

El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención

A. Bover Bover^a, M.L. Moreno Sancho^b, S. Mota Magaña^c y J.M. Taltavull Aparicio^d

Introducción

El envejecimiento de las poblaciones de nuestro entorno, debido a la baja natalidad y al aumento de la esperanza de vida, ha provocado un incremento muy considerable de las personas con problemas crónico-degenerativos, y por tanto dependientes, sobre todo en mayores de 85 años. Se prevé que para el año 2050 los mayores de 85 años serán el doble del número actual y que en el 2020 habrá más personas mayores de 65 años que niños¹. La población de individuos mayores de 85 años es la más vulnerable a crisis físicas, mentales o financieras, y estos factores producen una mayor necesidad de cuidado por parte de sus familias o de la sociedad².

A este aumento de la dependencia se le suman otros factores derivados de los cambios socioeconómicos y de la percepción social de la vejez y de sus consecuencias. Todo ello conlleva la aparición de nuevas demandas en salud. Frente a estas emergentes necesidades nos encontramos unos sistemas sociosanitarios no preparados, ni conceptualmente ni en recursos, para afrontar los nuevos retos planteados. Ante esta dificultad de atención y respuesta por parte de las instituciones públicas, el ámbito doméstico cobra cada vez mayor protagonismo. Es allí donde el

cuidado informal es el principal, y muchas veces el único recurso de cuidado para muchos ancianos³. Esta exigencia mayor de cuidados para las familias de los ancianos se encuentra con una menor disponibilidad y posibilidad del recurso informal, con una mayor presión social por la competencia socioeconómica de la familia, sobre todo de la mujer, cuidadora tradicional de la familia, y en consecuencia de los ancianos.

Esta doble presión de exigencia de mayor cuidado y de menor disponibilidad para ofertarlo provoca un importante impacto en la salud, tanto en la de los ancianos como en la de la familia cuidadora.

Uno de los problemas que va tomando cada vez más protagonismo en la escena de la salud comunitaria es el maltrato al anciano o anciana, en el domicilio o en las instituciones en que se encuentran confinados. Sólo el 5% de las personas mayores de 60 años reside en instituciones. La mayoría de los individuos de este grupo vive en su propia casa o en casas de sus allegados, de éstos alrededor de un 20% son dependientes de otros para las actividades de la vida diaria². El equipo de salud, especialmente los profesionales de enfermería, tenemos un papel fundamental en la detección e intervención en el maltrato al anciano, las enfermeras/os debemos conocer con más detenimiento el alcance y las consecuencias de este problema sociosanitario, así como su responsabilidad ante él.

Con este artículo los autores pretendemos dar una visión amplia y estructurada de los conceptos que están implícitos en el maltrato al anciano no institucionalizado, así como proponer estrategias de intervención dirigidas a la enfermera comunitaria y al equipo de salud.

Para ello, hemos realizado una exhaustiva revisión bibliográfica a fin de poder perfilar el marco conceptual referido al maltrato al anciano. Las estrategias de intervención propuestas se derivan tanto de las diferentes propuestas bibliográficas como de nuestra propia experiencia asistencial.

El trato y maltrato al anciano/a

El trato al anciano, así como de otras personas dependientes, viene definido según los patrones culturales de la comunidad de referencia, el momento histórico y el entorno sociocultural en el que nos encontremos. El valor social del anciano o anciana, ligado al papel asignado según esos valores, marcará el tipo de consideración que los pueblos tienen hacia sus componentes más mayores. El tratamiento

^aProfesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca. Baleares. España.

^bEnfermera del Centro de Salud Son Pisa (APS de Mallorca). Profesora Asociada del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca. Baleares. España.

^cEnfermera del Centro de Salud Son Pisa (APS de Mallorca). Palma de Mallorca. Baleares. España.

^dEnfermera Equipo Soporte de Atención Domiciliaria (APS de Mallorca). Palma de Mallorca. Baleares. España.

Correspondencia:

A. Bover.
Universitat Illes Balears.
Edificio Beatriu de Pinós.
Ctra. Valldemossa, Km 7,5.
07071 Palma de Mallorca. Baleares. España.
Correo electrónico: andreu.bover@uib.es

Manuscrito recibido el 27 de marzo de 2003.

Manuscrito aceptado para su publicación el 6 de mayo de 2003.

Palabras clave: Maltrato al anciano. Atención domiciliaria. Valoración de enfermería. Estrategias de intervención.

del adulto mayor varía en las diferentes culturas en función de diversos factores, como las condiciones económicas de la sociedad, la estructura familiar, las creencias religiosas y la estructura política⁴. Se puede medir el desarrollo de una sociedad por su capacidad de prestar cuidados a los grupos más dependientes; esta preocupación impregna normas y leyes cuyos fines pretenden preservar una buena atención a dichos colectivos⁵. Las actitudes hacia los ancianos y el trato que reciben varían mucho, pero en la mayor parte de las sociedades tradicionales son tratados con respeto, mientras llevan a cabo algún tipo de actividad que se valora como necesaria. Suelen estar en peores condiciones relativas y en un estatus más bajo en las sociedades llamadas desarrolladas que en las primitivas y, en general, al llegar a la etapa de decrepitud, cuando son dependientes de otros, la consideración y el respeto hacia ellos sufren una fuerte devaluación. Podemos encontrar modelos culturales muy alejados en cuanto al trato que se les daba a los ancianos; por ejemplo, en la antigua China el anciano era venerado, y golpear o herir a un mayor era considerado delito castigado incluso con la muerte. En otros pueblos, como el esquimal, la necesidad de supervivencia obligaba al abandono en un medio con condiciones climatológicas extremas y, por tanto, a una muerte segura a las personas discapacitadas, entre ellos los ancianos dependientes, incapaces de valerse por sí mismos⁶. Algunas sociedades mataban a sus mayores, pero no lo hacían como forma de maltrato, falta de respeto, odio, desprecio o desdén, sino porque la cultura determinaba que ello era lo mejor para la supervivencia del grupo⁴.

Estos ejemplos tan dispares son una muestra de la gran diversidad de modelos sociales y antropológicos ante la vejez, tanto a través de la historia de los pueblos, como en un presente también diverso en culturas y sociedades.

Uno de los valores tradicionales de la sociedad española es el cuidado a los mayores cuando lo necesitan. Generalmente, los españoles entendemos como una obligación moral este cuidado, lo cual coincide plenamente con el deseo de los propios mayores, que prefieren los cuidados de la familia a los que les puedan ser prestados desde los servicios sociales⁷.

En nuestro ámbito sociocultural, los valores referidos al envejecimiento han sufrido una profunda transformación en pocos años. Tradicionalmente, en nuestra cultura mediterránea el anciano era una figura con un importante papel dentro de la dinámica familiar y social; representaba la memoria histórica y sus posibles limitaciones físicas eran suplidas por la experiencia y la sabiduría, que en una sociedad eminentemente agrícola eran elementos muy considerados para la supervivencia de los pueblos y el mantenimiento de la identidad cultural.

La era de la industrialización y de la tecnología ha aportado unos vertiginosos cambios socioeconómicos que han contribuido a un cambio también de valores, entre ellos el de la vejez. El papel actual del anciano o anciana está poco definido y con mínima relevancia. La revolución de

los medios de comunicación que promueven el consumo como valor básico para el mantenimiento del sistema productivo actual, la exaltación de la juventud y la caducidad cultural desacreditan todo lo que anteriormente representaban los ancianos, con una pérdida importante de significado social.

La exigencia constante a la competencia y el consumo derivados de los nuevos valores promovidos por las nuevas fórmulas económicas y la crisis de los valores tradicionales (religión, familia, estado, etc.) está provocando un grado elevado de frustración y agresividad en la población, que sufren particularmente los colectivos más vulnerables: niños, discapacitados, jóvenes, mujeres y ancianos⁸, sin dejar de mencionar los colectivos marginales derivados de la pobreza o la inmigración.

El maltrato infantil y el de las mujeres está teniendo, afortunadamente, un eco importante, tanto en los medios de comunicación como en iniciativas políticas que pretenden la concienciación social y la protección de estos grupos.

El maltrato al anciano no presenta, desgraciadamente, el mismo protagonismo: históricamente los ancianos han sido ignorados, al ser considerados como personas adultas y con poder, por tanto capaces de cuidar de sí mismos, a diferencia del interés suscitado por el maltrato infantil⁹. No hay que olvidar el hecho probable de que en un hogar donde una mujer es maltratada, los niños y los ancianos tienen tanto o mayor riesgo de sufrir abusos de fuerza.

Larrión¹⁰ explica que la existencia de este tipo de situaciones de violencia en la familia y en las instituciones de asistencia y atención, provoca un fuerte desconcierto en la población y en los profesionales. Es frecuente encontrar una fuerte resistencia a su reconocimiento, que proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones como «lugares de protección».

El problema del maltrato no tiene la misma presencia que tienen otros problemas de las personas mayores, como la pobreza (13,2%) o los problemas cognitivos (6%), pero en números absolutos es impactante el número de personas maltratadas, ya que en esta etapa de la vida nos encontramos con una conjunción de problemas que todavía hacen más difícil el bienestar¹¹. Teniendo en cuenta el constante incremento de la población senil en las sociedades más desarrolladas, cabe esperar que este tipo de maltrato sea cada vez más frecuente, con un impacto muy importante sobre la salud de la población anciana y la de sus familias. La situación es de tal magnitud que el maltrato y el autoabandono están asociados directamente con el aumento de la mortalidad, con una disminución importante de la supervivencia, y el maltrato es considerado como un predictor de muerte del anciano o anciana¹².

Conocer el maltrato y sus tipos

El abordaje profesional del maltrato requiere, en primer lugar, un conocimiento y un consenso sobre lo que enten-

demos por maltrato. La primera referencia que se halla en la bibliografía científica sobre el fenómeno del anciano maltratado es una carta publicada en el año 1975 por Burston en la revista *The British Medical Journal* titulada «Granny battering» (abuela apalizada), seguida por un artículo de Butter's titulado «¿Por qué sobrevivir? Ser anciano en América», donde se describe por primera vez el síndrome de la persona anciana apalizada¹³.

Definir el concepto de maltrato es difícil, ya que lleva implícito consideraciones culturales¹⁴. Según el país, el Estado, el grupo étnico o cultural, e incluso en los trabajos de los diferentes autores (Douglas, 1983; Lau y Kosberg, 1979; Saverman y Hallberg, 1992; Chillds et al, 2000), podemos encontrar en la bibliografía múltiples definiciones de índole muy diversa. Como manifiesta una de las autoridades más importantes en el tema del maltrato a ancianos, Rosalin Wolf, esta falta de coherencia ha dificultado la creación de una base de conocimientos que permita desarrollar intervenciones y programas preventivos. Podríamos destacar la definición de malos tratos a ancianos del trabajo de Hudson¹⁵ realizada por un grupo de expertos mediante una técnica Delphi: «Es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor».

En nuestro país en la Primera Conferencia Nacional de Consenso¹⁶ sobre el anciano maltratado, celebrada en Almería el 4 de mayo de 1995, se elaboró la llamada Declaración de Almería sobre el anciano maltratado, en la que se acuerda una definición de maltrato al anciano considerado como: «Todo acto u omisión sufrido por persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones)».

El maltrato al anciano se observa en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico. Puede ocurrir tanto en instituciones (públicas o privadas) como en el domicilio, pero con más frecuencia se encuentran implicados los propios familiares y los cuidadores.

Existen una serie de factores que están descritos en la bibliografía¹⁴ que quizá contribuyan a definir más claramente la naturaleza del maltrato:

- Comisión: el acto de abuso premeditado.
- Omisión: la falta de provisión de los cuidados y soporte necesarios.
- Activo/intencional: complicidad e intencionalidad para cometer un acto.

– Pasivo/no intencionado: cuando el abuso es causado por una falta de conocimientos, habilidad, esfuerzos o recursos.

– Trato deficiente: pobre trato.

– Maltrato: trato dañino.

La clasificación diseñada por el National Center on Elder Abuse (NCEA) de Estados Unidos realiza una interesante aportación sobre los diferentes tipos de abuso o maltrato¹⁴, en ella se pueden distinguir diferentes categorías de abuso y maltrato que pueden ser útiles para su conceptualización (tabla 1).

Los motivos del maltrato. El conocimiento de los posibles factores desencadenantes del maltrato es muy importante para el profesional sanitario en la prevención y detección del maltrato. Algunos autores^{22,23,25,38,39,41} (y también Godkin, 1989; Coyne y Reichman, 1993; Chasco, 1996; Wolf, 1999; Asamblea Médica Mundial, 2000) han expuesto diferentes teorías que pretenden explicar el maltrato en el anciano y sus causas; éstas las podemos aglutinar en el conjunto siguiente:

Teoría del aprendizaje social o de la violencia transgeneracional. Establece que la violencia se aprende; de este modo, es probable que niños maltratados cuando crezcan se conviertan en maltratadores de sus padres.

Teoría del cansancio (estrés = tensión) del cuidador. Establece que el maltrato y la negligencia para con el anciano aparecen cuando los factores estresantes tanto externos como relacionados directamente con el cuidado superan un determinado umbral en el cuidador.

Teoría del aislamiento. Expone que la privación de las redes sociales es un factor de riesgo para sufrir maltrato y negligencia.

Teoría de la dependencia. La fragilidad funcional (pérdida de autonomía) y la enfermedad (enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer) son condiciones de riesgo para que se dé el maltrato.

Teoría de la psicopatología del maltratador. Establece que el agente de maltrato posee características de personalidad consideradas patológicas (esquizofrenia, ideas paranoides, etc.).

Otras teorías propuestas. Desde el consumo de sustancias tóxicas por parte del cuidador, hasta la dependencia de éste sobre la persona que recibe los cuidados (la víctima). También se señalan cuestiones socioculturales y ambientales, como la adecuación de la vivienda, la actitud social ante la vejez o la cultura de ayuda o solidaridad.

Algunos autores¹⁷ apuntan más a una teoría ligada al incremento de la violencia social. La presión del contexto sociocultural es definitoria para la existencia de todos los tipos de maltrato; esta presión está ligada a la llamada «generación del yo» creada desde los años sesenta, con el

TABLA 1 Clasificación de tipos de abuso o maltrato a ancianos/as (National Center on Elder Abuse, NCEA, EE.UU.)

Abuso físico: golpear, uso ilegal o innecesario de sujeciones, o excesiva medicación

Abuso sexual: contacto sexual sin consentimiento

Negligencia: falta de provisión de las necesidades básicas

Físico: referido a la vestimenta, movilidad, higiene, salubridad, que es demorada o denegada

Médico: referido al tratamiento médico (p.ej., mamografía a los mayores de 85 años, tratamiento activo de la depresión, etc.) debido a la edad, coste o reembolso limitado, atribuir a signos de la edad sin diagnóstico específico

Emocional: falta de comunicación efectiva (p.ej., gritar sin saber la capacidad para sentir, etc.), falta de provisión de estimulación psicológica, exposición a olores y ruidos desagradables

culto al individuo, su cuerpo, sus libertades y la devoción al éxito personal, al dinero y al consumo. Existe, por tanto, una convicción generalizada de no necesitar la comunicación con los demás, ni entrar en la vida de otros con empatía, imparcialidad y afecto. Cuando estos valores de autosuficiencia y éxito personal no son alcanzados, desembocan en conductas aberrantes, como son la violencia social o familiar. En este extremo el anciano puede ser la víctima propiciatoria del fracaso social y personal del contexto familiar y social.

Esta diversidad de teorías explicativas del maltrato no puede verse de manera aislada; seguramente, en cada caso de abuso o maltrato al anciano hallaremos una conjunción más o menos variada de estas diferentes causas; por tanto, la detección de una o varias de ellas nos permitirá estar alerta ante la posibilidad de la existencia o riesgo de maltrato.

Cómo detectar el maltrato.

Su incidencia

Es evidente que las manifestaciones físicas del maltrato son fácilmente reconocibles, aunque cabe destacar que, a pesar de que el impacto de éstas es muy importante sobre la salud del anciano, hay una detección más difícil con relación a otros tipos de maltrato por diversas causas. En primer lugar, aunque el abuso al anciano ocurre tan frecuentemente como otra forma de violencia doméstica, la detección y el registro son menores; algunos autores anotan una razón de un registro frente a seis casos existentes¹⁸; otros apuntan hasta una relación de uno a 15 registrados en gran proporción por los trabajadores sociales; a mucha distancia están los registros de enfermeras/os y, por último, los de los profesionales médicos¹⁹. Existen varios factores que influyen en la detección y el registro de un abuso a un anciano; a veces el anciano presenta un grado importante de dependencia del cuidador o una implicación emocional, una necesidad de permanecer en la casa o está institucionalizado, etc. La falta de conocimientos (Pénale, 1993; Rosenblatt, Cho y Durance, 1996), así como la diferencia de criterio al registrarlo, también contribuyen al problema de la escasa detección (Tatona, 1993; Blakely, Dolon y May, 1993). Otra barrera es la actitud profesional y social

ante las personas mayores, según la cual los profesionales identificarán y tratarán el abuso al anciano como un serio problema de salud, dentro del ámbito de su competencia (Matlaw y Mayer, 1986; Pénale, 1993; Rosenblatt et al, 1996). A veces el anciano tiene una actitud sumisa y está aterrado para hablar²⁰.

Los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras/os²¹, debido a su relación directa con la familia cuidadora y con otros agentes del cuidado, debemos ser muy susceptibles a estos casos utilizando los recursos de que disponemos para la detección pronta; la actuación a través de equipos multidisciplinarios es la mejor manera de coordinar la atención de forma integral del caso de maltrato²². El enfoque multidisciplinario beneficia a la víctima del maltrato y disminuye la carga de responsabilidad, que es así compartida por los profesionales implicados en el seguimiento del caso²³. No obstante, la detección del maltrato por parte del profesional conlleva una serie de dificultades. Swagerty²⁴ apunta algunas de ellas, como son: la poca o nula formación para reconocer el maltrato, la actitud desfavorable hacia el adulto mayor, la poca información en la bibliografía sobre el maltrato al anciano, la incredulidad y la desgana para atribuir signos al maltrato, la presencia sutil (deshidratación, escasa higiene...), el aislamiento de las víctimas, el miedo a descubrir o enfrentarse al abusador, la resistencia a denunciar el maltrato si es sólo una sospecha, la persona maltratada no quiere que el abuso sea denunciado, la falta de conocimientos sobre los procedimientos en la denuncia del hecho y, por último, el temor a arriesgar la relación con el anciano y la familia.

Los instrumentos de medida actuales para la evaluación de los malos tratos en personas mayores varían desde los que pretenden diferenciar casos positivos (víctimas), casos negativos (no víctimas) hasta los que pretenden hacer una clasificación detallada. También existen inventarios que intentan detectar las personas que se encuentran en situación de riesgo.

Todos los estudios señalan que no existen grandes progresos en las escalas de medida de los malos tratos desde los ochenta. Entre los instrumentos más utilizados actualmente podemos mencionar los siguientes: Spiane de Jonson (1981), Detección de Maltratos (EADI) de Bloom

TABLA 2 Preguntas dirigidas al anciano/a para la detección del posible maltrato^{23,33,49}

¿Alguien le ha pegado?
¿Algún miembro de la casa le tiene atemorizado?
¿Alguien le ha quitado alguna de sus pertenencias sin pedirle permiso?
¿Alguien le ha obligado a hacer cosas que usted no quería hacer?
¿Alguien le ha tocado alguna vez sin su consentimiento?
¿Está usted solo mucho tiempo?
¿Alguien le ha gritado o amenazado?
¿Alguien le ha hecho firmar documentos que usted no comprendía?
¿Se siente seguro donde usted está viviendo?

TABLA 3 Preguntas al cuidador para valorar su interacción con el anciano/a¹

¿Le ocasiona mucho trabajo cuidar a...? ¿Es un trabajo cansado o frustrante para usted?
¿Tiene ayuda de alguien en el cuidado a...? ¿De quién? ¿Tiene a veces dificultades para hacer lo mejor para él/ella?
¿Cuál es el mejor camino para manejar la situación cuando esto ocurre?
¿Sería útil para usted la ayuda de alguien para proporcionar los cuidados?
¿Cuál sería la mejor ayuda para usted?

(1989), Estado de Salud y Actitud frente a la Vida (HALF) de Ferguson y Beck (1983), Protocolo de Identificación y Evaluación de Maltratos y Negligencia de Tomita (PIAEAN) (1981).

Las visitas de rutina que habitualmente realizan los profesionales sanitarios, sobre todo los de enfermería, pueden ser de gran utilidad para la detección del posible maltrato. Butler³³ señala algunas preguntas simples y directas hacia el anciano (tabla 2). Es importante que la entrevista para averiguar si hay malos tratos se haga en privado, pues la presencia del posible abusador puede intimidar al paciente, al igual que puede ser reticente a revelar según qué información delante de otras personas, entre ellas el personal sani-

tario²⁵. Winham (2000) propone una serie de preguntas hacia el cuidador que serán útiles para valorar su interacción con la persona mayor y el posible riesgo de existencia de maltrato al anciano (tabla 3). Mediante la entrevista, la enfermera/o puede reconocer las características del cuidador, de la persona anciana y del entorno que determinan las situaciones o factores de riesgo de maltrato²⁶.

La valoración de enfermería es una herramienta fundamental para detectar el maltrato o el abuso al anciano en el domicilio. La valoración física inicial será de gran utilidad para detectar los signos evidentes de maltrato físico (tabla 4). Otros tipos de maltrato, como la negligencia y el abuso emocional o financiero, podrán ser detectados en la valoración específica de enfermería según el modelo de referencia. En el caso del modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, hay que poner especial atención en los aspectos recogidos en cada una de las necesidades como posibles indicadores de maltrato (tabla 5); ello nos permitirá evaluar el impacto y las implicaciones del posible maltrato en la salud del anciano y de la familia. En el listado de diagnósticos de enfermería de la NANDA²⁷ podemos destacar un grupo de ellos cuya existencia puede indicar una certeza o riesgo de maltrato al anciano, ya que están íntimamente ligados a las causas posibles y a las manifestaciones del mismo (tabla 6).

Algunos autores²⁸ han definido también una serie de características de determinadas comunidades, que se han demostrado ligadas directamente al riesgo de presencia de maltrato de ancianos en esa comunidad; éstos son la elevada densidad de población, la pobreza infantil, los abusos a niños y la falta de escolarización. Este estudio demostró que los factores demográficos eran un factor de riesgo importante a tener en cuenta en la detección del maltrato al anciano.

A nivel nacional, los datos hallados sobre la incidencia en el maltrato se derivan de dos estudios realizados, uno en el ámbito hospitalario²⁹, que obtuvo una incidencia del 8,57%, y otro más reciente, un estudio subvencionado por el CSIC realizado por Bazo (2001) en una población de

TABLA 4 Indicadores de maltrato físico en el anciano/a⁵⁰

<i>Lesiones múltiples</i>
Múltiples heridas: abrasiones, escaras, laceraciones o quemaduras en varios estadios de curación
Múltiples fracturas: en varios estadios de curación. Fracturas en espiral y fracturas en vara
Contusiones: múltiples en muñecas, hombros o alrededor del abdomen; en los brazos; de forma extraña; de coloración diferente en la cara interna de los muslos o brazos; en la zona genital; pequeñas o irregulares contusiones que indican pellizcos; en la boca; luxaciones y esguinces recurrentes
Lesiones en la cabeza, en la cara o el cuello: fractura orbitaria; hematoma ocular en antifaz y alopecia por arrancamiento del cabello de forma agresiva y brusca. Fracturas dentales
Quemaduras: suelen ser en lugares poco frecuentes producidas por objetos o por líquidos muy calientes
Arañazos
Exudación o sangrado vaginal o anal, dolor en la zona genital
Úlceras de presión o contracturas

TABLA
5**Aspectos a tener en cuenta en la valoración de un anciano/a, según el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, para la detección de maltrato**

1. Necesidad de respirar normalmente: dificultades para respirar y si las medidas para solventarlo se realizan (uso de aerosoles, oxígeno domiciliario, ventilación inadecuada de la habitación)
2. Necesidad de comer y beber: déficit nutricional, signos de deshidratación, cambios de peso recientes, dieta inapropiada
3. Necesidad de eliminación: incontinencia urinaria o intestinal y signos de déficit de higiene y cuidado de la zona, no facilitar el acceso al WC
4. Necesidad de moverse y mantener la posición adecuada: dificultades en la movilidad y medidas que se adoptan para solucionar los problemas relacionados con ésta. Posición incorrecta en la cama y/o en la butaca
5. Necesidad de dormir y descansar: características ambientales de la habitación, abrigo suficiente e higiene de la cama. Dificultad para conciliar el sueño
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: aspecto físico descuidado, ropas no adecuadas a las condiciones climatológicas y al estado de salud del anciano
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal: presencia de sistemas para regular la temperatura en el hogar, agua caliente y otras actividades para el control de la temperatura corporal. Hipotermia
8. Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel: aspecto físico descuidado, hábitos de higiene deficitarios por parte del propio anciano o del cuidador, mal estado de las uñas. Olor en el cuerpo y la ropa. Presencia de pulgas o piojos. Características generales del hogar: falta de limpieza, desorden, hacinamiento
9. Necesidad de evitar peligros: frecuentes visitas a los servicios de emergencia, retraso entre las posibles heridas y la demanda de asistencia, caídas y accidentes recientes, presencia de elementos de riesgo en la casa y ausencia de elementos de protección. Bajo estado anímico del anciano y del cuidador, actitud poco colaboradora de la familia cuidadora. Omisión del uso de gafas o aparatos para la audición. Insuficiente demanda de atención sanitaria por parte del cuidador y/o anciano. Falta de cumplimiento del plan terapéutico, excesiva medicación, sobre todo sobredosificación, automedicación. Dejarlo solo en casa durante largos períodos. Confusión y desorientación
10. Necesidad de comunicarse: déficit sensoriales, manifestación de sentimientos negativos o de temor hacia el cuidador y la familia. Expresión de sentimientos de cansancio y/o hostilidad hacia el anciano/a por parte del cuidador/familia. Signos de abuso sexual. Trato infantil. Evitación del contacto visual por parte del anciano. Resistencia al contacto físico o directo con otros. Miedo a los extraños. Aislamiento social
11. Necesidad de vivir según valores y creencias: falta de respeto por parte del cuidador de las creencias, valores y expectativas del anciano y actitud del anciano ante ello. Conflictos entre los cuidados de salud actuales y las creencias y valores
12. Necesidad de ocuparse de la propia realización: manifestaciones de baja autoestima, depresión. No adaptación a los cambios en los papeles familiares por la actividad de cuidar. Abuso financiero, falta de control sobre los bienes por parte del anciano, cambios testamentarios, firma de documentos sin su comprensión
13. Necesidad de participar en actividades recreativas: cambios en las actividades de entretenimiento y manifestaciones de aburrimiento
14. Necesidad de aprender: conocimientos del anciano, cuidador y familia acerca de su situación de salud y los cuidados requeridos. Actitud para aprender y resolver problemas, presencia de limitaciones mentales o psicológicas para el aprendizaje. Falta de estimulación y de información (noticias, acontecimientos, etc.)

ancianos que recibía ayuda domiciliaria; en éste se detectó un 4,7% de los casos con maltrato. Los datos estimados de incidencia de maltrato en la población anciana de Estados Unidos fueron en 1981 de un 4,1%⁹, aunque se puede afirmar que en el ámbito internacional los conocimientos de tipo epidemiológico son extraordinariamente limitados¹⁰. En Europa, en países como Noruega o Finlandia, se estima que un 1-3% de la población mayor de 65 años que vive en su domicilio es maltratada por sus parientes³⁰. Según otros estudios estadounidenses, casi dos millones de personas mayores de 65 años sufren abusos¹⁴, otros explican que la prevalencia puede oscilar entre un 1 y un 5%²⁴. Según el National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS) de 1998, sobre 15 Estados de EE.UU., la incidencia era de un 1-2% de la población mayor de 60 años³¹. Incluso autores como Bradinah (1998) sugieren una variación del 4-10%. Podemos comprobar que no existen unas cifras estables y concordantes en la incidencia, lo que manifiesta una dificultad explícita en la detección y la definición del maltrato por parte de los profesionales responsables de su registro. En cuanto al aumento progresivo del maltrato en ancianos a través del tiempo, sí encontramos acuerdo entre los diferentes autores. La distribución de los tipos de maltrato experimentados por ancianos detectados en un estudio en el

ámbito nacional en EE.UU. en 1996 fue, en un 48,7% negligencia, un 35,4% maltrato emocional, un 30,2 % maltrato financiero, un 25,6% maltrato de tipo físico, un 3,6% abandono y un 0,3% abuso sexual.

El maltratado y el maltratador

La necesidad de una prevención y una intervención prontas, con la pretensión de evitar mayores consecuencias en el maltrato, nos obliga a detectar cuáles son los sujetos más susceptibles de recibir maltrato y los cuidadores más propensos a realizarlo.

No existe una tipología clara del anciano maltratado, si bien los primeros estudios sugerían que las víctimas de sufrir maltrato tenían una mayor probabilidad de ser mujeres, viudas, débiles, con déficit cognitivos y con un número elevado de enfermedades crónicas^{9,21,24}. Otros estudios²⁵ no han encontrado diferencias en la prevalencia de maltrato en varones y mujeres ancianos, fuertes o más débiles, con la función cognitiva intacta o dañada y entre los «ancianos jóvenes» y los «ancianos viejos».

Los estudios más recientes coinciden en la elevada frecuencia de mujeres. Los términos abuso y maltrato a ancianos son totalmente neutros en cuanto a género y obvian que las dos terceras partes de las víctimas que

TABLA 6 Grupo de Diagnósticos de Enfermería posibles en el riesgo o certeza de maltrato a anciano/a, según la NANDA

Deterioro de la movilidad física (1973,1998)
Déficit de autocuidado
Alimentación (1980, 1998)
Baño/higiene (1980, 1998)
Vestido/acicalamiento (1980/1998)
Uso del WC (1980, 1998)
Aislamiento social (1982)
Deterioro de la interacción social (1986)
Manejo inefectivo del régimen terapéutico (1992) y/o familiar (1994)
Interrupción de los procesos familiares (1982, 1998)
Cansancio en el desempeño del papel de cuidador (1992, 1998, 2000)
Riesgo de cansancio en el desempeño del papel de cuidador (1992)
Afrontamiento inefectivo (1978, 1998)
Afrontamiento familiar
Incapacitante (1980, 1996)
Comprometido (1980, 1996)
Deterioro en el mantenimiento del hogar (1980)
Déficit de actividades recreativas (1980)
Riesgo de violencia autodirigida (1994)
Aflicción crónica (1998)

denuncian los malos tratos en EE.UU. son mujeres maltratadas³². Las mujeres son las que sufren las tres cuartas partes del maltrato psíquico y hasta el 92% del financiero³³. En el estudio de Dolan³¹, las mujeres presentan mayor proporción el maltrato emocional, el físico y el financiero, y en el caso de los varones el abandono, seguido del maltrato físico y del emocional eran los más frecuentes. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Bazo (2001), en el que se demuestra que el sexo femenino es más propenso a padecer maltratos que el masculino. Algunos autores³⁴ sí consideran muy evidente la relación entre sexo y maltrato, hablan de la feminización de la edad adulta: son las mujeres las que ocupan más este espacio de vida, y a veces se encuentran en una situación de pobreza y dependencia debido al papel histórico de cuidadora familiar, que ha sido una desventaja para ocupar un lugar en el mercado laboral. Las mujeres mayores tienen una tasa mucho más alta de enfermedad crónica que los varones. La pobreza y la enfermedad están relacionadas como factores de riesgo en el maltrato. Las mujeres son también mayoritariamente las cuidadoras, tanto formales como informales, de las personas mayores discapacitadas y, por tanto, las cuestiones de sexo también se trasladan al ámbito del maltrato al anciano.

En resumen, podemos decir que las características más habituales del anciano maltratado encontradas en los diferentes estudios^{2,17,23,35} son:

- Mujer.
- Mayor de 75 años. El riesgo de maltrato aumenta por tres en las personas mayores de 75 años y por cuatro en las mayores de 85 años¹⁹.
- Elevada dependencia con el cuidador para cubrir sus necesidades básicas.
- Alteraciones de la movilidad.
- Deterioro cognitivo, con trastornos mentales.
- Dificultades o imposibilidad para comunicarse.
- Patología crónica.
- Incontinencia.
- Aislamiento social.
- Conflicto intergeneracional.
- Con sentimientos de culpa.
- Excesivamente leal y estoicismo por parte del anciano.
- Historia previa de maltrato.
- Comportamiento provocativo.
- Problema de alcoholismo.

En cuanto a los maltratadores, las características definitorias varían según las diferentes poblaciones de estudio. Diferentes estudios sugieren que el abuso tiende a ser cometido por un miembro familiar cercano de la víctima. Quien abusa tiende a ser mujer, de mediana edad, con otra persona dependiente a su cargo, con un nivel bajo de autoestima y que se siente atrapada.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidadores de las personas mayores son mujeres, no resulta una sorpresa saber que tiendan a ser mujeres quienes cometen los abusos. Sin embargo, la incorporación paulatina de los varones en el cuidado de los mayores se ha visto reflejada en los resultados de estudios realizados recientemente. Así, por ejemplo, un estudio realizado en Inglaterra con casos de abusos destaca el gran número de varones que cometieron los abusos, teniendo en cuenta su baja participación en el colectivo que forman los cuidadores de las personas mayores³⁶. En varios trabajos se confirma que el maltratador es el cuidador principal, y éste un familiar de primer grado; el 58% de los abusadores suelen ser los cónyuges³⁷. Algunos autores^{2,17,35} señalan que los maltratadores pueden presentar una serie de características que les hacen propensos a producir el abuso, que son:

- Consumo de drogas o alcohol.
- Enfermedad mental o emocional.
- Inexperiencia en los cuidados.
- Problemas económicos.
- Haber sido maltratado en la infancia.
- Estrés.
- Sin contactos con el exterior de la casa.
- Sentimientos de culpa.

- Falta de empatía y comprensión de la situación del anciano/a.
- Expectativas no realistas.
- Dependencia económica del anciano/a.
- Hipercríticos.

No debemos olvidar que hay otros tipos de maltrato diferentes del físico, más sutiles e igualmente negativos para la salud del anciano, como la falta de atención sensorial y emotiva o el abandono, que no precisan un perfil de cuidador tan definido y agresivo.

También se señalan características del sistema familiar de alto riesgo para la comisión de maltrato³⁵:

- Falta de apoyo familiar, escasa red de ayuda.
- Reacios a ser cuidadores.
- Hacinamiento.
- Aislamiento social.
- Conflicto marital.
- Presiones económicas.
- Problemas intrafamiliares.
- Deseo para la institucionalización del mayor.
- Distribución de las responsabilidades no armónica.

La aparición de estas características será un posible predictor de riesgo o de existencia de maltrato.

Estrategias de intervención ante el abuso o maltrato del anciano/a

Los equipos sociosanitarios tienen un papel fundamental en las estrategias dirigidas a detectar y prevenir el maltrato al anciano o anciana. Philips et al³² expresan la importancia de la participación de un tercero en el juego relacional para romper ciertas dinámicas quizá negativas. A veces, la familia o el cuidador no son conscientes del tipo de dinámica relacional existente. El agente exterior puede cambiar el poder relacional en el interior de la familia, haciendo que la comunicación expresada mediante el síntoma, pueda ser traducida, asimilada y que genere cambio. Las dificultades de intervención según estos mismos autores se encuentran a dos niveles: el poder llegar a una visión compleja de la demanda y la ausencia de una verdadera interdisciplinariedad en las intervenciones. En el ámbito de la atención primaria de salud es donde los profesionales del equipo de salud pueden incidir más directamente en la cuestión. El tipo de organización y la filosofía de este nivel asistencial permiten abordar las dificultades expuestas con mayores posibilidades de resolución. Varios autores^{22,38-40} consideran fundamental la coordinación del equipo multidisciplinario para poner en marcha programas comunitarios que permitan la prevención y la intervención en el maltrato. Algunos autores^{21,41} consideran que el papel del profesional de enfermería es básico en la detección y la intervención en este tipo de abuso; son estos profesionales los

que mantienen un mayor y más constante contacto con los ancianos y sus familias o cuidadores, tanto en la consulta como en la atención domiciliaria y en el ámbito comunitario en general. Una visión interdisciplinaria y próxima a la situación específica, como la del profesional de enfermería, es la que nos permite abordar con mayor posibilidad de éxito un problema tan complejo.

Podemos distinguir tres niveles de actuación de los profesionales del equipo multidisciplinario, y específicamente de las enfermeras y enfermeros: *a)* estrategias dirigidas al anciano y a los cuidadores; *b)* estrategias comunitarias, y *c)* estrategias sociopolíticas.

Hacia el anciano/a y la familia cuidadora

El objetivo de estas estrategias es la detección del posible maltrato o su riesgo, así como potenciar acciones que lo eviten o palien sus posibles consecuencias, tanto en el anciano como en los cuidadores.

Para ello, es necesaria una adecuada valoración del anciano, del cuidador principal, de la familia y de la vivienda; es muy importante desarrollar una relación terapéutica adecuada que permita la comunicación fluida y con confianza del anciano y su familia. De esta recogida de información genérica, utilizando los registros que tengamos a nuestra disposición o creamos más convenientes, detectaremos los posibles signos y características tanto en el perfil del anciano, como del cuidador y familia que nos puedan sugerir un posible maltrato o riesgo. Si hay suficientes datos para corroborar esta hipótesis, podemos utilizar algunos de los instrumentos que la bibliografía nos señala para hacer una detección más específica del maltrato (Risk of Elder Abuse in the Home, REAH) que combinados con otras escalas de vulnerabilidad del anciano (Vulnerability Assessment Scale of the Aged Person: VASAP) y estrés del cuidador (Stress Assessment Score of the Caregiver: SASC) nos pueden permitir una detección mucho más eficaz⁴²; incluso encontramos alguno de ellos validado en nuestro país²⁹. Evidentemente, nuestro plan de atención irá dirigido a las particularidades detectadas en cada caso. La detección de una posible causa de maltrato o abuso precisará una atención multidisciplinaria con la coordinación del profesional de enfermería que facilitará el contacto con el resto de los profesionales, así como la red de soporte tanto comunitaria, como social o legal que precise. El equipo de salud debe ser sensible al aumento de las necesidades de cuidado, a las expresiones de estrés de los cuidadores y a los episodios de pérdida de control por parte del anciano o de los miembros de su familia². Los profesionales de enfermería tienen un papel primordial en la labor educativa como formadores y como elementos de soporte de los cuidadores informales. Deben aprender a reconocer los signos indicadores de maltrato y los diagnósticos relacionados, además de conocer cómo derivarlo, si llega el caso, hacia un procedimiento legal, ágil y satisfactorio²¹. No debemos olvidar que los profesionales sociosanitarios deben velar por la se-

guridad de sus clientes y, por tanto, la denuncia de los hechos es una obligación no sólo ética sino legal.

En la atención comunitaria

El objetivo en este tipo de estrategias será reforzar o crear todas las iniciativas que potencien y sostengan las redes de apoyo comunitario hacia el cuidado informal, así como la sensibilización de la comunidad en un concepto positivo de la vejez y también la sensibilización ante un problema concreto como es el maltrato al anciano.

Una de las estrategias básicas es el desarrollo de actividades de promoción de la salud relacionadas con la vejez. Una de las líneas de actuación es la concienciación sobre el valor del anciano y su papel social, así como denunciar públicamente los posibles problemas de salud derivados de nuestro contexto y estilo de vida, fomentando hábitos de vida saludables tanto en el anciano como en los cuidadores.

A partir de una valoración inicial de los recursos formales e informales y de los valores socioculturales inmersos en nuestra comunidad, se puede y debe estimular la creación de programas específicos de atención a cuidadores informales, así como otro de tipo de programas más creativos según los recursos comunitarios existentes: programas intergeneracionales, experiencias de acogimiento, grupos de autoayuda, voluntariado, etc. Incluso, si el número de casos de maltrato detectado es significativo, se habrá de estructurar un programa específico de atención tanto para el anciano maltratado como para los cuidadores maltratados^{39,41}.

Las experiencias de programas del llamado *empowerment*, o empoderamiento, realizadas en el caso de maltrato de mujeres nos pueden ser útiles para desarrollar grupos de ancianos/as maltratados/as con el objetivo de conseguir que las víctimas adquieran seguridad en sí mismas y recuperen el control y el poder de decisión sobre sus propias vidas. Este tipo de programas ayuda a romper el aislamiento social al que habitualmente se ven sometidas las víctimas, ofreciendo recursos para poder desvincularse del tipo de relación o para poder reorientarla.

Aunque no hay que olvidar que el mayor y quizá más impactante maltrato no es el físico sino el psicológico y el social, el desprecio por la vejez, el aislamiento, la soledad, la falta de estímulos, ya no sólo afectivos sino también sensoriales, pueden ser igual o más dañinos que el maltrato físico evidente. La indiferencia puede ser el peor de los maltratos.

Estrategias sociopolíticas e institucionales

El objetivo de estas estrategias es incidir en las políticas sociosanitarias de nuestro entorno en la medida que promuevan iniciativas y recursos dirigidos a solventar y paliar el maltrato al anciano/a.

La responsabilidad de los profesionales sociosanitarios no acaba en la atención individual, grupal o comunitaria. Las

necesidades de salud detectadas en la población deben hacerse llegar a los poderes públicos y privados que dirigen y distribuyen los recursos sociosanitarios, que son los que definen, en suma, las políticas de salud y sus prioridades de actuación. La deficiencia y la falta de coordinación de los recursos sociosanitarios existentes de apoyo al cuidado informal pueden ser factores que contribuyen a la persistencia y el aumento del maltrato al anciano^{38,43}. Desde el mayor soporte para realizar los cuidados precisos en el domicilio, hasta la existencia de suficientes plazas residenciales, hospitales de día, centros de acogida, etc., son acciones fundamentales para evitar una sobrecarga en los cuidadores y, por tanto, un nivel elevado de agresión. Las desigualdades económicas que pueden generar dependencia de los cuidadores a los ancianos también son un elemento favorecedor de los malos tratos a las personas mayores⁴⁴.

La participación activa como abogados de nuestros usuarios o clientes es una de las premisas básicas en la definición de la práctica profesional de enfermería⁴⁵. La existencia de un marco legal específico que respalde tanto a las víctimas como a las organizaciones y los servicios que intervienen en el tema es necesaria para asegurar la protección del anciano y el adecuado tratamiento del problema. En algunos Estados de EE.UU. y Canadá existen legislaciones específicas de protección al adulto, con todo un circuito protocolizado para la detección, notificación y puesta en marcha de los servicios de protección, con un marco legal que apoya y delimita sus intervenciones. En España no existe ningún tipo de legislación específica para el maltrato al anciano, aunque sí existen acciones concretas dirigidas a otro tipo de maltrato, como es el infantil y, sobre todo, el maltrato a la mujer que ha adquirido una gran relevancia. Aunque contamos desde 1995 con la Ley 24.417 de «Protección Contra la Violencia Familiar», ésta está impregnada de prejuicios respecto a los ancianos⁴⁶, y desde 1996 con el nuevo Código Penal, donde se da una mayor protección a las víctimas por lesiones en el ámbito doméstico, no existe un marco legal propio y apropiado para poder amparar este tipo de maltrato y abuso. Solamente el artículo 619 del Código Penal hace referencia específica a las personas mayores estableciendo que: «No prestar asistencia o auxilio a una persona de edad avanzada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados: pena de multa de 10 a 20 días»⁴⁷. Algunas comunidades, como la de Cantabria (Ley 6/2001 20 de noviembre⁴⁸) y la andaluza (Ley 6/1999 7 de julio⁴⁸) sí contemplan legislaciones específicas en referencia al tema con una ley de protección al mayor, aún sin reglamentar.

En 1998, el Congreso de los Diputados instó al Gobierno a dictar una normativa que regulara la situación de las personas mayores. Ya está elaborado el primer borrador de anteproyecto de Ley Orgánica de Protección a la Dependencia, que si bien no está circunscrita a las personas mayores, sí tiene una incidencia fundamental en este sector de la po-

blación, y puede ofrecer respuestas a determinadas situaciones de angustia ante una posible y futura incapacidad. Dicho anteproyecto contempla, entre otros objetivos, la definición del concepto de la situación de dependencia, criterios para la valoración de la misma que permitan establecer distintos grados y reconocimiento de los derechos de las personas dependientes, de manera especial incide en el apoyo a familias cuidadoras y la mejora de la protección de los derechos civiles y jurídicos de los mayores dependientes.

Algunos países europeos, como Finlandia y Holanda, tomaron hace tiempo medidas relativas a la protección de la dependencia; más recientemente, algunos países, como Austria (donde se publicó en 1993 la Ley de Protección a la Dependencia), Alemania (en 1994 se dictó la Ley Federal sobre el Seguro de la Dependencia), Francia (en 1996 se puso en vigor la Ley de Cuidados a la Dependencia) y otros, como Bélgica y Luxemburgo, están elaborando proyectos similares. También se está trabajando en esta dirección en el seno de la Unión Europea por el Consejo y la Comisión⁷.

A modo de conclusión

El maltrato a los ancianos es un problema de salud que está tomando cada vez más fuerza en nuestro entorno social, aunque no va acompañado de una respuesta por parte de los sistemas sociosanitarios adecuada a la intensidad del problema, ni genera el eco social que sí tienen otros tipos de maltrato, como el doméstico y el infantil.

En nuestro entorno existen escasas investigaciones que den claros datos sobre la incidencia, la distribución y las causas específicas. Un mayor conocimiento sobre el impacto real del maltrato en la población anciana de nuestro país sería básico para dar a conocer a la sociedad española la verdadera dimensión del problema, y suscitar un debate social que implique a los diferentes poderes públicos y permita abordar la cuestión desde una perspectiva multisectorial.

Para un abordaje efectivo del problema del maltrato al anciano, es imprescindible la creación de un marco legal específico que ampare las actuaciones de los profesionales sociosanitarios ante este problema (tanto en la detección como en la notificación del abuso), dé protección a la víctima y asista al maltratador.

Desde los sistemas sociosanitarios se precisa una formación específica de los profesionales de los equipos multidisciplinarios, y preferentemente de las enfermeras/os que realizan atención domiciliaria, dirigida a la detección y el tratamiento del maltrato, así como el diseño de protocolos de actuación frente al problema y la estructuración de servicios de apoyo y programas específicos dirigidos a las víctimas y las familias. Es necesario impulsar también el aumento de recursos para los cuidados de larga duración, tanto en atención domiciliaria como en lugares de acogida para los ancianos, aunque sean reserva de plazas en resi-

dencias u hogares de día, para casos de elevado riesgo o certeza de maltrato, acompañados de los suficientes programas de reinserción.

El maltrato a ancianos es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas. No importa el nivel económico de quien lo ejerce o lo padece. El maltrato vulnera los derechos fundamentales de las personas, como son la libertad, la propiedad, la privacidad, la libre expresión, la salud y la vida; por ello, es un problema de todos, y es la sociedad en su conjunto quien puede y debe considerar el tema del maltrato a los ancianos. La implicación de los profesionales sociosanitarios, sobre todo el personal de enfermería, que tienen un contacto más directo y continuado con los ancianos y sus familiares en las visitas domiciliarias, es fundamental para un abordaje realmente efectivo de este problema.

Bibliografía

1. Whindam D. The millennial challenge: elder abuse. *J Emergency Nursing* 2000;26:444-7.
2. All A. A literature review: assessment and intervention in elder abuse. *J Gerontological Nursing* 1994;25-32.
3. Durán MA. El tiempo y la economía española. *ICE* 1991;695:9-14.
4. Fliman KM. [Algunos aspectos de la historia del maltrato al adulto mayor]. *Geriatrka* 1996;12:13-20.
5. Suárez T, Mullor A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. *MEDIFAM* 1998;8:34-42.
6. Pillemer K. Empirical and theoretical perspectives on elder abuse. Risk factors in elder abuse: results from a case-control study. *USA* 1986: 239-63.
7. Sancho A. Jornadas de violencia familiar. Actitudes violentas contra los mayores en el entorno familiar. *Sesenta y Más* 1999;167:34-7.
8. Pszemiarower S, Pochtard N, Finkelstein S. Abuse and mistreatment in the old age. *Geriatrka* 2000;16:17-24.
9. Milner J. Contemporary issues in an aging society. En: Ferrero KF, editor. *Elder abuse and neglect*. New York: Springer, 1990; p. 316-32.
10. Larrion J, De Paul J. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)* 1994;102:216-9.
11. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontological Society of America* 1988;28:51-7.
12. Lachs M, Williams C, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998;280:428-32.
13. Wolf R. Elder abuse: ten years later. *JAGS* 1988;36:758-62.
14. Hogstel M, Cox L. Elder abuse revisited. *J Gerontological Nursing* 1999;10-8.
15. Hudson M. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *J Elder Abuse Neglect* 1991;3:1-20.
16. Kessel H, Marin N, Maturana N, Castañeda L, Pageo M, Larrion J. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31: 367-72.
17. Flórez J, Adera J, García M. Malos tratos a los ancianos. *Med Integral* 1996;28:137-42.
18. Childs H, Hayslip B, Radika L, Reinberg J. Young and middle aged adults, perceptions of elder abuse. *The Gerontologist* 2000;40:75-85.

19. Bird P, Harrington D, Barillo D, McSweeney A, Shirani K, Godwin C. Elder abuse: a call to action. *J Burn Care Rehab* 1998;19:522-7.
20. Kennedy M. The subtle and the over: identifying elder abuse. *WMJ* 2000;10-3.
21. Rounds L. Elder abuse and neglect: a relationship to health characteristics. *J American Academy of Nurse Practitioners* 1992;4:47-52.
22. Hirsch C, Stratton S, Loewy R. The primary care of elder mistreatment. *WJM* 1999;170: 353-8.
23. Aravanis S, Adelman R, Breckman R, Fulmer T, Holder E, Lachs M, et al. Diagnostic and treatment guidelines of elder abuse and neglect. *Arch Fam Med* 1993;2:371-88.
24. Swagerty D, Takahashi P, Evans J. Elder mistreatment. *Am Fam Phys* 1999;59:2.804-8.
25. Lachs M, Fulmer T. Recognizing elder abuse and neglect. *Clin Geriatric Med* 1993;9:665-81.
26. González R, Cantero J. ¿Qué es el síndrome del abuso en el anciano? *Enfermería Científica* 1997;181:18-20.
27. NANDA. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA 2001-2002. Definiciones y clasificación. Madrid: Harcourt, 2001.
28. Jogerst G, Dawson J, Hartz A, Ely J, Schweitzer L. Community characteristics associated with elder abuse. *J American Geriatrics Society* 2000;48:513-8.
29. Marín N, Delgado M, Aguilar J, Martínez M, Díez A, Soto J, et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991;26:40-6.
30. Hyde I. Violence against the elderly in western Europe. Treatment and preventive measures in the health and social service fields. *J Elder Abuse Neglect* 1989;1:75-87.
31. Dolan V. Risk factors for elder abuse. *J Insurance Med* 1999;31:13-20.
32. Philips L. Domestic violence and aging women. *Geriatric Nursing* 2000;21:188-95.
33. Butler R. Warning signs of elder abuse. *Geriatrics* 1999;54:3-4.
34. Marks N. Gender issues in elder abuse. *J Marriage Family* 1998;60:544-5.
35. Kosberg J. Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* 1988;28:43-9.
36. Arechederra I. Maltrato y mayores. *Sesenta y Más* 1999;176:48-51.
37. Pillemer K, Finkelhor D. Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:179-87.
38. Tomlin S. Abuse of elderly people: an unnecessary and preventable problem. London: The British Geriatrics Society, 1989; p. 3-19.
39. Paveza G, Cohen D, Eisdorfen C, Freels S, Semla T, Ashford J, et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *Gerontologist* 1992;32:493-7.
40. De Luca J. Preventing abuse and neglect. *Provider* 1999;25:42-4.
41. Hoban S. Elder abuse and neglect. *AJN* 2000; 100:49-50.
42. Costa A. Elder abuse. *Primary Care* 1993; 20:375-89.
43. Homer A, Guilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 1990;301:1359-62.
44. Peralta A. La hoja roja: abusos a ancianos. *Gerokomos* 1998;9:12-5.
45. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
46. Tabueña M. Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 1):137-9.
47. Sancho J. Aspectos políticos de los malos tratos a personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2001;11:78-81.
48. Disponible en: <http://www.todaley.com>
49. Gray-Vickrey P. Recognizing elder abuse. *Nursing* 1999;29:52-3.
50. Gray-Vickrey P. Protecting the older adult. *Nursing* 2000;30:34-8.