

Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental

Contributed by
Thursday, 26 June 2008

Resumen

El anciano es una persona que no siempre puede valerse por sí misma, y es a la hora de recibir los cuidados y atenciones necesarias cuando surgen problemas, constatados en el sistema occidental. Si el anciano tiene alguna enfermedad, se incrementa el riesgo de sufrir maltrato por parte de su familia o por el personal apto para su cuidado, que puede ser físico y mental. Se debe pensar en que ahora se es joven, pero algún día anciano, lo que hace desear estar bien cuidados y tener atenciones necesarias. Al anciano, sea o no pariente, se le debe atender en función de mejorarle la calidad de vida. Hay un refrán que reza: "Según se trate a los mayores, así será el tratamiento que se recibirá de las futuras generaciones".

Fuente

Palabras clave: Maltrato al anciano, legislación y jurisprudencia, calidad de vida, España.

Lo primero que llama la atención a todo aquel que intenta profundizar en el tema del maltrato al anciano en un país occidental es la escasa documentación de que se dispone al respecto. Esta circunstancia pone de manifiesto, un cierto desinterés en lo referente al "estado de bienestar" en el que vive un importante grupo de población.

Si tomamos como referencia la clasificación que hace el profesor P. Kingston de los diferentes abusos y malos tratos en los ancianos en nuestro país (España), se podría situar la información que nos llega sesgada y los resultados no son efectivos.

El propio término "maltrato" está cargado de connotaciones negativas que lo han convertido en tabú: no se habla del problema, se evita o no se reconoce, y así no existe. Tenemos que reconocer que en los últimos años se han ido dejando de lado los prejuicios y miedos que este tema entrañaba y se han hecho avances en la denuncia, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, y en la concienciación social del problema.

En occidente, el tema del maltrato ha estado relacionado con el niño y la mujer, nadie afirmaría que el avance social podría perjudicar también a las personas mayores. Es de sentido común pensar que las experiencias adquiridas en otros grupos sociales nos podrían servir para afrontar el maltrato en el anciano. ¿Debemos los familiares dedicar más tiempo a nuestros ancianos?, ¿los avances sociales son beneficiosos y adecuados para las familias?, ¿dónde se nos quedan los valores y sentimientos de respeto, ayuda, cooperación y colaboración? Debemos reflexionar sobre lo que significa ser persona y saber tratar a las personas, sobre los sentimientos, los afectos y el cariño.¹⁻¹⁵ Los malos tratos a los ancianos. Aproximación teórica al maltrato

El primer problema con el que nos encontramos es la escasa bibliografía al respecto, aún más evidentes en cuanto a las publicaciones en nuestro idioma: el español.

Nos ha parecido adecuado tomar como guía el libro "El maltrato a las personas mayores", de Peter Decalmer y Frank Glendenning, en el cual se analiza el tema, basándose en las publicaciones de trabajos e investigaciones que sobre desatención, negligencia y maltrato recoge la literatura de EE.UU., Canadá y Gran Bretaña, no olvidando que dichos países viven dentro de normas consumistas, y como indica T. Bazo, es de referencia obligada el abordar en Europa el tema del maltrato a las personas ancianas.

El maltrato a los ancianos es un asunto grave que recibe muy poca atención. Su reconocimiento y debate público ha seguido una trayectoria similar a la que siguió el maltrato infantil en los años sesenta, y a la progresiva aceptación de la existencia de la violencia familiar en los ochenta. Los primeros artículos médicos publicados describían casos de abusos a ancianos maltratados por sus familiares. Se identificó la capacidad mental como un factor determinante y se analizó el estrés de los cuidadores, pero los profesionales de la salud acogieron esta información con incredulidad. ¹⁶⁻²¹

En los 80, Eastman (British Geriatrics Society), profesionales de Gran Bretaña, investigadores de EE.UU. y Canadá, esbozaron el perfil del fenómeno del maltrato a los ancianos y de aquellos que lo perpetraban. Los primeros estudios norteamericanos y canadienses se realizaron en la década de los 70, mientras que en Inglaterra se empezó a demostrar

interés por el maltrato a partir de los 80. Todo parecía indicar la presencia de un triángulo entre 3 países de características socioeconómicas similares. Shell, fue el autor de la primera investigación que sobre el tema se llevó a cabo en 1982 en Manitoba (Canadá). En 1991 el Canadian National Advisory Council on Aging (Ministerio de Salud y Bienestar), publicó un informe sobre los malos tratos en los ancianos. En Boston (EE.UU.) Pillemer y Wolf hicieron lo mismo, recogiendo datos a lo largo de 15 años de estudio clínico y describieron las diferencias entre maltrato/maltratante/maltratador, así como la valoración y estructuración de los síntomas reflejados en los pacientes ancianos. En EE.UU. y Gran Bretaña, alrededor del 5 % de los ancianos viven en instituciones residenciales; en Canadá la cifra es de aproximadamente el 9 %, y en España del 2,8 %. Debemos considerar estas cifras significativas y sensibilizarnos con el bienestar de las personas mayores.

Según los mismos autores, existe una evidencia de que estos ancianos tienen mayor probabilidad de sufrir maltrato que aquellos que viven en sus hogares. Y aun cuando la mayoría de los ancianos son cuidados y atendidos con cariño en el hogar, una considerable cantidad de agresiones tienen lugar en el seno de la familia. La situación que se plantea no es sencilla y ocurre que posiblemente debamos cambiar el concepto de anciano dentro de las sociedades occidentales. Nuestros mayores son las personas que generación tras generación han estado cuidándonos, alimentándonos y educándonos, debemos no solo respetarlos y ayudarlos, sino de estar a su lado en su proceso de envejecimiento. Pero, ¿quiénes son las víctimas y quiénes los agresores? 22-34

Hell (1988) descubrió en el estudio de Manitoba (Canadá) que 2/3 partes de las víctimas eran mujeres de edades comprendidas entre los 80 y los 84 años, que habían vivido con una familia por períodos de 10 años. Pillemer, Wolf y Finkelhor (1988) estudiaron a 2 000 ancianos entrevistados por teléfono, incluyendo entrevistas con víctimas de malos tratos, y se supo que el perfil de las víctimas fue diferente del proporcionado por anteriores estudios. Los resultados ya no apuntaban a una mayoría de mujeres maltratadas por sus hijos o hijas adultos. El número de hombres maltratados superaba al de mujeres con 52 y 48 % respectivamente. En cuanto a los responsables, en el 58 % de los casos se trataba de los cónyuges y en el 42 % de los hijos adultos. Dado que eran más los ancianos que permanecían con sus esposos o esposas que los que vivían con sus hijos, las oportunidades de ser maltratados por sus cónyuges, eran mayores. Esto sugiere que si en anteriores investigaciones se pensó que hay más mujeres víctimas de malos tratos que hombres, se debía a que estas sufrían lesiones más graves y era más probable que fueran los que más informaran a los organismos competentes o que estos recibieran noticias de sus casos.

En la década de los 80 se insistió en la dependencia de la víctima respecto de su agresor, junto con el estrés que soportaba el cuidador en estas situaciones. Wolf y Pillemer cuestionaron esto en 1989, pues mantenían que eran pocos los resultados que apoyaban este punto de vista. Señalaron que mientras un buen número de ancianos dependía de sus familiares, solo una pequeña parte de estos sufría malos tratos. De modo similar, era mucha la gente mayor con impedimentos físicos; pero sin aplicar una metodología de comparación de casos y grupos de control, resultaba inadecuado afirmar que las víctimas de los malos tratos sufrían algún tipo de dependencia física. 35-40

El maltrato en los ancianos consistía en contemplar un desequilibrio desproporcionado de la dependencia, en cualquier sentido, como factor potencial de riesgo. Tomlin (1989) en el informe de la British Geriatrics Society sobre el maltrato a ancianos sugiere que los mayores más vulnerables son aquellos que tienen dificultades para comunicarse y muestran discapacidades. Los que padecen demencia senil o enfermedad de Parkinson tienen más probabilidades que otros de sufrir maltrato. Igualmente informa que los estudios norteamericanos nos muestran que la víctima tipo es la mujer, de más de 75 años, sin ocupación, con impedimentos funcionales, solitaria, amedrentada y que vive en su casa con un hijo/a adulto. Los malos tratos suelen ir asociados o están relacionados con el consumo de alcohol. Aquellos cuidadores que admiten haber maltratado física o verbalmente a sus víctimas, muestran puntuaciones altas en las subescalas de depresión (Cuestionario de Depresión de Beck), comparados con aquellos que no cometieron abuso. Existe una comunicación pobre entre agresores y víctimas. Entre los cuidadores que maltratan, muchos han abandonado su empleo con el fin de cuidar de sus familiares y poder recibir ellos mismos tratamiento y cursos de ayuda, para poder recapacitar sobre sus aptitudes educacionales.

Sobre víctimas y agresiones en centros asistenciales, residencias y hospitales, es poca la información documentada. Se señalan los efectos que pueden tener las condiciones estresantes de trabajo, el agotamiento profesional, la insatisfacción, la naturaleza de los conflictos entre pacientes y personal cuidador, las actitudes ante el envejecimiento y la falta de recursos. Nos podemos preguntar si la queja es real o no, si se trata de una llamada de atención, o si el egoísmo de ciertos individuos hace que los sentimientos de solidaridad queden aparcados.

Características sobre víctima y agresor (OMS, 1988):

Perfil de la persona víctima de abusos: Mujer. Mayor de 75 años. Físicamente impedida. Con disminución mental y comportamiento infantiloides. Socialmente aislado/a. Deprimido/a, con actitud hipercrítica. Predispuesto/a a adoptar el papel de enfermo/a. Repetidos intentos frustrados de recibir ayuda en su pasado. Maltratado/a en el pasado por un progenitor. Demasiado pobre como para vivir independiente. Testarudo/a.

Perfil de la persona que ejerce el abuso: Familiares que han estado cuidando de un anciano durante muchos años (promedio de 9 años y medio); de este grupo el 10 % ha estado ocupándose de una persona mayor durante

más de 20 años. El 75 % vive con la víctima. Tipo de parentesco: 40 % cónyuge, 50 % hijos o nietos. El 75 % ha cumplido más de 50 años; el 20 % más de 70. Parientes extenuados por el estrés, el 48 % necesita el dinero de sus víctimas, y/o el 50 % necesita su casa. Socialmente aislados y generalmente desempleados. Antecedentes de arrestos y delitos contra la propiedad. Problemas económicos. Salud mental: antecedentes de deterioro reciente o de depresión o ansiedad (91 %), alcoholismo (63 %) o adicción a otra sustancia (68 %). Comunicación inexistente. En la infancia, hostilidades ente padres e hijos. Tipologías

Wolf y Pillemer (1989) y Godkin y otros (1989) utilizaron la siguiente clasificación de malos tratos:

Maltrato físico: causar daño o dolor físico, abuso sexual y/o contención física.

Maltrato psicológico: infringir angustia mental.

Negligencia activa: rechazo o incumplimiento de la aceptación de las obligaciones en los cuidados. Consideraciones psicosociales del maltrato en ancianos

A menudo se compara el maltrato a ancianos con el maltrato infantil. Esta situación es el resultado de la propia relación entre el cuidador y el anciano que, a menudo, posee un carácter paternofilia, dada la extrema dependencia de los ancianos, que es en su mayor parte, necesidad afectiva. Esto llega hasta el punto de que, en EE.UU., los mismos organismos se ocupan de casos de maltrato a ancianos y maltrato infantil. Tienen también en común el ser problemas sociales que han sido "medicalizados" por profesionales de la salud que han establecido sus propias estrategias de intervención dentro de las instituciones sanitarias.

Parte de los malos tratos a los ancianos no los comete un cuidador contra una víctima que depende de él o ella. Como han demostrado Wolf y Pillemer, es el agresor quien puede estar en una situación dependiente; incluso, si el anciano depende del cuidador, la relación es diferente. Los padres tienen una responsabilidad legal sobre sus hijos menores de edad, pero en la mayor parte de los casos, los hijos adultos no tienen responsabilidad legal respecto de sus padres. Los hijos deberían estar al lado de sus padres, no solo en caso de necesidad o ante la enfermedad, sino también dentro del bienestar familiar. Violencia doméstica

La violencia doméstica ha sido la más estudiada e investigada en Europa, y sigue despertando gran interés en la medida en que no conocemos el efecto que el cambio de costumbres en la vida familiar ejerce en grupos como el de la gente mayor.

P. Townsend, en su estudio, "The Family Live of Older People", nos describe: "Si se quieren entender muchos de los procesos y problemas del envejecimiento, debe estudiarse a los ancianos como miembros de familias, normalmente de 3 generaciones. Además debemos aceptar que aquellos que se ocupan de administrar los organismos de salud y de protección social deben considerar a los ancianos como parte inseparable de unidades familiares, que son algo más que meras unidades de residencia. No son simplemente individuos, ni mucho menos casos que ocupan sillas o camas. Son miembros de una familia y de que se les considere como a tales dependerá, en gran parte, su seguridad, su salud y su felicidad".

Pero la inquietud que se generó en occidente en los años 80 procedía del sentimiento de que la familia se despreocupaba de la difícil situación de sus miembros mayores de edad. Se comenzó a valorar la relación entre "la despreocupación" y el "aumento del consumismo y/o libertades". Lo importante era el resultado financiero del cuidador y no el estado de salud del anciano. Fue creciendo la evidencia de que las familias podían infringir daño a sus miembros más débiles y vulnerables, y del modo en que esto sucedía. Se debe procurar que el anciano sea atendido en su casa el mayor tiempo posible, ya que el sistema de salud sanitario solo se va haciendo cargo de los casos más incapacitados o impedidos. El alcance de la violencia familiar

Linda George sugiere que la violencia ha sufrido durante el pasado siglo una pauta de alzas y bajas, y que la incidencia ha variado mucho menos que su visibilidad. Varía según el clima y la fuerza de ciertos movimientos o situaciones políticas.

En opinión de la autora, la violencia entre los miembros de una familia no solo depende o está influida por el contexto histórico, sino que está ligada a las relaciones de poder. La violencia familiar surge de las luchas de poder en las cuales los individuos compiten por los recursos y beneficios reales. Estas disputas no solo se producen debido a aspiraciones personales, sino también a cambios en las normas y en las condiciones. 41-44

Se asume que: "El factor clave en el incremento aparente de los malos tratos, más que en el crecimiento del número de ancianos, lo constituye sustancialmente el contingente de recursos que se debe asignar a las personas mayores y las relaciones entre los diferentes grupos que proporcionan estos recursos. Señalan, que, aunque en los últimos 10 años el centro de interés han sido los malos tratos físicos en los ancianos, no hay bases suficientes para creer que sea la forma más significativa de abuso. A los problemas asociados a la privación de servicios de primera necesidad para la gente mayor, hay que añadir los problemas resultantes de la escasez de viviendas en la década de los 80, y el problema de la discriminación de la edad provoca que la focalización en los malos tratos parezca un tanto selectiva". El maltrato a los ancianos y las obligaciones derivadas del parentesco

El segundo de los temas que L. George planteó tiene que ver con la violencia familiar durante el cambio de las normas y condiciones que rodean los cuidados en la familia. Este punto se plantea para poder entender la emergencia del maltrato como problema social en los años 70 y 80.

Diversas investigaciones evidencian que la gente mayor busca evitar una situación de dependencia de los hijos, en especial, si implica la responsabilidad continuada que una enfermedad crónica ocasiona o la necesidad de proporcionar cuidados personales. Estos cambios traen modificaciones en las pautas de las obligaciones de los parientes que se olvidan de sus responsabilidades, del amor, del cariño y de los sentimientos como necesidades básicas a conservar y mantener dentro del entorno familiar.

J. Finch señala que: "Las relaciones de parentesco no operan sobre las bases de un conjunto definido de reglas morales claramente explícitas para los ancianos y sus cuidadores. El sentido de la obligación en particular no sigue un camino coherente y fiable en términos de práctica social. El sentido de la obligación es muy poco fiable. Se alimenta y crece entre algunas personas de modo más fuerte que en otras y sus consecuencias prácticas son variables. Tienen una característica de vinculación, pero deriva de unas realidades que se construyen entre gente real a través de los años, y no de un conjunto abstracto de valores morales."

El cuidado de los ancianos no está definido por unas normas sociales claras. Las cuestiones sobre quién debería proporcionar los cuidados y en qué términos, se encuentran en estado de fluctuación. El fenómeno del maltrato, puede ser una expresión de esta incertidumbre, haciendo resaltar finalmente la complejidad de los abusos como cuestión social. El poder y la familia

Se considera importante distinguir el maltrato a los ancianos de otras formas de violencia familiar. A diferencia de otros tipos de maltrato, en él puede no haber una distinción clara entre víctima y agresor. Dado que muchos ancianos son legal y realmente seres humanos autónomos, la responsabilidad del maltrato puede ser difícil de determinar. Esto, señala L. Phillips, plantea cuestiones a los profesionales:

¿Es responsabilidad de un hijo adulto imponer hábitos de limpieza a un anciano legalmente competente, cuando este no desea estar limpio? ¿Qué efecto tiene en las responsabilidades morales y legales la distancia geográfica o filial? ¿Quién es víctima y quién es responsable en situaciones en las que un anciano legalmente competente rechaza actuar en su propio interés? Y, la más básica de las preguntas: ¿Cómo puede asignar responsabilidades, una sociedad capitalista, que no ha establecido aún unos criterios sobre los derechos materiales y emocionales mínimos que corresponden a todo individuo?

Contrariamente a la impresión que se desprende de la literatura sobre los abusos a los ancianos, los casos de maltrato directo serían la excepción. Lo que se da es una situación mucho más confusa, en la que los actos de acción y omisión se entremezclan y en la que los propios ancianos pueden estar, en parte, involucrados en la construcción de las situaciones de maltrato. El problema del debate sobre el abuso a los ancianos es a menudo una batalla entre ancianos "inocentes" y familias "malas". Tenemos una visión estereotipada de la gente mayor, a los que invariablemente no se puede responsabilizar de la dinámica familiar.

El estudio de la patología familiar va unido al estudio de los recursos económicos, recursos sociales, formas de ver la vejez y a los ancianos. Hay que trabajar con todos los recursos existentes a nuestro alcance, con el fin de mejorar la calidad y el pronóstico de vida de nuestros mayores. Malos tratos institucionales

La primera voz de alarma ha salido de los malos tratos vistos en residencias, y recogidos por los medios de comunicación en relación con la calidad de vida de los ancianos. Los malos tratos institucionales pueden manifestarse de la siguiente manera: La agresión verbal. La combinación entre agresión verbal y maltrato físico. El maltrato que puede producirse en las residencias, al negarse o no proporcionar unos niveles básicos de intimidad a los usuarios.

Las actitudes negativas hacia los ancianos pueden resultar más patentes en los servicios asistenciales de larga estancia, dada la mayor concentración de personas de edad en un solo lugar. Kayser-Jones ha dividido las denuncias más frecuentes sobre abusos del personal en las instituciones en 4 categorías:

Infantilización: tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable.

Despersonalización: desatender las necesidades particulares del paciente.

Deshumanización: ignorar al anciano.

Victimización: ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresión verbal, robo, chantaje o castigo corporal. Conclusiones

En resumen, se desprende la necesidad de valorar en el aspecto más amplio, las circunstancias personales, familiares y sociales que rodean al anciano maltratado, lo que incluye el entorno doméstico y las instituciones públicas, lo cual, tiene las lógicas implicaciones asistenciales y terapéuticas.

El trabajo para la prevención del problema del abuso y maltrato al anciano conlleva la atención, tanto del anciano como de

su cuidador, teniendo en cuenta que en estas situaciones pueden ser víctimas cualquiera de los componentes de este binomio y, por lo tanto, los 2 son sujetos susceptibles de ser demandantes de atención.

Se evidencia también un desconocimiento por parte de los profesionales de los aspectos jurídicos relacionados con las personas mayores. En lo referente al maltrato a los ancianos hay que distinguirlo de otras formas de violencia familiar. El maltrato a los ancianos es similar pero también muy diferente; en él puede no haber una distinción clara entre víctima y agresor.

La situación actual es problemática, y debemos de tomar conciencia de que todos estamos destinados a ir envejeciendo en el transcurso de nuestras vidas. Summary

The elder is a person that not always can look after himself. It is at the time of receiving the necessary care and attentions that a number of problems are detected in the western system. If the elder has a disease, then the risk for being abused by his family or by the personnel taking care of him increases. The abuse may be mental or physical. We should think that we are now young and that some day we will be aged and we would like to be well cared and to have the necessary attention. Therefore, what we should do now is to provide the aged, be a relative or not, with a good quality of life. There is a saying that goes: "As you treat the aged, that will be the treatment you'll receive from future generations".

Key words: Elder abuse,; legislation and jurisprudence, quality of life, Spain. Referencias bibliográficas Adelman RD, Breckman R. Malos tratos. Manual Merck de Geriátria. Ed. Doyma, (Barcelona) 1992;97:1207-15. Aguayo CM, Pajares PR, Gogorcena MA. La coordinación sociosanitaria en la atención al anciano. Revista de Gestión para el Profesional de la Atención Primaria 1996;(2):86-94. Bazo MT. La sociedad anciana. Madrid, Ed. Siglo XXI.; 1990: 22-58.----- Nueva sociología de la vejez. La ancianidad del futuro. Barcelona. Ed. SG; 1992:19-44. Beaver ML, Miller DA. La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria. Barcelona. Ed. Paidós; 1998: 317-27. Caballero García JC, Remolar Ribes ML. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 2000;10 (3):177-88. Carrillo M. Depresión y ansiedad, claves para detectar el maltrato en el anciano. Revista Diario Médico 2001; 4: 1-3. Cuadernos de Gestión para el Profesional de la Atención Primaria, Madrid, 1996; (2): 86-94. Curso de Geriátria. Coordinación del espacio sociosanitario, sistemas de información utilizados en personas mayores. Febrero 2001, Guipúzcoa, España. Decalmer P. El maltrato a las personas mayores. Madrid. Ed. Paidós, 2000: 241-301. Díez J, Redondo ML, Arroniz C. Malestar psíquico en cuidadores de familiares de personas confinadas en domicilio. Revista Medifam 1995; 5: 124-30. Florez JA, Adeba J, García MC, Gómez M. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. JANO 1997; 1281:53-64. Florez JA, Adeba J, García MC. La comunicación con el anciano. JANO 1998; 1265:524-8. Garay J. Maltrato en el anciano. Revista Iberoamericana de Geriátria y Gerontología. 2001; 16: 10-5. García de Blas F, Fernández A, Vinyoles E. Actividades preventivas en el anciano. Curso a distancia de prevención en atención primaria. SEMFYC, Madrid, 1997. Guillén Llera F. Problemas éticos en residencias de ancianos. Madrid, Ed. Edimsa, 1995: 181-95. Homer A, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. Brit Med J 1990; 301: 998-9. Isasi del Villar C. Visita domiciliaria al anciano. Revista Oñarri, 1998; 14 (3):4-6. Izal M, Montorio I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para familiares cuidadores. Madrid. Ed. Inersa 1990: 28-43. Jones J. Elder abuse and neglect, responding to a national problem. Annals of Emergency Medicine 1999; 23 (4): 845-8. Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre instrumentos de medición. Madrid. Ed. SG; 1990: 10-56. Kingston P, Penmale A. Elder abuse and neglect: issues in the accident and emergency department. Annals of Emergency Medicine 1999; 21(3):325-412. Larión JL. El síndrome del anciano maltratado. Med Clin J 1994; 102: 216-9. Lázaro del Nogal M. Abusos y agresiones sexuales en los ancianos. Revista Española de Geriátria y Gerontología. 1995; 30:43-7.----- Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico. An Med Interna 2000; 17: 37-45.----- Abusos y malos tratos en el anciano. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid. Ed. Edimsa; 1995: 155-71. Marín N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Díez A, Soto A, et al. Síndrome del maltrato y abuso en el anciano. Revista Española de Geriátria y Gerontología 1991; 26 (1): 40-6. Martín A. Aspectos legales del envejecimiento. Revista Española de Geriátria y Gerontología. 1995; 30: 67-75. Morillas Fernández D. Malos tratos a personas mayores: otra forma de violencia. Revista El criminalista digital. 2000; 11:10-6. Muir Gray JA. Aspectos sociales y comunitarios del envejecimiento. Madrid. Ed. CEA; 1998: 28-47. Norma Foral 9/2000, de Creación del Instituto Tutelar de Bizkaia. B.O.E. Nº 223.2000. (Régimen Judicial del País Vasco. España). Pérez JM, Abanto J, Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognitivo. Manuales de Atención Primaria 1996; 18(4): 82-97. Pichardo Fuster A. Síndrome del viejo maltratado. Revista de Gerontología 1996; 7: 37-120. Pillemer K. Risk factors in elder abuse: result from an case control study, elder abuse: conflict in the family. Archivos Internos de Medicina 1987; 147: 484-8. Pszemirower S, Pszemirower NP. Ancianidad y derechos humanos. Revista de Geriátria y Gerontología 1999;10 (9): 1-9. Rodríguez P. Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo familiar. Jornadas por una vejez activa. Fundación Caja de Madrid, Madrid; 1995. ----- El apoyo informal a las personas mayores. Barcelona. Ed. Baeza, 1995:381-402. Ruipérez I. Calidad en la asistencia a las personas mayores. Revista Española de Geriátria y Gerontología 1998; 33 (2): 63-6. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Manuales de Atención Primaria 1998; 21: 431-6. Soldevilla Agreda JJ. Maltrato al anciano: mito o realidad. Revista Gerokomos 1999;10 (1): 1-2. Steinmtz Sk. Elder abuse: myth and reality. En: Brubaker TH (eds.) (2nd ed.) family

relationships in late life. Sage Publications London. J Clin Epidemiol 1988; 41:441-9. Torres P, Espada FJ. Violencia en casa. Madrid. Ed. Aguilar ; 1996: 26-31. Wolf R. El problema de los abusos a los ancianos: una tragedia familiar. Revista de Gerontología 1994; 4 (2): 13-138. Zunzunegui MV. Las redes sociales y la salud en las personas mayores. Index de Enfermería, 1994; 8 (9): 15-7.

Recibido: 3 de febrero de 2003. Aprobado: 20 de noviembre de 2003.

Dra. Martha González Ceinos. Centro Médico. C/ DR. Areilza, Nº 56 1º D. 48010- Bilbao, España.

e-mail:papagayo@euskalnet.net

1 Doctora en Medicina y Cirugía. Psicoterapeuta. Especialista en Medicina Psicosomática y Epidemiología Clínica. Máster en Salud Pública y en Psicoterapia Analítica Grupal. Profesora de la Universidad del País Vasco.

2 Alumnas de la maestría de Geriátría. Universidad del País Vasco. Lejona-Vizcaya, España.