

FOLLETO**Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato****General considerations on the care to the elderly victim of abuse**

Dr. Juan R. Cordero Jiménez,⁽¹⁾ Dr. Sergio García Cordero,⁽²⁾ Dra. Iris Rodríguez Sánchez,⁽³⁾ Lic. Deysi Santana Castellón,⁽⁴⁾ Lic. Oraldo Frago, ⁽⁵⁾ Dra. Odalis Fernández López.⁽⁶⁾

¹Especialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad satisfactoria. Profesor Auxiliar. ²Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor. ³Especialista de II Grado en Psiquiatría. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. ⁴Especialista de II Grado en Psiquiatría. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad satisfactoria. Profesor Instructor. ⁵Licenciado en Psicología. Profesor Instructor. ⁶Especialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad satisfactoria. Profesor Asistente. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Una muestra evidente de la magnitud del envejecimiento de la población mundial, y de lo cual Cuba no está exenta, es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. A pesar del avance científico técnico alcanzado en el campo de las ciencias médicas y de los esfuerzos de las políticas sanitarias para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población, aún subsisten condiciones que generan fenómenos negativos, como la violencia y sus diferentes manifestaciones, que también afecta a los ancianos. Muchos necesitan atención médica después de un acto de violencia, pero la mayoría no son identificados como tal y el acto es mucho menos denunciado a las autoridades, por lo cual los victimarios no son juzgados por las leyes. La existencia de las situaciones de violencia a los mayores, ya sea en la familia o en las instituciones de asistencia y atención, provoca un fuerte choque en la población y en los profesionales. Es frecuente encontrar una cierta resistencia en su reconocimiento, que proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones para el anciano. La prevención y tratamiento del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece, es un asunto de todos. Teniendo

en cuenta lo referido es que se realiza este trabajo con el objetivo de ofrecer consideraciones generales sobre la atención al anciano maltratado.

Palabras clave: Maltrato al anciano; violencia; atención integral de la salud

Límites: Humanos; anciano

ABSTRACT

A clear indicator of the magnitude of the aging world population, of which Cuba is not free, is that the average age of the population tends to grow every day. Despite the scientific and technical progress achieved in the field of medical science and health policy efforts to improve the health and welfare of the population, there are still conditions that generate negative phenomena such as violence and its various manifestations, it also affects the elderly. Many need medical care after an act of violence, but most are not identified as such and act is much less reported to the authorities, for which the perpetrators are not prosecuted by law. It is common to find some resistance in its recognition that comes from the clash of such data or suspicion and social representation of the family classic and institutions for the elderly. The prevention and treatment of abuse of older persons in

Recibido: 21 de mayo de 2010

Aprobado: 19 de junio de 2010

Correspondencia:

Dr. Juan R. Cordero Jiménez
Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".
Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.
Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: juan.cordero@gal.sld.cu

an aging world is everyone's business. Given what is referred to this work is performed in order to provide general comments on senior citizen care mistreated.

Key words: Elder abuse; violence; comprehensive health care

Limits: Humans; aged

INTRODUCCIÓN

Una muestra evidente de la magnitud del envejecimiento de la población mundial es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. En la segunda mitad del siglo XX se produjo un incremento de 20 años en la esperanza de vida al nacer, hasta 66 años en todo el mundo. El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años de edad se ha incrementado, de algo más de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad, con un pronóstico de 1 200 millones para el año 2025. De ahí que las tendencias demográficas destaquen el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. Sin embargo, no existe un comportamiento homogéneo en las distintas regiones.

El envejecimiento poblacional en Cuba se inscribe en lo más avanzado del proceso de transición demográfica del país y sus territorios, donde la fecundidad, como principal factor de crecimiento poblacional, se mantiene por debajo de los niveles de reemplazo desde hace más de veinticinco años y la mortalidad mantiene niveles muy bajos. Una tasa global de fecundidad de 1,6 hijos por mujer y una esperanza de vida al nacimiento de 76,15 años, son un ejemplo de ello. Por su parte, la esperanza de vida geriátrica (60 años y más), resulta superior a los 21 años para ambos sexos, 20 años en el caso de los hombres y 22,2 en las mujeres.

Los avances sociales alcanzados en el país en un proceso de interrelación de población y desarrollo, han modelado un patrón demográfico similar al conjunto de los países desarrollados, que se expresa en los valores señalados con anterioridad, donde los bajos valores de la fecundidad y de la mortalidad describen una situación inédita en su evolución perspectiva, por lo cual se proyectan decrecimientos absolutos de su población y un intenso envejecimiento poblacional en las próximas dos décadas. Cuando se plantea que para el 2025, uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y más, se avizora un proceso que no sólo la evolución demográfica de los últimos años tiende a confirmar, sino que comienza a perfilarse su adelanto en el entorno del 2020.

Se debe señalar el hecho de que en los últimos años, sobre todo a partir del 2000, los programas sociales de la Revolución, tendentes a perfeccionar y potenciar de forma significativa aspectos relacionados con la educación, la salud, la seguridad, asistencia social, la cultura y otros sectores de la sociedad, en su conjunto han ido redundando en una mayor calidad de vida de la

población y por ende a un incremento de esta.

Un dato importante que se comienza a manejar es el aumento de la cantidad de los llamados "viejos viejos", con implicaciones socioeconómicas y médicas muy especiales. La expectativa actual de vida de las personas que en Cuba cumplen 80 años, es de 7,6 años.

Es obvio que el hecho de envejecer no es algo que podamos elegir, al igual que no es elegible para ninguna persona, el comenzar a vivir. Lo que sí es elegible, en cierto grado, es nuestro estilo de vida, nuestras actitudes, nuestros comportamientos y las condiciones en que vivimos.

A pesar del avance científico técnico alcanzado en el campo de las ciencias médicas y de los esfuerzos de las políticas sanitarias para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población, aún subsisten condiciones que generan fenómenos negativos, como la violencia y sus diferentes manifestaciones, de la cual los ancianos y ancianas no están exentos.

El maltrato al adulto mayor es sin duda un fenómeno de naturaleza multifactorial y constituye un problema social. A pesar de esto, no existen muchas investigaciones al respecto y los trabajos se han caracterizado por ser aislados de un grupo de investigadores, motivados y preocupados por la magnitud del problema.

Muchos ancianos necesitan atención médica después de un acto de violencia, pero la mayoría no son identificados como tal y el acto es mucho menos denunciado a las autoridades, por lo cual los victimarios no son juzgados por las leyes.

Teniendo en cuenta lo referido es que se realiza este trabajo con el objetivo de ofrecer consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato.

DESARROLLO

De manera muy limitada y tímida, a lo largo de la pasada década se ha empezado a tratar el tema del maltrato a los ancianos, o dicho de otra manera, se ha empezado a reconocer en el contexto científico internacional que los ancianos constituyen una población susceptible de recibir malos tratos.

La existencia de las situaciones de violencia a los mayores, ya sea en la familia o en las instituciones de asistencia y atención, provoca un fuerte choque en la población y en los profesionales. Es frecuente encontrar una cierta resistencia en su reconocimiento, que proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones con el anciano.

En el caso del maltrato a los ancianos se suele diferenciar claramente entre el maltrato de tipo familiar y el de tipo institucional y, dentro de ellos, entre el maltrato de tipo activo y pasivo. En la actualidad, a pesar de que no existe un consenso suficiente sobre las posibles definiciones de las diferentes situaciones en las que se producen malos tratos a los mayores, se tiende a

asumir la existencia de una serie de tipologías.

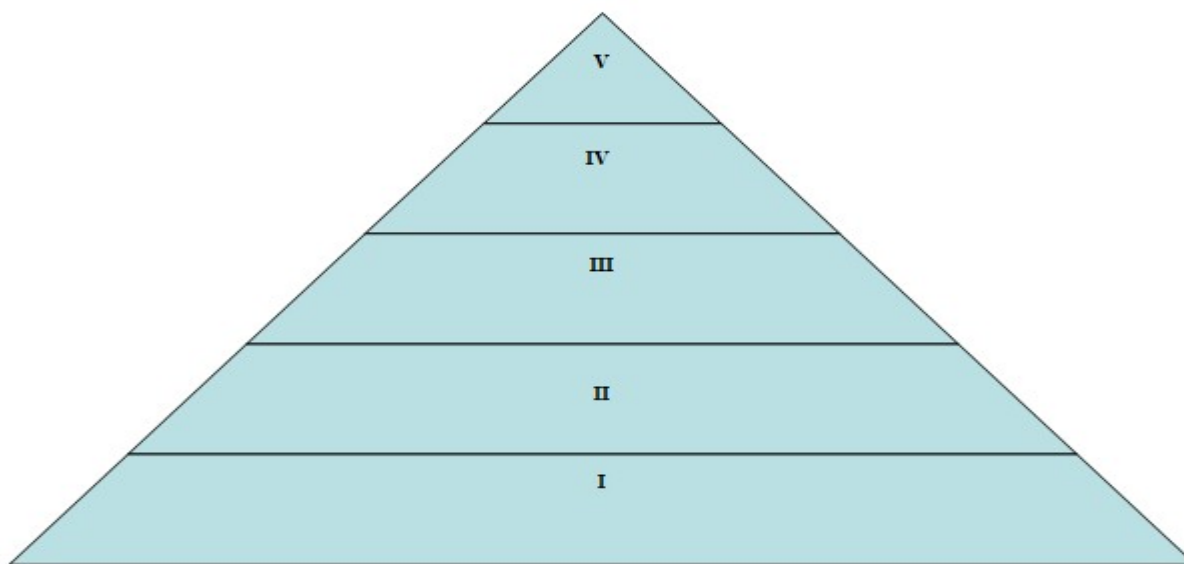
Resulta imprescindible que tanto los investigadores como los profesionales se pongan de acuerdo en la utilización de un lenguaje común en este ámbito de trabajo, de manera que se puedan compartir los datos necesarios en relación con la frecuencia y severidad del problema y que se puedan establecer intervenciones similares en situaciones semejantes. En ausencia de este logro, es de importancia crítica que todos los profesionales e investigadores puntualicen la definición y tipología utilizada en cada trabajo. La definición de maltrato a los mayores que se presenta a continuación puede servir de ayuda en este objetivo.

Según la definición de la Organización Acción contra el Maltrato a los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores; el maltrato a los ancianos(as) consiste en la realización de un acto único o reiterado, dejar de tomar determinadas medidas necesarias en el contexto de cualquier relación en la que exista expectativa de confianza y que provoca daño o angustia en la persona mayor.

También se hace referencia a los malos tratos que puedan recibir de personas desconocidas y a las guerras; pues todas son formas de producir daño, dolor e innecesario sufrimiento, hechos comunes en el mundo de hoy.

La violencia familiar es un fenómeno ominoso, que pertenece a la parte más oscura de la naturaleza humana. La comprensión de cómo un ser humano puede convertirse en el agresor de aquellos que llama "los suyos" no resulta fácil, y no debe simplificarse. Los fenómenos de violencia intrafamiliar han permanecido ocultos o se han justificado probablemente durante siglos, por razones complejas de índole cultural. El siglo XX trajo el reconocimiento de la gravedad del fenómeno y de la necesidad de restituir la dignidad como condición esencial de la humanidad, más allá del género y de la edad.

Mediante la pirámide de Maslow, cuya principal virtud y también defecto reside en su simplicidad, se describen de forma esquemática las necesidades que se identifican en el ser humano. En esta pirámide las necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, etc.) ocupan la base; en un segundo escalón se ubican las necesidades de seguridad, integradas por todas aquellas medidas que proporcionan protección ante el daño probable; sobre ésta se sitúan las necesidades de aceptación social, que integran el amor, la amistad, la pertenencia a un grupo/familia y el afecto que se recibe; en el penúltimo escalón se ubican las necesidades de autoestima (autonomía, éxito y prestigio) y en el último las necesidades de autorrealización (que suponen proyección personal y capacidad para alcanzar los fines que uno se propone).



PIRÁMIDE DE MASLOW.

- I. Necesidades fisiológicas:** alimentación, agua, aire.
- II. Necesidades de seguridad:** seguridad, protección contra el daño.
- III. Necesidades de aceptación social:** afecto, amor, pertenencia y amistad.
- IV. Necesidades de autoestima:** auto valía, éxito, prestigio.
- V. Necesidades de autorrealización:** dar lo que uno es capaz, autocumplimiento.

Esta pirámide tiene el problema de no resolver dónde debe dibujarse el punto de corte entre las necesidades que deben considerarse de obligación interpersonal y las que se deben satisfacer desde el propio sujeto. De ahí que, en una perspectiva moral, las preguntas fundamentales que quedan planteadas son: ¿Cuáles son las obligaciones morales ineludibles que una sociedad contrae con los sujetos dependientes que forman parte de ella? ¿Hasta dónde hay que llegar y quién tiene la responsabilidad de responder a esas necesidades? ¿La obligación interpersonal debe limitarse a las necesidades más básicas (niveles 1 y 2) o debe alcanzar todos los niveles posibles?

No podemos dar una respuesta desde aquí, sin embargo, parece claro que la deliberación afecta fundamentalmente los niveles más altos de la pirámide, puesto que no parece descabellado afirmar que los sujetos debemos atender en otros las necesidades fisiológicas, de seguridad y de aceptación social, sin las cuales es difícil hablar de una dignidad mínima y, por tanto, de la esencia de nuestra condición humana.

Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato al anciano, 2002

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Universidad de Toronto, la Universidad Ryerson de Ontario, Canadá, así como la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA, por sus siglas en inglés), han declarado que el maltrato a las personas mayores se ha reconocido como un problema global sólo recientemente.

El trabajo de apoyo de INPEA y el énfasis dado por la Organización Mundial de la Salud para la prevención del maltrato al anciano, han contribuido de forma significativa a elevar la alerta en todo el mundo.

Instituciones académicas a nivel mundial, han contribuido también de forma sustancial a aumentar el entendimiento y elevar la alerta y han desarrollado herramientas metodológicas para estudiar el problema.

Sin embargo, aún queda mucho por hacer. Por un lado se necesita más investigación, –por ejemplo a través de las líneas del proyecto conjunto seminal “Respuesta global al maltrato al anciano”, que ha producido la publicación “Voces ausentes – Visión de las personas mayores sobre el maltrato al anciano”; y por otro lado la acción práctica a nivel nacional, regional y local.

Hace veinte o treinta años, todas las sociedades del mundo negaban la existencia de violencia contra la mujer y el maltrato infantil. La evidencia vino a través de la investigación. Como resultado, la sociedad civil ejerció la presión adecuada para la acción desde los gobiernos. El paralelismo con el maltrato al anciano es claro.

Esta declaración es un llamado a la acción dirigida a la prevención del maltrato a las personas mayores.

Puntos que deben ser considerados:

- La prevención del maltrato a las personas mayores

requiere la implicación de múltiples sectores de la sociedad.

- Los trabajadores de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que tratan con los casos de maltrato al anciano de forma regular – aunque con frecuencia no los reconocen como tales.
- Es vital la educación y diseminación de la información – tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos sobre las personas mayores).
- El maltrato a las personas mayores es un problema universal. La investigación realizada hasta ahora muestra que es prevalente, tanto en el mundo en desarrollo como en el desarrollado. En ambos, el maltratador suele ser bien conocido por la víctima, y es en el contexto familiar y/o en la unidad donde se aportan los cuidados donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.
- Es fundamental una perspectiva cultural para entender con profundidad el fenómeno del maltrato al anciano, es decir, el contexto cultural de cualquier comunidad particular en que ocurra.
- Es igualmente importante considerar el maltrato en una perspectiva de género, lo que ayudaría a identificar el tipo de maltrato y quién lo inflige.
- En cualquier sociedad algunos subgrupos de población son particularmente vulnerables al maltrato a las personas mayores – como los muy ancianos, los que sufren incapacidad funcional, las mujeres y los pobres.
- En definitiva, el maltrato a las personas mayores sólo se podrá prevenir de forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia.
- No es suficiente identificar los casos de maltrato a las personas mayores. Se deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma apropiada y eventualmente prevenir el problema.

El Plan Internacional de Acción de Naciones Unidas, adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato a las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece, es un asunto de todos.

En Cuba el maltrato a las personas mayores no será tolerado, por tal razón este trabajo contribuye al lanzamiento de la estrategia provincial integral para combatir el maltrato a las personas mayores.

Frecuencia del maltrato a los mayores

En el ámbito internacional los conocimientos de tipo

epidemiológico sobre el maltrato a los mayores son muy limitados. Existen muy pocos estudios, que presentan datos dispares y casi todos relativamente recientes. La definición de maltrato utilizada, el tipo de muestra a la que se ha accedido y su amplitud, justifican, entre otras razones, tal disparidad de datos. Pocos estudios o revisiones presentan datos mínimamente fiables, aunque diferentes, sobre el maltrato de tipo intra y extra familiar a los ancianos.

Se presume que entre un 2,5 % y un 3,9 % de los ancianos son maltratados en el seno de la familia. Con respecto a cada una de las tipologías, los datos varían en función del tipo de estudio realizado. Así, de entre los casos detectados y confirmados por los servicios sociales, un 90 % lo son por abandono físico. Por el contrario, si la información proviene de encuestas dirigidas a la población general de ancianos, es el maltrato físico el predominante (64 %). El abuso sexual a ancianos representa, en cualquier tipo de trabajos, cifras no superiores al 2 % del total de los casos de maltrato; entre un 20 % y un 40 % de los casos existentes sufren maltrato psicológico y entre un 12 % y 18 % sufren violación de los derechos.

En el caso del maltrato institucional, los trabajos relevantes se basan en la información que proporcionan los propios profesionales, referida tanto a los casos que han observado como a los que han cometido. Las limitaciones de este tipo de investigaciones son evidentes. Sin embargo, 36 % de los profesionales han observado casos de maltrato físico y 10 % confiesan haberlos cometido ellos mismos. En cuanto al maltrato de tipo psicológico, 81 % de los profesionales afirman haberlo observado y 40 % dicen haberlo cometido.

Es evidente la limitación extrema de los datos de prevalencia e incidencia a nivel internacional. En Cuba, por ejemplo, hay escasa información sobre estudios con este objetivo y resulta importante tener en cuenta que pueden existir resultados fundamentales para el análisis del problema, en dependencia del contexto cultural. Además, las diferencias en las metodologías aplicadas en estos tipos de estudios pueden generar resultados diversos que deben ser analizados adecuadamente.

Resulta claramente necesario el diseño y puesta en marcha de investigaciones de tipo epidemiológico que aborden de manera más rigurosa el estudio de la amplitud y distribución de este problema psicosocial.

Epidemiología

La mayoría de los estudios epidemiológicos son extranjeros, aunque pueden resultar orientadores. En ellos se habla de una incidencia global que oscila entre el 2 y el 4 % (algunos estudios hablan del 3-10 %) en los mayores de 60 años.

Factores de riesgo

Se hace preciso el desarrollo de teorías explicativas basadas en los conocimientos existentes sobre la

violencia familiar y capaz de promover el diseño y puesta en marcha de investigaciones empíricas. Algunas de las hipótesis que pueden plantearse en relación con las posibles causas o factores de riesgo del maltrato a los mayores son las siguientes:

Factores comunes al anciano:

- Historia de violencia en la familia.
- Malas relaciones entre los miembros.
- Situaciones permanentes de frustración.
- Enojos y desesperanza.
- Inversión de roles.
- Cuidador dependiente económicamente del anciano (a) o de su vivienda.
- Factores relacionados con alteraciones de conducta.
- Factores relacionados con deprivaciones sensoriales.
- Factores relacionados con déficit cognitivos.
- Factores físicos.

Factores comunes al cuidador:

- Trabajos agotadores, sin descanso, falta de tiempo.
- Sentimientos de aislamiento psicosocial.
- Sentimientos de ser explotados por otros.
- Falta de apoyo por otros familiares.
- Conflicto marital, cambios de estilos de vida.
- Responsabilidad absoluta del cuidado del anciano.
- Falta de información sobre la enfermedad del anciano.
- Enfermedad física.
- Consumo de drogas, alcohol, por parte del cuidador.

Causas del maltrato

Deterioro físico y mental del anciano(a): como producto del propio envejecimiento o por alguna enfermedad existente se produce un decrecimiento en la capacidad para defenderse o escapar de la situación conflictiva, lo que los hace vulnerables.

Estrés de quien lo cuida: se ha planteado que el abuso de drogas, comportamientos violentos, los bajos ingresos económicos, etc., los colocan en una situación de estrés que culmina con la conducta violenta, cargada de cólera.

Teoría de la violencia transgeneracional: asegura que la violencia familiar es una conducta aprendida y transmitida de generación en generación, así el niño(a) que fue víctima de violencia por cualquier familiar, aunque haya sido una sola vez, continúa el ciclo de la violencia cuando es adulto.

Teoría de la deficiencia psicopatológica en el victimario: plantea que diferentes desórdenes de la personalidad, retrasos mentales, trastornos mentales, etc. son causas que subyacen en la persona que maltrata.

Estas teorías que tratan de explicar las causas del abuso

al anciano(a), deben analizarse en su interacción, para determinar la conducta violenta.

Tipos de maltratos

Maltrato psicológico: hace referencia a las amenazas de abandono, de acusaciones, acoso, intimidación con gestos, palabras, infantilización, desprecio verbal, uso de palabras obscenas, limitación del derecho de privacidad, de decisión, información, voto y de comunicación.

Maltrato físico: entiéndase por golpes, forzar al anciano(a) a comer, colocarlo en posiciones incorrectas, incómodas, amarrarlo, sujetarlo de forma incorrecta, pellizcarlo, provocarle quemaduras con cigarros, líquidos, etc., producirle heridas, fracturas, luxaciones, halarle el pelo, sacudirlo, tirarlo o derramarle agua u otras sustancias, comidas, etc.

Maltrato financiero: se centra en el uso de los recursos del anciano(a) para beneficio del cuidador u otras personas, familiares o no, sin el consentimiento del anciano(a), chantaje financiero como apropiación de propiedades, recursos monetarios, coacción para firmar documentos legales, testamentos, propiedades, etc.

Maltrato por negligencia o abandono: consiste en descuidar la alimentación, hidratación, higiene personal y/o ambiental, úlceras por presión sin atender o cualquier otra lesión física, abandono de la persona en la cama, casa o en algún servicio público.

Maltrato sexual: está referido al contacto sexual no consentido de cualquier tipo.

Consecuencias del maltrato

Se han descrito diferentes cuadros clínicos y síndromes geriátricos que, en ausencia de una causa conocida que los justifique, pueden estar en relación directa con el maltrato en sus diferentes formas. En el caso específico del anciano víctima de malos tratos puede que este no se recupere del todo de la experiencia sufrida. Se describen diferentes trastornos como son:

- Trastornos depresivos.
- Cuadros confusionales.
- Síndrome de desgaste.
- Caídas a repetición.
- Úlceras por presión.
- Desnutrición y deshidratación.
- Pérdida de autonomía.
- Aislamiento.
- Todo tipo de lesiones físicas.

Diferentes estudios plantean también una mayor mortalidad como consecuencia directa del maltrato.

Además de estas consecuencias para el anciano, existen consecuencias para la sociedad al aumentar los costes sanitarios y una mayor frecuencia de institucionalización.

Intervención ante situaciones de maltrato a los ancianos

Existen pocos métodos formales estandarizados para la

identificación del maltrato a los ancianos, lo que hace que se trate de un hecho primordialmente observacional: se trata de intentar hallar indicios y de detectar situaciones de riesgo. Para ello, y dado que el maltrato se conforma en el contexto de una familia, habrá que valorar conjuntamente a la presumible víctima, al perpetrador, al ambiente familiar y a la interacción entre ellos. Tal y como se ha expuesto anteriormente, no parece haber información suficiente que confirme plenamente los factores de vulnerabilidad en el propio anciano. Ello nos obliga a considerar a priori a todos los ancianos como potencialmente víctimas y no sólo a los mayores, más discapacitados o más dependientes. De hecho, algunos autores sugieren la hipótesis inversa: sería la dependencia del perpetrador hacia la víctima la que más peso puede tener en la fenomenología del maltrato.

Desde el punto de vista del perpetrador, y tal y como parece desprenderse de los resultados de algunas investigaciones, los déficit intelectuales, adicción a drogas, alcohol o problemas psiquiátricos, constituyen un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de maltrato. Asimismo, la incapacidad de adaptación al estrés social generado por aquellas demandas emocionales y físicas relacionadas con eventos extrafamiliares parece estar asociada a situaciones de violencia.

Dentro de la propia familia, se mantiene una dinámica implícita e individualizada de relaciones de poder y de resolución de conflictos, así como una historia previa de convivencia que afectan la calidad de las relaciones interpersonales allí existentes, así como a los mecanismos de respuesta ante situaciones estresantes, pero en contra de lo que anteriormente se pensaba, no parece que este estrés se derive de la carga que supone el cuidar al anciano sino de comportamientos psicopatológicos intrínsecos al propio cuidador.

Por todo ello, debemos tener en cuenta que:

1. Todos los ancianos son potenciales víctimas de maltrato.
2. La tipología y características del perpetrador pueden ser base fundamental para la detección de situaciones de riesgo.
3. Una evaluación que se aprecie sobre un supuesto caso de maltrato debe incluir, además de la víctima, al perpetrador y al ambiente familiar.

La cuestión clave radica en quién es en cada caso, la fuente de identificación, detección y notificación de las situaciones de maltrato. Parece que no más del 6 % de las denuncias de estos episodios provienen de los propios ancianos maltratados, por lo que, lógicamente, la responsabilidad de su detección debe recaer sobre agentes externos. Pero ello no quiere decir que los ancianos no se quejen, sino que lo hacen de una manera indirecta: depresión, regresión global, agitación, fugas, rechazo de la ingesta y mayor frecuentación de las consultas, constituyen el espectro de manifestaciones de

la angustia e insatisfacción generada por el clima de violencia familiar en el que se sienten inmersos.

Por último, no se puede olvidar que la detección de los casos de maltrato al anciano queda limitada por las propias características de estos. Se trata de actos emocionalmente cargados y protegidos por normas sociales que mantienen la privacidad de la familia. En este mismo sentido, la potencial fuente de detección estará influenciada por las normas y valores culturales imperantes en la sociedad.

Los signos de maltrato, salvo excepciones y de manera aislada, no constituyen prueba elocuente de que este se produzca, pero sí indicios que despiertan sospechas e incentivan a realizar una profunda investigación. Es evidente que la presencia de lesiones por quemaduras de cigarrillos o por apaleamiento es claramente indicativa de maltrato físico. Pero, normalmente, el maltrato se suele presentar de manera más solapada: contusiones similares en varios estadios evolutivos y en lugares inexplicables pueden ser achacadas por el acompañante a algo tan frecuente en los ancianos como son las caídas. La discrepancia en cuanto a los datos entre varios familiares o la no concordancia temporal de la información, deben constituir índices de sospecha de maltrato. La presencia de úlceras por decúbito y más cuando sean desproporcionadas en relación con los factores de riesgo del individuo y su no mejoría tras haber iniciado un correcto tratamiento, pueden y deben ser índices, cuando menos, de sospecha de negligencia. Algo similar ocurre con la malnutrición y con la deshidratación. De cualquier manera, hay que ser especialmente cautelosos al realizar estas apreciaciones, ya que la mayoría de los ancianos discapacitados lo son por enfermedades crónicas en las que la caquexia constituye una parte del espectro de sus manifestaciones.

Esta misma cautela se debe mantener con quienes incumplen con su medicación, que para algunos constituye un signo de abuso, dado que la mitad de la población lo hace. En ocasiones, se utiliza la negación de las enfermedades del anciano como mecanismo de defensa para no alterar la dinámica familiar. En otras, son las falsas creencias de que todo lo que ocurre a los ancianos es consecuencia propia del envejecimiento y, por tanto, no susceptible de tratamiento lo que conlleva a un retraso o una no solicitud de atención médica; cuando ello supone riesgo físico para el anciano. Por último, la falta de higiene debe valorarse dentro del sistema de vida en el que la familia se mueve: una discordancia entre las características de la vivienda y de sus ocupantes con el grado de higiene y de confort al que se ve sometido el anciano, debe poner sobre aviso de que esa persona no está en las condiciones más adecuadas y, por tanto, puede ser objeto de maltrato.

Valorar el maltrato psicológico supone observar actitudes y relaciones entre cuidador y anciano. El lenguaje abusivo o de castigo, una actitud negativa y

menospreciativa hacia la víctima con falta de contacto humano positivo, la ausencia de relación cálida de soporte y la alienación emocional o física, constituyen datos a reseñar. En conjunto, se debe intentar demostrar una relación causal entre comportamiento del cuidador y potencialidad de peligro físico o psicológico para el anciano. Y ello es así dado que el etiquetar un comportamiento como abusivo no tiene afán estadístico sino que indefectiblemente va unido a una intervención.

En conclusión, el maltrato a los ancianos es una realidad que parece afectar a un número importante de ellos, aunque los conocimientos existentes son, en conjunto, muy limitados. Es especialmente importante que se empiece a trabajar en este tema partiendo de una clara diferenciación de tipologías. Debe buscarse un acuerdo en su clasificación y en los límites del concepto de cada una de ellas. Las investigaciones de tipo epidemiológico y de tipo etiológico no prosperarán de manera adecuada, como ha ocurrido en otros ámbitos de la violencia familiar, mientras no se trabaje más frecuentemente de manera focalizada en cada una de dichas tipologías. Se deben desarrollar trabajos de investigación epidemiológica y etiológicos más apoyados en entrevistas personales a los ancianos. Los registros de los casos existentes en los servicios sociales son de una gran limitación en las primeras fases de desarrollo de estos temas. Desde el punto de vista etiológico, debe iniciarse el estudio directo de los agentes activos o pasivos del maltrato. Es preciso que el tema de los malos tratos a los ancianos se aborde tanto a nivel nacional como internacional con los criterios de rigurosidad y precisión exigibles ante cualquier enfermedad, en este caso con complejos componentes biopsicosociales.

Prevención, formación y educación sanitaria a familiares y cuidadores

Es preciso distinguir tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. **La prevención primaria** debe asumir que toda persona mayor tiene el riesgo de presentar un problema de abuso o de malos tratos, por lo que hay que intentar proporcionar ayuda a todos los individuos comprometidos en el cuidado a estas personas, así como a todas las personas mayores, dependan o no de sus cuidadores.

Esta ayuda se concreta con la educación sanitaria y la formación de los cuidadores y familiares.

Dentro de este primer tipo de prevención situaríamos el trabajo profesional siguiendo modelos y estándares de calidad y de la mejora continua. Estos modelos nos permiten desarrollar el trabajo profesional mediante procesos que son medibles y evaluables mediante marcadores e indicadores.

La prevención secundaria implica la identificación de los factores de riesgo de malos tratos al anciano y la realización de prevención para localizar a individuos y familiares de alto riesgo. Recientemente en algunos

países se ha desarrollado una prevención secundaria de abusos y malos tratos muy eficiente mediante programas que incluyen grupos de apoyo, programas educativos, períodos de descanso para cuidadores, etc.

Desgraciadamente, es **la prevención terciaria**, la que por necesidad es más frecuente.

Consiste en intentar prevenir nuevos eventos una vez que haya tenido lugar alguno con anterioridad, incluye la intervención legal. Los programas de educación familiar, la terapia familiar, los servicios de apoyo familiar que han sido desarrollados para los problemas de abusos y malos tratos al anciano no consiguen con la intensidad adecuada la prevención de nuevos sucesos. La experiencia indica que la intervención legal sí que suele evitar la existencia de malos tratos en el seno familiar.

¿Qué podemos hacer los profesionales ante este fenómeno?

Para finalizar planteamos ciertas recomendaciones prácticas con el objetivo de contribuir a mejorar nuestra competencia profesional en el marco de la Gerontología y Geriátrica, y considerando que ellas servirán también para prevenir que se presenten estos problemas de abusos en las personas mayores.

- Reflexionar sobre la forma de atención, cuidado e intervención con la persona mayor y su familia.
- Determinar con la mayor claridad posible cuál es el objetivo del cuidado y de la atención de la persona mayor.
- Identificar los principios y valores que defiende cada acción de cuidados.
- Desarrollar y/o incrementar la capacidad de establecer relaciones interpersonales de ayuda.
- Establecer normas específicas de buena praxis profesional aplicada a la institución social o sanitaria en la que se desarrolla la atención y los cuidados, determinando los mínimos de estos.
- Detectar las necesidades de formación de los profesionales sanitarios. Participar, si es posible activamente, en la planificación y desarrollo de la formación.
- Aproximarse a los cuidadores informales (familiares, cuidadores voluntarios, etc.), ayudándoles a identificar las necesidades de las personas mayores a su cargo.
- Ofrecerse como referente para ayudar a los cuidadores informales a cuidar y a atenderlos mejor.
- Compartir experiencias, dificultades, etc., con otros profesionales.
- Desarrollar el diálogo interdisciplinario como base para el conocimiento de las múltiples necesidades de la población anciana y como garantía de un abordaje lo más correcto y adecuado posible.
- Trabajar de forma tal que se ofrezca el nivel de atención y de cuidados más óptimo posible.
- Mantener el nivel de formación profesional que

garantice una profesionalización cada vez más rigurosa.

En definitiva:

- Tener una actitud de vigilancia y saber qué información debe recogerse.
- Tomar decisiones compartidas entre usuarios, familia y equipos profesionales.
- Tener una política de protección a las personas mayores.
- Denunciar cuando existe maltrato.
- Trabajo multidisciplinario para enfocar el problema de forma global.
- Desarrollar cambios en los valores y estereotipos respecto a la gente mayor.
- Prevenir mejor que tratar.

Es una obligación profesional reflexionar sobre la incidencia de las diferentes intervenciones profesionales en el ámbito gerontológico y sobre cómo estos pueden influenciar de forma positiva o negativa en la autonomía de la persona mayor.

Debemos trabajar desde un modelo compartido de toma de decisiones teniendo en cuenta la autonomía de la persona mayor, pero donde la información, la comunicación, el diálogo, y el tiempo sean las herramientas que nos lleven a conseguir la mejor calidad de vida posible de las personas mayores que atendemos y cuidamos.

Detección precoz.

Hasta el presente no existe un instrumento eficaz, aceptado tanto a nivel nacional como mundial, para la detección en la APS, que permita la identificación de la población de riesgo.

Esta guía propone la siguiente ayuda nemotécnica, el **SAVED**: que permitirá realizar una adecuada intervención.

S: estrés del cuidador por sucesos externos al cuidado.

A: alcoholismo/drogas en el ambiente doméstico.

V: violencia en relaciones pasadas entre la víctima y el responsable del maltrato.

E: riesgo de claudicación del cuidador, falta de recursos emocionales.

D: dependencia de cualquier tipo, económica, emocional, física, entre la víctima y el responsable del maltrato.

Actuación

Pautas de actuación

1. Realización de la entrevista clínica al anciano por el médico de familia. Debe realizarse en un marco de tranquilidad y sin prisas. Algunas normas para facilitarnos el desarrollo de esta entrevista se enumeran seguidamente.
2. En el curso de la entrevista se preguntará por factores de riesgo y se investigarán signos de alerta

o indicios que nos hagan pensar en la posibilidad de maltrato, por sus actitudes, comportamientos o síntomas.

Pautas para la entrevista:

- Entrevistar al paciente solo y con el cuidador.
- Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia.
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- Garantizar la confidencialidad.
- Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- Hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema.
- Preguntar por factores de riesgo, como por ejemplo:
 1. ¿Alguien le ha hecho daño en casa?
 2. ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
 3. ¿Le han amenazado?
 4. ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
 5. ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?

La *Canadian Task Force* sugiere añadir otras 4 preguntas:

6. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
7. ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
8. ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?
9. ¿Está solo a menudo?

Otras acciones a realizar son:

-Explorar cuidadosamente signos físicos como lesiones o hematomas: detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre como se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención médica, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y el agresor.

-Explorar actitudes y estado emocional: miedo, inquietud, pasividad, explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo; depresión, ansiedad, así como confusión mental, etc. Si diagnosticamos un trastorno depresivo, o por ansiedad, insomnio, u otros, tener especial cautela en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancia de las tomas. Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de malos tratos.

Aspectos a tener en cuenta para el diagnóstico de maltrato.

- Una historia clínica y una valoración geriátrica, valorando el grado de dependencia funcional, así como el estado cognitivo del anciano.

- Observación del comportamiento del cuidador.
- Aspectos generales del anciano.
- Exploración física exhaustiva del anciano.
- Exploración psíquica completa del anciano. .
- Valoración de los recursos económicos y sociales.
- Realización de exploraciones complementarias.

Debemos tener en cuenta que, a la hora de diagnosticar un caso de maltrato, es necesaria una especial agudeza por parte del personal sanitario que asiste a los ancianos, no sólo para saber captar los datos físicos, sino para darse cuenta de ciertos indicadores sugestivos en el comportamiento del paciente y también del acompañante o cuidador. Se trata en ocasiones de una labor que sobrepasa la puramente labor asistencial para extenderse a la de investigador social.

Evidentemente, esta intervención supone una disrupción e intromisión en la dinámica familiar que constituye un arma de doble filo ya que puede conducir a soluciones drásticas, como la institucionalización del anciano, no siempre aceptada por este, o puede desembocar en situaciones contraproducentes si no se consiguen los efectos deseados al acarrear un endurecimiento y multiplicación de los factores negativos que rodean a la situación de maltrato.

El mayor riesgo de malos tratos se produce en los pacientes que más cargas de trabajo generan, es decir, cuanto más inválida y dependiente es una persona, mayor es el riesgo de sufrir malos tratos (Menio, 1996). Todas las personas mayores son susceptibles de ser maltratadas, el principal factor de riesgo reside en la asociación de edad avanzada y de dependencia. Por todo ello, debemos tener en cuenta que todos los ancianos son víctimas potenciales.

- La tipología y características del cuidador pueden ser base fundamental para la detección de situaciones de riesgo.
- Una evaluación que se realice sobre un supuesto caso de maltrato debe incluir además de la víctima, al cuidador y al ambiente en que se da el maltrato.

Consideraciones generales sobre cómo actuar ante situaciones de maltrato

Cualquiera que sea el problema a abordar se comienza por un análisis de la situación que permita tener la mayor información posible para poder adoptar las medidas más adecuadas al caso concreto. Este estudio se realiza mediante el conocimiento directo de la persona en su medio (especialmente cuando vive en un domicilio particular); contacto con médico, servicios sociales, familia, y otras personas del entorno, o cualquier otra gestión que, a la vista de la información que se va obteniendo, se vea adecuada para una mejor comprensión de la situación y el problema planteado.

En términos generales el abanico de medidas a las que se recurre con más frecuencia para evitar o poner fin a las situaciones de maltrato se puede definir de la

siguiente manera:

- Gestión de recursos sociales-asistenciales que permitan dar a la persona mayor una atención y protección adecuadas, e incluso sacar a la persona mayor del entorno, a veces con gran urgencia, cuando así lo requiera la situación.
- Apoyo a las personas del entorno del mayor, en especial a los cuidadores directos, para evitar situaciones de sobrecarga y estrés que repercutan en un maltrato al mayor.

Desde un punto de vista más concreto, atendiendo a las distintas situaciones de maltrato que se presentan, podemos hablar de las siguientes medidas específicas, de acuerdo al tipo de maltrato de que se trate:

- Auto abandono: gestiones para lograr una adecuada atención médica cuando es precisa y no se está recibiendo, ingreso hospitalario/psiquiátrico cuando la gravedad de la situación así lo aconseja; solicitud al juzgado de la administración de los bienes de la persona afectada con la finalidad de poder atender sus necesidades básicas; proporción de los mínimos imprescindibles para una calidad de vida digna: ropa, alimentación, cuidados; búsqueda de personal que le atienda en casa, etc.
- Abusos económicos: instancia por vía judicial de las medidas para la protección del patrimonio del mayor que resulten más adecuadas a su situación: bloqueo de cuentas, administración provisional con control judicial, anotaciones preventivas en el Registro de la Propiedad del procedimiento de incapacitación.
- Negligencia: apoyo al cuidador mediante ayuda externa en la atención diaria: Servicio de Ayuda a Domicilio, cuidadores profesionales, información sobre otros servicios y ayuda para la obtención de estos servicios, orientación para una adecuada atención médica, ingreso hospitalario/residencial temporal o permanente del mayor, ingreso o tratamiento psiquiátrico del cuidador cuando la sobrecarga por el cuidado de la persona dependiente llega a producir estrés u otras enfermedades que requieran tratamiento.
- Abusos psicológicos: medidas orientadas a buscar la forma de que la relación mejore, incluso separando a las dos personas afectadas para evitar el maltrato si es necesario (residencia, separación).

Como se ve, prácticamente ninguna de estas intervenciones puede llevarse a cabo sin el apoyo o el concurso de las mismas instituciones o entidades. Así, la ley deberá intervenir en todas aquellas gestiones que supongan tomar medidas en nombre del mayor con respecto a su patrimonio, o en los ingresos que se produzcan de manera involuntaria; los servicios sociales

de la administración competente serán quienes deban conceder las plazas para ingresos en residencia, conceder el Servicio de Ayuda a Domicilio; los servicios sanitarios deberán colaborar para que la persona mayor pueda recibir la atención médica que precise.

La conclusión más clara de todo esto es que el problema de los malos tratos a mayores, cualquiera que sea la tipología, es lo suficientemente complejo para que desde una sola instancia se pueda abordar y resolver. Esto hay que tenerlo muy claro para que ninguna parte eluda su papel y se puedan así conseguir resultados más rápidos y eficaces, incluso de cara a la prevención.

También es evidente que el recurso a la vía penal como medio de resolver el problema es escaso, tal vez por el tipo de maltrato que más frecuentemente se aborda, que requiere otras soluciones.

CONCLUSIONES

La experiencia lograda a lo largo de los años permite elaborar una serie de conclusiones generales, que si bien a simple vista pueden parecer obvias y lógicas, resulta importante no olvidar, puesto que son la base para llevar a cabo una eficaz lucha contra el maltrato, desde su prevención hasta el abordaje de las situaciones en que el maltrato ya se está produciendo.

- **Prevención:** resulta fundamental realizar una labor de prevención para evitar en la medida de lo posible que los casos de maltrato lleguen a darse.
- **Detección precoz:** tan importante como lo anterior es una detección precoz de estas situaciones para iniciar su tratamiento lo más pronto posible y evitar daños de difícil reparación.
- **Coordinación:** es fundamental para un buen manejo de este trabajo de prevención y detección una buena coordinación y colaboración entre los distintos servicios e instituciones implicadas, de modo que se asegure el cumplimiento de sus funciones por parte de cada uno.

Ahora bien, para llevar a cabo una buena prevención, una detección lo más precoz posible y una eficiente coordinación entre los distintos servicios, resulta imprescindible disponer de indicadores de los factores que intervienen en las situaciones de maltrato que ayuden a los profesionales a reconocer las situaciones potencialmente de riesgo, o para detectar el maltrato con la mayor prontitud posible, así como unos protocolos en los que se establezca con claridad cuáles son las respuestas más adecuadas a cada situación, cómo han de ponerse en práctica; todo ello acompañado de una buena formación a los distintos profesionales implicados y una adecuada y accesible información a las personas afectadas o que puedan llegar a estarlo por una situación de este tipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker AA. Granny battering. *Mod Geriatr*.1975; 5(8):20-4.
2. Barrientos G, Sánchez F. Salud mental y violencia. En: *Psiquiatría social y comunitaria*. Santo Domingo: Bulto; 2001. p. 287-304.
3. Beergeron LR. Self-determination and elder abuse do we know enough?. *J Gerontol Soc Work*. 2006; 46(3-4):81-102.
4. Belmont N. Variaciones sobre la violencia. *Psicol Iberoam*.2001;3(3):9-10.
5. Bursto GR. Granny bashing. *Br Med J*.1975;3:592.
6. Caballero JC, Remolar ML. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Rev Multidisciplinaria Gerontol*. 2002;10(3):177-88.
7. Campillo Motilda R. Violencia con el anciano.*Rev Cubana Med Gen Integral*[revista en Internet].2002[citada:19 de enero de 2009];18(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi1542002.htm
8. Cardoso Núñez O, Mejías Álvarez N, Macías Peña J, Amaro Hernández F. Caracterización del maltrato en el anciano. *Archivo Médico de Camagüey*[revista en Internet].2004 [citada:5 de julio de 2007];8(1):aprox. 6 p. Disponible en:<http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n1/880.htm>
9. Carrillo M. Depresión y ansiedad: claves para detectar el maltrato en el anciano. *Rev Diario Médico*.2001; 4:1-3.
- 10.Carp RM. *Elder Abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York: Springer; 2001.
- 11.Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria.*Gac Sanit*[revista en Internet].2007;[citada: 12 de mayo de 2010];21(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112007000300010&script=sci_arttext
- 12.Dueñas Loza M. El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina. En: *La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades*. New York:Organización de Naciones Unidas; 2001. p. 77-101.
- 13.Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect.*Clin Geriatr Med*.2005;21(2):293-313.
- 14.Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman BI. Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden —an exploratory study. *Scand J Caring Sci*.2006;20(2):151-9.
- 15.Garay J. Maltrato en el anciano. *Rev Iberoam Geriatr Gerontol*.2001;16:10-15.
- 16.Hardin E, Khan-Hudson A. Elder abuse —"society's dilemma". *J Natl Med Assoc*. 2005;97(1):91-4.
- 17.Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. En: *Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050*. Ciudad de La Habana:CEDEM;2004. p.374 -418.
- 18.Homer A, Guilleard C. Abuse of elderly people by their careers. *Br Med J*.1990;301:1359-62.
- 19.Hudson MF. Elder mistreatment: A taxonomy with definitions by Delphi. *Journal Elder Abuse Neglect*.1991; (2):1-20.
- 20.Jaramillo E. Sexualidad y violencia. Ponencia presentada en el VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación, Orientación y Terapia Sexual. Ciudad de La Habana, Palacio de las Convenciones. 1996. Ciudad de La Habana:Editorial Científico-Técnica; 1996. p.242.
- 21.Jayawardena KM, Liao S. Elder abuse at end of life. *J Palliat Med*.2006;9(1):127-36.
- 22.Keskinoqlu P, Pýcakýefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socio-economic districts in Izmir, Turkey. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(4):719-31.
- 23.Kosberg JL, García JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. En: *Elder Abuse: international and cross-culture perspectives*. Biaghamton: Haworth Press;2001. p. 183-98.
- 24.Lauro BI. Atención familiar. En: Álvarez Síntes R. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p.225.
- 25.Lee M, Colomer SR. Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea. *J Elder Abuse Negl*.2005;17(1):61-74.
- 26.Martínez Querol C, Pérez Martínez V, Cardona Sanson Y, Inclán Ravelo L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integral*[revista en Internet].2005[citada: 13 de marzo de 2009]; 21(1-2):[aprox. 7 p.]Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi091-205.pdf
- 27.Méndez A, Pinzón L, Portela L. ¿Cómo envejecemos aquí y en el mundo? *Boletín Aexmun*.2002;12(1):3-14.
- 28.Nerenberg L. Communities respond to elder abuse. *J Gerontol Soc Work*.2006;46(3-4):5-33.

29. Organización de Naciones Unidas. Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. En: La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Organización de Naciones Unidas; 2001. p. 1-13.
30. Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores. Washington, D.C: OPS;2002.
31. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C: OPS;2002.
32. Paixao CM Jr, Reichenheim ME. A review of screening tools to assess domestic violence against the elderly. *Cad Saude Publica*.2006;22(6):1137-49.
33. Pellerin J, Schuster JP, Pinquier C. Elder abuse and emergency care units. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*.2005; 3(3):169-81.
34. Podnieks E. National Survey on the abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Neglect*. 1993; 4(1):5-58.
35. Podnieks E. Social inclusion: an interplay of the determinants of health-new insights into elder abuse. Ryerson University School of Nursing, Toronto, Ontario, Canada. *J Gerontol Soc Work*. 2006;46(3-4):57-79.
36. Quinn K, Zielke H. Elder abuse, neglect, and exploitation: policy issues. *Clin Geriatr Med*.2005;21(2):449-57.
37. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med*. 2006;4(5):403-9.
38. Rodríguez Miranda E, Olivera Álvarez A, Garrido García RJ, García Roque R. Maltrato a los ancianos. Estudio en el consejo popular de Belén, Habana Vieja. *Rev Cubana Enfermer[revista en Internet]*.2002[citada: 13 de marzo de 2009];18(3):[aprox. 9 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300003
39. Richardson J, Coid J, Petrukevich A, Shan Chung W, Moorey S. Identifying domestic violence: a cross sectional study on primary care. *BMJ*. 2002;324(7332):274-8.
40. Salud, bienestar y envejecimiento en las Américas. Resumen ejecutivo[Internet]Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003. Disponible en:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/salud_bienestar_y_envejecimiento.pdf
41. Shefet D, Dascal-Weichhendler H, Rubin O, Pessach N, Itzik D, Benita S, Ziv A. Domestic violence: a national simulation-based educational program to improve physicians knowledge, skills and detection rates. Israel Center for Medical Simulation, Israel. *Med Teach*.2007;29(5):133-8.
42. Simpson AR. Cultural issues and elder mistreatment. *Clin Geriatr Med*. 2005;21(2):355-64.
43. Soldevilla Agreda R. Maltrato al anciano: mito o realidad. *Rev Gerokomos*.1999; 10(1):1-2.
44. Wang JJ, Lin JN, Lee FP. Psychologically abusive behavior by those caring for the elderly in a domestic context. *Geriatr Nurs*.2006;27(5):284-91.
45. World Health Organization. International Network for the Preventive of Elder Abuse. Missing Voices. Views of older persons, on elder persons, on elder abuse. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. p.23.
46. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*. 2006; 12(2):53-62.