assessed by this instrument were accurately predicted and classified.

Key words: elder mistreatment, self-neglect, social services.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue crear y validar un instrumento de detección de situaciones de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes hacia las personas mayores, para ser utilizado por los profesionales de los servicios sociales. El instrumento se compone de dos escalas: la *Escala sobre la Persona Mayor* y la *Escala sobre el Supuesto Maltratador*. Participaron 46 profesionales de los servicios sociales de 32 municipios, que valoraron la situación de 278 personas mayores de 65 años y 229 familiares o allegados. Los resultados muestran una estructura factorial de las escalas coherente con el planteamiento teórico de partida. Las escalas también obtienen índices de consistencia interna elevados y una adecuada estabilidad temporal en sus puntuaciones. En cuanto a las evidencias de validez, se producen diferencias significativas en las puntuaciones entre el grupo de riesgo de maltrato y el de no riesgo, y entre personas autonegligentes y no autonegligentes, al tiempo que predicen y clasifican correctamente los casos. Finalmente, se obtienen correlaciones significativas con la *Indicators of Abuse (IOA) Screen* y predicen y clasifican correctamente los casos valorados a través de este instrumento.

Palabras clave: maltrato, autonegligencia, servicios sociales.

* La correspondencia relacionada con este artículo debe ser dirigida al primer autor: Carretera de Valldemossa Km. 7,5, Campus Universitario, Edificio Guillem Cifre de Colonya, Universidad de las Islas Baleares, 07122-Palma. E-mail: carmen.touza@uib.es

La necesidad de garantizar los derechos y la calidad de vida de las personas mayores obliga a los profesionales de los servicios sociales a dar respuesta a una realidad social de la que cada vez la sociedad es más consciente: la existencia de personas mayores que sufren malos tratos en entornos institucionales o en la misma comunidad. La justificación de este estudio ha sido la creación de un instrumento que pueda facilitar la labor de estos profesionales. Concretamente, se ha creado un instrumento de detección de posibles situaciones de riesgo de dos de las grandes tipologías de malos tratos: los infligidos por familiares, amigos o personas allegadas (malos tratos domésticos) y los autoinfligidos (autonegligencia). A través de él, los profesionales de los servicios sociales pueden documentar sus sospechas sobre la posible situación de riesgo en la que se encuentra una persona mayor. Tras esta primera evidencia, tendrían que hacer una valoración más profunda que les ayudara a confirmar o a descartar la situación vivida por la persona mayor y planificar las intervenciones oportunas.

Tras analizar los principales instrumentos de detección existentes, se decidió que el instrumento que se quería crear tuviera una serie de características que realmente lo convirtieran en una herramienta útil y válida. Estas características orientaron la investigación y sirven para definirlo. La primera se refiere a su capacidad para detectar mediante un único instrumento situaciones de riesgo de malos tratos domésticos y/o autonegligencia. Los instrumentos revisados se centran en una u otra tipología, pero no permiten valorar ambas. También se consideró que, a diferencia de otros instrumentos, como la *Indicators of Abuse (IOA) Screen* (Reis y Nahmiash, 1995; Reis y Nahmiash, 1998; Reis, 2000), las escalas no identificaran a la persona que podría estar infligiendo los malos tratos 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 tercera característica se refiere al tipo de informaciones en las que se basa la detección de situaciones de riesgo a través de las EDMA y a la posibilidad de utilizarlas en función de los objetivos y las circunstancias de los profesionales que las cumplimentan. Es un instrumento compuesto por dos escalas: la *Escala sobre la persona mayor* y la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato*. Los profesionales pueden elegir si utilizar ambas escalas, sólo una de ellas, o algunas dimensiones de ambas, en función del tipo de sospecha que quieran confirmar (malos tratos domésticos y autonegligencia, o únicamente malos tratos domésticos o autonegligencia) y del tipo de información a la que puedan acceder (la referida a la persona mayor o la referida al posible maltratador, o ambas) o del tiempo que les pueda suponer obtenerla. De esta forma, las EDMA intentan ser un instrumento que incluya las informaciones relevantes para la detección, como son las referidas a la persona mayor, al posible maltratador, a las características de la relación entre ellos y al entorno en el que se produce (Fulmer, Guadagno y Dyer, 2004). Pero, al mismo tiempo, pretende ser un instrumento que se adapte a la realidad y a las posibilidades de quienes decidan utilizarlo.

En cuarto lugar, hay que señalar que las EDMA, al igual que *The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)* o la *IOA* (Reis y Nahmiash, 1995; Reis y Nahmiash, 1998, Reis, 2000), reflejan las valoraciones del profesional que las utiliza, una vez que conoce la situación. No son pruebas de autoinforme, como el *Hwalek-Sengstock*

Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) (Hwalek y Sengstock, 1986; Neale, Hwalek, Scott, Sengstock y Stahl, 1991), la *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS) (Schofield, Reynolds, Mishra, Powers y Dobson 2002; Schofield y Mishra, 2003) o la *Caregiver Abuse Screen* (CASE) (Reis, 1995; Reis y Nahmiash, 1995), para evitar las dificultades o la incapacidad que pueden tener tanto las personas mayores, como los posibles maltratadores, para informar sobre su situación.

Finalmente, la última característica de las EDMA es su perspectiva cuantitativa, es decir, no se trata de un instrumento que base la evaluación en el juicio clínico del profesional. Por otra parte, se han analizado sus propiedades psicométricas, que se presentan en este artículo.

Las EDMA parten del planteamiento según el cual las personas mayores y/o las personas que supuestamente ejercen el maltrato podrían “ser situadas” dentro del continuo trato adecuado/trato inadecuado, que representa la calidad de las relaciones entre la persona mayor y una persona con la que mantiene una relación de especial confianza o las relaciones consigo misma. En uno de estos extremos se encontraría el trato adecuado y en el extremo opuesto (el polo negativo) se situaría el maltrato en sus diferentes manifestaciones.

Se entiende por 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 en las que el bienestar de la persona mayor se ve afectado en mayor medida se corresponderían con las situaciones de malos tratos domésticos y de autonegligencia. Así, el continuo abarcaría desde el trato adecuado a los malos tratos, pasando por situaciones de riesgo en las que hay un trato inadecuado. Esta idea de continuo podría favorecer la detección precoz del problema. Las EDMA detectarían estos dos últimos segmentos del continuo: trato inadecuado y maltrato.

Para conceptualizar los malos tratos domésticos se partió de dos definiciones: la aportada por el *National Research Council* (2003) y la aportada por el *National Center on Elder Abuse* (2001). La primera ofrece una definición global según la cual el maltrato doméstico se define como: (a) acciones intencionales que dañan o que suponen un daño potencial (sea o no intencionado) a una persona mayor vulnerable por parte de un cuidador o de otra persona con la que mantiene una relación de confianza, o (b) el fracaso por parte del cuidador en satisfacer las necesidades básicas de la persona mayor o su protección ante posibles daños. En este estudio se consideró como potencial víctima a cualquier persona mayor de 65 años, sin que necesariamente tuvieran que ser personas vulnerables, aunque determinadas tipologías, como la negligencia, sí que implican la necesidad de cuidados por parte de la persona mayor.

La segunda definición permite concretar y definir las distintas tipologías que formarían parte del concepto (maltrato físico, abuso sexual, maltrato emocional o psicológico, negligencia, abandono y explotación material o financiera) y aporta indicadores de cada una de ellas. Por otra parte, es una de las definiciones sobre la que existe mayor grado de consenso en la literatura científica internacional. La única diferencia con respecto a estas definiciones es que en esta investigación no se consideraron como casos de negligencia aquellos que pudieran ser infligidos por un cuidador remunerado.

La opinión de las autoras de este trabajo es que estos casos pueden tener características diferenciales que podrían hacerlos formar parte de otro tipo de maltrato como es el institucional, que no era objeto de estudio.

El término *autonegligencia* hace referencia a aquellas situaciones en las que una persona mayor no es capaz de realizar las actividades de la vida diaria que le permitirían proporcionarse el cuidado adecuado para garantizar su salud y seguridad y no desea o no es capaz de lograr los servicios que le proporcionen la ayuda que necesitaría. Esta manera de conceptualizar la autonegligencia es aceptada por la mayoría de los investigadores (Touza, Prado y Segura, 2009). El posible desacuerdo entre las definiciones existentes es si considerar como autonegligentes a aquellas personas mayores que deciden, sin tener ninguna dificultad a la hora de tomar decisiones, realizar este tipo de comportamientos. Así, el *National Center on Elder Abuse* (2001) excluye de la definición a 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, el *National Clearinghouse on Family Violence* (1999), defiende la postura contraria. Independientemente de la capacidad de la persona mayor para tomar decisiones, si no es capaz de cuidarse a sí misma y esto supone que se encuentre en una situación de riesgo para ella y/o los que le rodean, se estaría hablando de casos de autonegligencia. En esta investigación se optó por esta segunda posición. La principal razón para hacerlo es considerar que, tanto si es una decisión voluntaria como impuesta (por la pérdida de capacidad de la persona, falta de recursos ...), es necesario que los profesionales de los servicios sociales detecten la situación y puedan proponer las intervenciones y servicios que consideren necesarios.

Las relaciones de los constructos expuestos con otros constructos o indicadores quedan reflejadas en las hipótesis planteadas en esta investigación y que guiaron los análisis de las evidencias externas de validez del instrumento. Los resultados que se esperaba encontrar aparecen explicados en el apartado de resultados de este artículo.

MÉTODO

Participantes

En el estudio de validación participaron 46 profesionales de los equipos de servicios sociales de 32 municipios de Mallorca (España). Todos ellos eran trabajadores sociales, a excepción de dos psicólogos y una terapeuta ocupacional. La muestra de personas mayores consistió en 278 participantes (97 hombres y 181 mujeres), de edades comprendidas entre los 65 y 101 años (el 55,4% de ellos eran mayores de ochenta años), con la excepción de un único participante de 61 años de edad.

La muestra de las personas de las cuales se valoraba el trato que ofrecían a la persona mayor estuvo formada por 229 casos, 89 varones y 140 mujeres. El 15,4% eran menores de 45 años, el 53,7% tenían entre 45 y 64 años y el 30,8% tenían 65 o más años. En la mayoría de los casos se trataba de familiares de la persona mayor (hijas, hijos, cónyuges y otros familiares). Sólo un 3% eran personas allegadas sin relación de parentesco con la persona mayor.

Procedimiento

El proceso seguido para la elaboración y validación de las EDMA se puede dividir en tres fases: (1) diseño del instrumento de detección (de los ítems que podrían conformar las escalas, de las normas de aplicación y selección de las respuestas, del diseño del estudio de validación) y valoración por un grupo de expertos; (2) realización de un estudio piloto; y (3) estudio de validación de las escalas.

Por el interés de los resultados obtenidos, este artículo se centra en el estudio de validación. El lector interesado puede encontrar una información más detallada sobre las dos primeras fases en otras publicaciones (Touza, Segura y Prado, 2004, 2009). Simplemente es importante señalar que por medio de estos dos estudios preliminares se comprobó que los ítems representaban al constructo a evaluar y que eran claros y comprensibles, al igual que las normas de aplicación y selección de la respuesta. También se valoró y se puso a prueba el formato de respuesta planteado y se realizó un primer análisis de la viabilidad del proceso de aplicación del instrumento.

El estudio de validación se llevó a cabo en varias fases:

- 1) Presentación del estudio a los profesionales. A través del *Consell Insular* de Mallorca, el estudio fue presentado a los diferentes equipos de servicios sociales de la isla y los profesionales que lo consideraron oportuno confirmaron su participación voluntaria.
- 2) Formación de los profesionales. Los profesionales que iban a colaborar en el estudio asistieron a un curso de formación sobre aspectos conceptuales de los malos tratos domésticos y la autonegligencia, sobre su detección y la utilización de los instrumentos utilizados en el estudio.
- 3) Selección de los participantes (personas mayores y personas de las cuales se valoraba el trato ofrecido). Los profesionales de los servicios sociales seleccionaron entre sus usuarios al resto de participantes del estudio. Para hacerlo siguieron los criterios establecidos para la selección de la muestra: el tipo de situaciones en las que consideraban que se encontraban las personas mayores, a partir de las definiciones e indicadores ya explicados en la delimitación conceptual del constructo a evaluar (trato adecuado, trato inadecuado, malos tratos domésticos y sus distintas tipologías y comportamientos autonegligentes), la edad, el sexo y la distribución territorial. De esta forma, la selección no fue aleatoria, sino por cuotas basadas en dichos criterios. Se garantizó el anonimato de todos los participantes mediante la asignación de códigos identificativos.
- 4) Primera aplicación. Las personas mayores fueron clasificadas en tres grupos, *maltrato* (distintas tipologías de malos tratos domésticos y/o autonegligencia), *trato inadecuado* y *trato adecuado*. Cada profesional cumplimentó los 77 ítems que se ponían a prueba a prueba en el estudio, excepto en los casos de sospecha de autonegligencia en los que solo era necesario responder a los ítems sobre la persona mayor. Para responder a los ítems no referidos a la persona mayor, en los casos de trato adecuado, los profesionales debían tomar como referencia a alguna persona de confianza de la persona mayor que la tratara adecuadamente. Si existía una relación de cuidados, los profesionales también cumplimentaban la *Indicators of Abuse (IOA) Screen* (Reis y Nahmiash, 1995; Reis y Nahmiash, 1998, Reis, 2000). En algunos casos fueron dos los profesionales que, independientemente, cumplimentaron los dos instrumentos para valorar una misma situación, de cara a analizar el grado de acuerdo interjueces.
- 5) Segunda aplicación. Transcurrido un mes desde la primera aplicación, los profesionales repitieron las acciones realizadas en aquella ocasión, excepto las valoraciones que se

necesitaban para calcular el acuerdo interjueces. En esta segunda aplicación, además, se les pedía que informaran de si en el periodo entre aplicaciones había ocurrido algún acontecimiento o circunstancia relevante para las dos personas evaluadas. Esta información era necesaria para poder saber si los posibles cambios en las puntuaciones se debían a la falta de estabilidad de los instrumentos o a que estos, simplemente, reflejaban las nuevas circunstancias.

Por último, se llevó a cabo la codificación y el análisis de los datos obtenidos, y posteriormente su presentación a los profesionales que habían participado en el estudio. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron los siguientes:

- *Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes en personas mayores* (EDMA). Se sometieron a análisis 77 ítems, 51 referidos a la persona mayor y 26 a la persona que podría infligir malos tratos domésticos. Para los casos en los que se sospechase autonegligencia, sólo se cumplimentaban los primeros. Las respuestas se recogen a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (nada, poco, bastante, muy y totalmente de acuerdo). Las afirmaciones que constituyen los ítems de las escalas contienen tres tipos de información: ejemplos, signos de malos tratos y factores de riesgo (Anetzberger, 2001).
- *Indicators of Abuse (IOA) Screen* (Reis y Nahmiash, 1995; Reis y Nahmiash, 1998, Reis, 2000). Este instrumento fue elegido para poder tener un criterio con el que comparar los resultados obtenidos con las EDMA. Se trata de una escala compuesta por 15 ítems sobre la persona mayor y 12 ítems sobre el cuidador. Se contesta en una escala de 5 puntos e incluye también otras dos categorías de respuesta: “No aplicable” y “No se sabe”. Es un instrumento que informa sobre sus propiedades psicométricas y que comparte características con el instrumento a validar: se creó para ser aplicado por servicios sociales o sanitarios, tiene una orientación cuantitativa y recoge información sobre la persona mayor y sobre el posible maltratador. No abarca los casos de autonegligencia y se centra en la relación de cuidados. A pesar de estas diferencias, la IOA parecía ser la mejor elección por los aspectos comunes con las EDMA y por sus propiedades psicométricas. Es un instrumento que ha obtenido coeficientes α con valores entre .91 y .92 y que ha demostrado evidencias de validez, siendo capaz de ofrecer diferencias significativas en las puntuaciones medias de personas maltratadas y no maltratadas y porcentajes elevados de casos correctamente clasificados (entre el 96,3% y el 88,6% de los casos).

RESULTADOS

Se presentan los análisis realizados y los resultados obtenidos sobre la dimensionalidad de las escalas, sobre las evidencias de fiabilidad y sobre algunas de las evidencias de validez obtenidas. Los análisis se realizaron con los datos de la primera aplicación.

Antes de analizar la dimensionalidad de las escalas y comprobar su fiabilidad, se comprobó si los ítems reunían los requisitos básicos para ser incluidos en análisis posteriores. Para ello se calcularon los estadísticos descriptivos y los coeficientes de correlación de Spearman de cada ítem con los demás. Aquellos que tenían tasas de

respuesta bajas (entre 26 y 28 casos perdidos), en los que no había variabilidad en las respuestas (desviación típica menor que 1) o que obtenían correlaciones inferiores a .30 con los demás, fueron descartados para análisis posteriores. Son ítems que solicitaban información difícil de conseguir para los profesionales (por ej., si la persona había sido maltratada en algún otro momento de su vida) o de los que no había ningún caso de sospecha (indicadores de abusos sexuales). Otros hacían referencia a posibles dificultades para realizar actividades de la vida diaria o a la presencia de signos de deterioro cognitivo en la persona mayor.

Eliminados estos ítems y para conocer la estructura factorial de las escalas, se realizó un análisis factorial exploratorio por el método de extracción de componentes principales y rotación Varimax. Previamente se habían calculado la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett. En la *Escala sobre la persona mayor* el índice KMO alcanzó un valor de .87 y el test de Barlett resultó estadísticamente significativo ($\chi^2_{666} = 5,487, 84; p = .00$). En la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato* el valor del índice KMO fue de .89 y el test de Barlett también resultó estadísticamente significativo ($\chi^2_{210} = 2,938, 49; p = .00$). Estos resultados indicaban que el análisis factorial era pertinente.

Como muestra la tabla 1, la estructura dimensional de la Escala sobre la persona mayor estuvo formada por cuatro factores que explicaban conjuntamente el 54,58% de la varianza (20,96% el primero, 20,61% el segundo, 6,98% el tercero y 6,09% el cuarto). Sin embargo, como se explica más adelante, los análisis sobre la fiabilidad llevaron a prescindir del cuarto factor, por lo que los tres restantes explicarían el 48,56% de la varianza.

Analizando el contenido de los ítems de estos tres factores, las hipótesis planteadas fueron que el primero recogía aspectos relacionados con el abandono, la negligencia y la autonegligencia; el segundo estaba relacionado con maltrato doméstico sin autonegligencia; y el tercero reflejaba específicamente autonegligencia. Los resultados de análisis posteriores sobre la relación entre estos factores y los distintos tipos de malos tratos (coeficientes Eta), vinieron a apoyar estas hipótesis sobre su interpretación.

La estructura resultante en la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato* (tabla 2) constó de tres factores. Analizando el contenido de sus ítems, el primero recogería aspectos relacionados con el ejercicio de trato inadecuado o maltrato, el segundo estaría relacionado con conductas restrictivas y el tercero con la falta de capacidad para ofrecer un trato adecuado. En total explicaban el 61,67% de la varianza. El primer factor explicaría el 23,88% de la varianza, el factor 2 explicaría el 21,26% y el factor 3 explicaría el 16,53%.

En cuanto a las evidencias de fiabilidad obtenidas en este estudio, se analizó dicha fiabilidad desde tres perspectivas: su consistencia interna, la estabilidad de sus puntuaciones y el grado de acuerdo interjueces.

Los resultados mostraron índices de consistencia interna elevados para los dos primeros factores de la *Escala sobre la persona mayor*. En el caso de la dimensión *Abandono, negligencia y autonegligencia*, $\alpha = .91$ y en la dimensión *Maltrato doméstico sin autonegligencia*, $\alpha = .92$. La tercera dimensión es la que obtuvo los resultados más bajos ($\alpha = .74$), aunque también hay que tener en cuenta el reducido número de ítems

Tabla 1. Estructura factorial rotada de la Escala sobre la persona mayor.

<i>Factor</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Presenta signos de falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado...).	.81			
Presenta problemas de salud que pueden deberse a un inadecuado cuidado (malnutrición, deshidratación, hipotermia, infecciones...).	.80			
Vive en una casa que no reúne condiciones higiénicas.	.78			
Carece de la atención sanitaria que requiere.	.77			
Su alimentación es irregular o incorrecta.	.76			
Carece de la atención social que requiere.	.72			
Presenta signos de problemas médicos que no han sido tratados a tiempo.	.70			
Incumple el tratamiento médico prescrito (por infra, sobremedicación o consumo de medicación no prescrita).	.70			
Viste ropa inadecuada para la época del año.	.62			
Carece de las ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis dentales, audífono, andadores, silla de ruedas...) o las lleva rotas o en mal estado.	.61			
Vive en una casa que presenta problemas de habitabilidad (con barreras arquitectónicas, sin agua corriente, sin aseo, sin ventilación...).	.60			
Carece de personas que le puedan prestar la ayuda que necesita.	.56	.40		
Ha sido ingresada por un probable fallo en el cuidado de su salud o de su seguridad.	.56			
Tiene sentimientos ambivalentes hacia la persona que supuestamente ejerce el maltrato.	.81			
Es criticada y tratada con desprecio.	.76			
Cambia su forma de comportarse cuando la persona que supuestamente ejerce el maltrato está delante.	.70			
No parece satisfecha con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados.	.70			
Manifiesta que la tratan mal (dice que le pegan, amenazan, roban, insultan, la dejan sola...).	.68			
Manifiesta estar insatisfecha con su vida.	.66			
Manifiesta tener miedo a algunas personas cercanas a ella.	.65			
Se muestra ansiosa, tensa o rígida.	.65			
Está triste.	.62			
Parece tener miedo ante situaciones cotidianas.	.61			
Tiene relaciones familiares conflictivas.	.59	.44		
Parece que intenta ocultar o justificar el trato que recibe.	.58			
Aunque vive con otras personas, pasa mucho tiempo sola sin que nadie le hable o le atienda.	.56			
Aunque está en condiciones de tomar decisiones, otras personas deciden como debe vivir su vida.	.55			
Los contactos que mantiene con familiares, amigos y vecinos son menos frecuentes de lo que necesitaría para atender sus necesidades.	.52	.55		
Carece de intimidad y privacidad.	.49			
No se atreve a pagar facturas o a realizar gastos sin consultarlo.	.48			
Tiene unas expectativas irreales sobre su situación.		.68		
Ha mantenido comportamientos autonegligentes en otras épocas de su vida.		.62		
Se muestra reacia a recibir ayuda.	.43	.57		
Presenta signos de que ha podido ser golpeada o herida.			.62	
Manifiesta actitudes temerosas o defensivas ante un contacto físico.		.41	.58	
Se ha visto obligada a firmar papeles que no entendía o que le perjudicaban.				.46

Nota. Se incluyen valores de saturación iguales o superiores a .40.

Tabla 2. Estructura factorial rotada de la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato*.

Factor	1	2	3
Ha tenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida.	.82		
Existen indicios de que amenaza a la persona mayor (con dejar de cuidarla, ingresarla en una residencia, pegarle, hacer daño a otras personas...).	.75		
Percibe el cuidado de la persona mayor como “una carga” que no desea asumir.	.74		
Muestra una actitud indiferente hacia la persona mayor.	.71		
Existen indicios de que insulta a la persona mayor.	.70		
Echa la culpa de sus problemas a los demás.	.65		.43
Tiene problemas familiares y/o conyugales.	.62		
Se muestra crítica, suspicaz y/o cautelosa con los profesionales que están en contacto con la persona mayor.	.51	.40	
Existen indicios de que agrede a la persona mayor.	.44	.43	
Impide que la persona mayor tome decisiones a pesar de estar mentalmente capacitada.		.84	
Parece que limita y/o controla las actividades de la persona mayor sin que sea necesario.		.81	
Parece dificultar o impedir que la persona mayor pueda hablar a solas con los profesionales.		.70	
Impone a la persona mayor limitaciones en el uso de su propio dinero cuando ésta tiene capacidad para manejarlo.		.69	
Se observan indicios de que fuerza a la persona mayor a actuar en contra de lo que desea.	.40	.66	
Impide que la persona mayor se relacione con otras personas (no le deja salir de casa, llamar por teléfono, recibir visitas...).		.65	
Parece tener dificultades para resolver las situaciones estresantes o difíciles.	.42		.73
Tiene problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...).			.71
Parece carecer de las capacidades y conocimientos necesarios para cuidar de la persona mayor.			.70
Presenta problemas de conducta (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos...).	.45		.63
Las explicaciones que da sobre la salud o las lesiones de la persona mayor son inverosímiles o contradictorias con las de otras personas.		.49	.55
Se muestra reacia a recibir ayuda.		.43	.54

Nota. Se incluyen valores de saturación iguales o superiores a .40.

que la componen. Por otra parte, esta dimensión no se utilizaría aisladamente para la detección de casos de riesgo, sino en combinación con la primera para los posibles casos de autonegligencia, y junto con las otras dos dimensiones cuando se trate de casos de riesgo de malos tratos domésticos y/o autonegligencia (Touza, Ballester, Segura y Prado, 2009).

Como ya se comentó anteriormente, en esta escala se encontró una cuarta dimensión compuesta por tres ítems, pero se decidió eliminarla de la escala final por poseer una baja consistencia interna ($\alpha = .48$). Los resultados de la escala total, con las tres dimensiones finalmente seleccionadas, fueron también elevados ($\alpha = .93$).

Todos los ítems presentaron coeficientes de correlación corregidos ítem-total superiores a .30 y en ningún caso aumentaba el índice alfa si se eliminaba el ítem. Estos mismos resultados se encontraron al realizar estos análisis con la puntuación total de la escala (Touza, Ballester y Segura, 2009).

Los resultados de la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato* fueron similares. Los índices de consistencia interna de las dimensiones también resultaron bastante elevados: $\alpha = .90$ en la dimensión *Ejercicio de trato inadecuado o maltrato*; en la dimensión *Conductas restrictivas*, $\alpha = .88$; y $\alpha = .84$ en la dimensión *Falta de capacidad para ofrecer un trato adecuado*. El valor de este índice en la escala global fue .93, los coeficientes de correlación corregidos ítem-total fueron superiores a .30 y el índice alpha no aumentaba al eliminar ítems. Estos mismos resultados también se encontraron al realizar estos análisis con la puntuación total de esta escala (Touza, Ballester y Segura, 2009).

Para valorar la fiabilidad como estabilidad en las puntuaciones, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones de los ítems de las escalas en las dos aplicaciones realizadas. Todos los ítems obtuvieron coeficientes de correlación significativos. El rango de los coeficientes obtenidos en los ítems de la *Escala sobre la persona mayor* osciló entre $r_s(gl= 257) = .68$, $p = .00$ y $r_s(gl= 235) = .92$, $p = .00$. En la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato* los coeficientes encontrados se situaron en el rango comprendido entre $r_s(gl= 257) = .73$, $p = .00$ y $r_s(gl= 257) = .92$, $p = .00$. Estos resultados mostraron la estabilidad en las puntuaciones transcurrido un mes en el caso de ambas escalas, aunque, en general, los ítems de la segunda parecieron ser más estables que los de la primera.

Finalmente, para valorar el grado de acuerdo interjueces, también se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones obtenidas por los dos jueces en los factores de las escalas y en sus puntuaciones totales. La puntuación total de la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato*, a pesar de lograr de una correlación elevada, ésta no resultó ser significativa, $r_s(gl= 5) = .73$, $p = .26$. Este resultado podría deberse al reducido número de casos. El resto de coeficientes obtuvieron valores significativos comprendidos entre $r_s(gl= 13) = .99$, $p = .00$ de la puntuación total de la *Escala sobre la persona mayor* y $r_s(gl= 6) = .87$, $p = .01$ de la dimensión *Conductas restrictivas*.

Para poder comprobar la consistencia de estos resultados, dadas las dimensiones tan reducidas de las muestras, se llevó a cabo otro tipo de análisis: comprobar si existían diferencias significativas entre las medias de las dimensiones y de las puntuaciones totales obtenidas por los dos jueces. Los resultados del t-test mostraron que estas diferencias no resultaron ser en ningún caso significativas.

Estos resultados obtenidos sobre las evidencias de fiabilidad de las dos escalas mostraron unos adecuados índices de fiabilidad, tanto valorada a través de la consistencia interna, como considerando la estabilidad temporal en la comprobación test-retest. Sin embargo, los resultados sobre la fiabilidad a través del grado de acuerdo interjueces deberían confirmarse en estudios posteriores con muestras más amplias.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre las evidencias externas de validez del instrumento, como se señaló anteriormente, las relaciones que se esperaban encontrar

entre los constructos a evaluar y otros constructos o indicadores guiaron estos análisis. Concretamente, esperábamos obtener tres tipos de resultados. El primero de ellos se basaba en el hecho de que las escalas están pensadas para detectar casos de riesgo de malos tratos domésticos y de autonegligencia, por lo cual las puntuaciones medias del grupo considerado de riesgo (trato inadecuado y maltrato) en las dimensiones de las escalas y en sus puntuaciones totales deberían ser significativamente superiores a las del grupo de trato adecuado, según los resultados obtenidos a través del t-test. Asimismo, el t-test debería mostrarnos la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones medias de las personas autonegligentes y no autonegligentes, siendo superiores las de los primeros en las dimensiones relacionadas con esta tipología de maltrato.

En segundo lugar, se esperaba que las dimensiones y las puntuaciones totales de las escalas fueran capaces de predecir el grupo de pertenencia (riesgo o no riesgo, autonegligentes o no autonegligentes) de los participantes y de clasificar los casos obteniendo porcentajes elevados de correcta clasificación e índices adecuados de sensibilidad y especificidad. El análisis utilizado fue la regresión logística, seleccionando como variables predictoras las puntuaciones en las dimensiones, las puntuaciones totales de las escalas y las posibles interacciones entre dimensiones; mientras que la variable dependiente fue el grupo de pertenencia de los participantes.

Finalmente, el tercer tipo de resultados que se esperaba encontrar era que las puntuaciones y la clasificación de los casos (riesgo o no riesgo) que se obtendrían utilizando las EDMA coincidirían con las que se obtendrían aplicando otro instrumento de detección de similares características como es la IOA. Por ello se quería constatar la existencia de correlaciones (r) significativas entre las puntuaciones de la IOA y las de las EDMA y que por medio del análisis de regresión logística las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de las EDMA predecían correctamente la clasificación de pertenencia al grupo de riesgo o de control obtenida utilizando el IOA.

En la tabla 3 se exponen los resultados de la primera de estas evidencias. Como muestra dicha tabla, en todas las dimensiones de las EDMA y en las puntuaciones totales de las dos escalas las puntuaciones del grupo de riesgo de malos tratos domésticos fueron significativamente superiores a las del grupo de trato adecuado.

La *Escala sobre la persona mayor* debe también poder usarse para detectar casos de personas con comportamientos autonegligentes. Si esto es así, las puntuaciones de estas personas en las dimensiones *Abandono*, *negligencia* y *autonegligencia* y *Específicamente autonegligencia* deberían ser significativamente superiores a las obtenidas por las personas no autonegligentes, mientras que no tendrían porqué obtenerlas en la dimensión *Maltrato doméstico sin autonegligencia*. Los resultados confirmaron esta hipótesis: *Abandono*, *negligencia* y *autonegligencia*, $t(272)= 7,67$, $p= .00$; *Específicamente autonegligencia*, $t(258)= 11,96$, $p= .00$. En el caso de la dimensión *Maltrato doméstico sin autonegligencia*, $t(107,58)= -2,04$, $p= .04$, siendo la puntuación media de las personas autonegligentes ($M= 29,86$) inferior a las de las personas mayores sin este tipo de comportamientos ($M= 33,10$).

Al ser las EDMA un instrumento de detección de situaciones de riesgo de malos tratos domésticos y/o comportamientos autonegligentes, se consideró necesario comprobar su capacidad para clasificar correctamente a los participantes en función del tipo de trato

Tabla 3. Diferencias de medias en las dimensiones de las EDMA.

	Grupo	n	M	DT	t	gl	p
Abandono, negligencia y autonegligencia	Riesgo	139	26,46	10,41	-13,21	162,43	.00
	No riesgo	89	14,26	2,52			
Maltrato domestico sin autonegligencia	Riesgo	136	41,24	13,47	-16,31	187,87	.00
	No riesgo	87	20,37	5,12			
Específicamente autonegligencia	Riesgo	130	6,22	3,15	-7,76	187,39	.00
	No riesgo	87	3,80	1,33			
Puntuación total Escala sobre la persona mayor	Riesgo	123	74,14	19,90	-17,76	172,65	.00
	No riesgo	83	38,66	7,99			
Ejercicio de trato inadecuado o maltrato	Riesgo	133	23,20	8,36	-18,16	142,07	.00
	No riesgo	88	9,77	1,33			
Conductas restrictivas	Riesgo	135	10,62	5,42	-9,46	138,66	.00
	No riesgo	90	6,17	0,58			
Falta de capacidad para ofrecer un trato adecuado	Riesgo	133	13,60	5,55	-13,52	155,04	.00
	No riesgo	89	6,80	1,36			
Puntuación total de la Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato	Riesgo	56	54,52	15,32	10,51	80,58	.00
	No riesgo	156	30,71	12,02			

recibido (un trato adecuado u otros tipos de trato, es decir, trato inadecuado o malos tratos domésticos), o en función de si presentaban o no comportamientos autonegligentes. Para realizar esta comprobación se utilizó el análisis de regresión logística con un procedimiento secuencial o “paso a paso”. En primer lugar, se exponen los resultados logrados a partir de la *Escala sobre la persona mayor*.

La capacidad de esta escala para predecir y clasificar los casos de sospecha de trato inadecuado, malos tratos domésticos y/o autonegligencia fue analizada por medio de dos modelos predictivos: introduciendo las tres dimensiones de la escala y sus posibles interacciones como variables predictoras y utilizando como tal la puntuación total. En ambos casos se obtuvieron porcentajes elevados de explicación de la variación de la variable dependiente y de casos correctamente clasificados. Los índices de sensibilidad y especificidad también resultaron elevados.

Por su fácil manejo, parecía especialmente interesante el modelo que utilizaba como variable predictora la puntuación total de la escala. Los resultados de los análisis mostraron que era una variable significativa que explicaba el 78,5% de la variable dependiente, que clasificó correctamente el 91,4% de los casos y sus índices de sensibilidad y especificidad fueron 93,2% y 89,2%, respectivamente.

Para los casos de sospecha de trato inadecuado y malos tratos domésticos se plantearon tres modelos. En el primero las variables predictoras fueron las tres dimensiones de la escala y sus posibles interacciones como variables predictoras. La dimensión *Específicamente autonegligencia* no resultó ser significativa, lo que parece razonable si se tiene en cuenta que en este caso no se incluyó la autonegligencia en

la variable dependiente. Posiblemente ésta sea la razón por la cual los resultados del segundo modelo puesto a prueba, que utilizó como variable predictora la puntuación total de la escala, obtuvo buenos resultados, aunque ligeramente inferiores al primero.

Viendo los resultados del primer modelo y la importancia de las dimensiones *Abandono, negligencia y autonegligencia* y *Malos tratos domésticos sin autonegligencia*, se decidió poner a prueba, en un tercer modelo, la capacidad predictiva y clasificadora de la suma de las puntuaciones de éstas, ya que sería la manera en la que finalmente podría ser utilizada la escala por los profesionales. Los resultados mostraron porcentajes elevados de explicación de la variación de la variable dependiente (77,4%) y de casos correctamente clasificados (89,5%), así como índices de sensibilidad y especificidad también elevados, 89,6% y 89,5%.

Para los casos de sospecha de autonegligencia se comprobaron tres modelos. El primero empleó como variables predictoras las tres dimensiones de la escala y sus interacciones. Resultó ser significativa la interacción entre las dimensiones *Maltrato doméstico sin autonegligencia* y *Específicamente autonegligencia*. El peso de esta interacción fue menor que el de las otras dimensiones, pero su signo resultó ser negativo ($\beta = -0,01$), lo que podría deberse a que son situaciones poco compatibles, porque la autonegligencia es un tipo de maltrato autoinfligido, mientras que los malos tratos domésticos requieren a otra persona que los inflija. Este modelo explicaba el 66,2% de la variación de la variable dependiente, clasificaba correctamente el 92,2% de los casos y sus índices de sensibilidad y especificidad fueron, respectivamente, 71,1% y 96,1%.

Ante estos resultados y pensando en la utilización de la escala por los profesionales, se comprobó si la suma de las puntuaciones de las dimensiones *Abandono, negligencia y autonegligencia* y *Específicamente autonegligencia* era una variable predictora significativa. Los resultados de los análisis mostraron que lo era y que el modelo explicaba el 34,6% de la variable dependiente. Por otra parte, aunque el porcentaje de casos correctamente clasificados fue del 85,2% y aunque demostró una elevada especificidad (95,8%), su sensibilidad (31%) resultó ser bastante más reducida que cuando se consideraron como variables predictoras las puntuaciones de cada una de las dimensiones y sus interacciones.

Como la dimensión *Específicamente autonegligencia* fue la variable que logró un peso mayor en el primer modelo predictivo, se decidió plantearla como única variable predictora en un tercer modelo. Aunque los resultados obtenidos reflejaron una elevada especificidad (94,5%), sin embargo la sensibilidad de este segundo modelo (44,2%) fue bastante más reducida que la del primero.

Con relación a la *Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato*, se valoró su capacidad para predecir y clasificar los casos de sospecha de trato inadecuado y malos tratos domésticos, por medio de dos posibles modelos predictivos. En el primero se incluyeron como posibles variables predictoras las tres dimensiones de la escala y sus interacciones. Los resultados señalaron como significativas la dimensión *Ejercicio de trato inadecuado o maltrato* y la interacción entre las otras dos dimensiones, siendo especialmente importante la primera dimensión. En el segundo modelo resultó ser significativa la puntuación total de la escala con unos índices muy similares a los del primer modelo y algo más elevados que los obtenidos con la *Escala de la persona mayor*, en cuanto al porcentaje de varianza explicada y a la especificidad. Concretamente,

este modelo explicaba el 85,5% de la variación de la variable dependiente, clasificó correctamente el 92,5% de los casos y sus índices de sensibilidad y especificidad fueron 91,1% y 94,3%, respectivamente.

Para valorar las posibilidades que ofrecía la utilización de informaciones procedentes de la persona mayor y del posible maltratador, interesaba conocer qué modelo surgiría combinando dimensiones de las dos escalas. Para hacerlo se introdujeron en los análisis todas las dimensiones de ambas escalas y sus interacciones, excepto la dimensión *Específicamente autonegligencia*, ya que esta tipología no formaba parte de la variable a predecir. Los resultados mostraron que eran significativas las dimensiones *Abandono*, *negligencia* y *autonegligencia* y *Ejercicio de trato inadecuado o maltrato*. Posteriormente, se comprobó que la suma de estas dos dimensiones también era una variable significativa y los resultados que obtuvo eran comparables a los obtenidos en los modelos predictivos presentados anteriormente para este tipo de situaciones de sospecha. Este modelo explicó el 86,4% de la variación de la variable dependiente, clasificó correctamente el 92,2% de los casos, con un índice de sensibilidad de 92,4% y un índice de especificidad del 92%.

Para terminar con la exposición de las evidencias de validez, se presentan los resultados sobre la existencia de correlaciones significativas entre las puntuaciones alcanzadas a través de la IOA y de las EDMA, y si las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de éstas predijeron correctamente la clasificación de pertenencia al grupo de riesgo o de control que se obtendría empleando la IOA. Estos análisis se realizaron únicamente con aquellos casos en los que el posible maltrato se produciría en una relación de cuidados, ya que este es el tipo de contexto de interacción entre víctima y maltratador que consideraría la IOA.

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson de la puntuación total de la IOA y de la resultante de sumar las puntuaciones de las dimensiones *Abandono*, *negligencia* y *autonegligencia* y *Ejercicio de trato inadecuado o maltrato*, ya que son las dos dimensiones que permitían predecir la sospecha de trato inadecuado y de malos tratos domésticos. Con $n=190$, el valor alcanzado fue $r=.88$, siendo $p=.00$. También se calculó este mismo coeficiente entre la puntuación total de la IOA y la suma de las puntuaciones de las dimensiones *Abandono*, *negligencia* y *autonegligencia*, *Maltrato doméstico sin autonegligencia* y *Ejercicio de trato inadecuado o maltrato*. En este caso, incluir la segunda dimensión de la escala permitía que estuvieran mejor representadas las distintas tipologías de malos tratos domésticos. Los resultados con $n=183$, fueron un valor del coeficiente $r=.91$ y $p=.00$. En ninguno de estos análisis se incluyó la dimensión *Específicamente autonegligencia*, porque la IOA no está pensada para detectar este tipo de comportamientos.

Para comprobar si las evaluaciones realizadas a partir de las dimensiones de las EDMA predecían correctamente el grupo de casos identificados como “controles” y el grupo de casos identificados como de “riesgo” a partir de la IOA, el análisis utilizado fue la regresión logística. Se eligieron como variables predictoras las dimensiones *Abandono*, *negligencia* y *autonegligencia* y *Ejercicio de trato inadecuado o maltrato*, por la misma razón expuesta al hablar de las correlaciones.

Los resultados mostraron que tanto la dimensión *Abandono*, *negligencia* y

autonegligencia ($\beta= 0,22$, Wald $\chi^2= 7,75$, $p= .00$), como la dimensión *Ejercicio de trato inadecuado o maltrato* ($\beta= 0,57$, Wald $\chi^2= 19,88$, $p= .00$), resultaron ser predictores significativos. Explicaban el 83,5% de la variación de la variable dependiente y clasificaron correctamente el 91,8% de los casos.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue la creación de un instrumento capaz de detectar un amplio rango de situaciones de riesgo de malos tratos, que contemplase la posibilidad de que tales situaciones pueden producirse tanto si el posible maltratador ejerce el rol de cuidador como si no ejerce dicho rol, que se adaptase a las necesidades de los profesionales que lo utilizarían y comprobar sus propiedades psicométricas. Creemos que este objetivo ha sido logrado en gran medida. Las EDMA pueden ser un instrumento útil para los profesionales de los servicios sociales si van a detectar casos de riesgo de malos tratos domésticos y/o de comportamientos autonegligentes en personas mayores. Por otra parte, pueden utilizar las escalas de manera flexible, es decir, según el tipo de sospecha y de información disponible, ya que tras los análisis explicados en esta publicación, se calcularon, por medio de las curvas ROC, los puntos de corte para cada dimensión de las escalas y sus índices de sensibilidad y especificidad, según la utilización que se quiera hacer de ellas (Touza, Ballester, Segura y Prado, 2009).

Sin embargo, y aunque las EDMA obtienen evidencias de fiabilidad y de validez comparables a las de otros instrumentos, es importante advertir que algunos de los resultados obtenidos pueden deberse a las características de la muestra utilizada en la investigación. No se pudo contar con una muestra representativa de la población de personas mayores usuarias de los servicios sociales, aunque las características de la muestra sean muy semejantes. Lo más adecuado sería poder repetir el estudio con una muestra más amplia y representativa de toda la población de personas mayores, o al menos, de las que son usuarias de los servicios sociales, ya que las EDMA están pensadas para ser aplicadas desde los mismos.

Así, los resultados del análisis de los ítems obligaron a descartar dos de ellos referidos a dos importantes factores de riesgo que muestran diversas investigaciones: la dependencia económica y los problemas con el alcohol u otras drogas por parte del posible maltratador. Las razones podrían ser varias. El nivel económico de las personas mayores de la muestra del estudio no es muy elevado, lo que quizás dificulta su explotación. Por otra parte, y como señalan algunas investigaciones (Cohen, Halevi-Levin, Gagin y Friedman, 2006), el tamaño de la muestra puede dificultar que aparezcan reflejados algunos factores de riesgo cuya presencia en la población es menor, como el tener problemas debido al consumo de alcohol u otras drogas. Del mismo modo, al no haber en la muestra ningún caso de sospecha sobre abuso sexual, no es posible asegurar que las EDMA sean un instrumento que pueda servir para detectar situaciones de riesgo de esta tipología de malos tratos.

REFERENCIAS

- Anetzberger G (2001). Elder Abuse Identification and Referral: The Importance of Screening Tools and Referral Protocols. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13, 3-22.
- 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. *Journal of Aging and Health*, 18, 660-685.
- Fulmer T, Guadagno L y Dyer CB (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 297-304.
- Hwalek MA y Sengstock MC (1986). Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical Screening Instrument. *The Journal of the Applied Gerontology*, 5, 153-173.
- National Center on Elder Abuse (2001). *Major Types of Elder Abuse*. Extraído el día 1 de Septiembre de 2001 desde <http://www.elderabusecenter.org/basic/index.html>.
- National Clearinghouse on Family Violence (1999). *Self-neglect by Older Adults*. Extraído el día 23 de Septiembre de 2001 desde http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/age_snegl_e.html.
- National Research Council (2003). *Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC y Stahl C (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *The Journal of the Applied Gerontology*, 10, 406-418.
- Reis M (1995). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14, 45-60.
- Reis M (2000). The IOA Screen: An Abuse-Alert Measure That Dispels Myths. *Generations*, 24, 13-16.
- Reis M y Nahmiash D (1995). *When Seniors are Abused: A Guide to Intervention*. North York, ON: Captus Press, Inc.
- Reis M y Nahmiash D (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist*, 38, 471-480.
- Schofield M y Mishra GD (2003). Validity of Self-Reports Screening Scale for Elder Abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43, 110-120.
- Schofield M, Reynolds R, Mishra GD, Powers JR y Dobson AJ (2002). Screening for Vulnerability to Abuse among Older Women. Women's Health Australia Study. *Journal of Applied Gerontology*, 21, 24-39.
- Touza C, Ballester LI y Segura MP (2009). ¿Qué propiedades ha demostrado? En C Touza (Dir.), *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia* (pp. 125-161). Madrid: Ediciones Pirámide y Edicions UIB.
- Touza C, Ballester LI, Segura MP y Prado C (2009). ¿Cómo se interpretan las puntuaciones? En C Touza (Dir.), *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia* (pp. 163-168). Madrid: Ediciones Pirámide y Edicions UIB.
- Touza C, Prado C, Segura MP (2009) ¿Hay diferentes tipos de malos tratos? En C Touza (Dir.), *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia* (pp. 27-37). Madrid: Ediciones Pirámide y Edicions UIB.
- Touza C, Segura MP y Prado C (2004). Initial conclusions on the design and validation of the Inadequate Treatment Detection Scale for elders. *The Journal of Adult Protection*, 6, 4-14.
- Touza C, Segura MP y Prado C (2009). ¿Cómo se ha creado? En C Touza (Dir.), *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia* (pp. 97-109). Madrid: Ediciones Pirámide y Edicions UIB.

Recibido, 17 Diciembre, 2009
Aceptación final, 20 Noviembre, 2010