

# Malos tratos en la vejez

por **D. Juan Carlos Caballero**

*Conferencia pronunciada  
el 26 de octubre de 1999*

Forum Deusto



# Malos tratos en la vejez

por Juan Carlos Caballero\*

## Introducción

El interés sobre este inquietante y sumergido problema tiene una historia reciente en España. El autor tuvo ocasión de participar en las terceras jornadas internacionales de Geriátría y Gerontología, celebradas en Andorra (abril de 1991), donde fue invitado a impartir una ponencia sobre el asunto (1). Aunque en los años previos reconozco haberme encontrado con experiencias de supuesto abuso económico y psicológico, la posibilidad que me ofreció preparar dicha intervención, ahondando en la literatura científica, hizo despertar mi curiosidad por el tema.

Llamaron, entonces, mi atención algunos hechos:

1. Que en el ámbito internacional, en general, y en el europeo en particular, los conocimientos de tipo epidemiológico eran muy limitados y dispersos, así como poco homogéneos.
2. Que no existía unanimidad en las definiciones sobre el maltrato.
3. Que no abundaban las referencias bibliográficas.

---

\* Juan Carlos Caballero García nació en Bilbao y es especialista en Geriátría y Medicina Interna en la misma ciudad. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco en 1977, Especialista en Medicina Interna por la Universidad de Valladolid en 1981 y en Geriátría por la U.P.V. en 1983, el Dr. Caballero imparte clases en el Máster de Gerontología Psico-social de la Universidad de Oviedo y cursos de doctorado en la U.P.V. El Dr. Caballero ha sido Jefe del Servicio de Geriátría del Hospital de la Cruz Roja de Bilbao, y posteriormente Director del mismo. Es subdirector de la revista iberoamericana «Geríátrika» y ha publicado más de 100 artículos, dos libros y dos monografías en relación con el deterioro mental, la demencia y su especialidad en general.

Mientras que el problema de los ancianos maltratados parecía emerger entre los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, no ocurría lo mismo en la sociedad. Parecía que el abuso a los ancianos era un problema minoritario y marginal. No había conciencia ni tampoco demasiada preocupación sobre el mismo. Sin embargo, sorprendía averiguar la creciente sensibilidad sobre el maltrato a la población infantil y a las mujeres.

En el ámbito internacional era preciso remontarse al año 1975 para encontrar las primeras referencias bibliográficas sobre el particular. Así, Baker, A.A. (2), en Inglaterra, definía el maltrato como la alteración de los derechos en el medio familiar, así como los fallos en la provisión de servicios al anciano. Butler, R.N. (3), en Norteamérica, incluía el concepto de maltrato como las acciones de un cuidador contra los derechos elementales y necesidades del anciano. Así mismo, definía la negligencia como los fallos del cuidador para atender debidamente las necesidades del mayor de edad.

Poco tiempo después, autores como Anderson, C. L. (4), Bahr, S.R.T. (5), Beck, C.M. y Ferguson, D. (6), Beck, C.M. y Phillips, L. R. (7), Davies, J. (8), Johnson, D.J. (9), Long, C. M. (10), O'Brien, M.A. (11), Podnieks, E. (12), mostraban su interés y preocupación describiendo los diferentes tipos de maltrato.

Al mismo tiempo, comenzaron a desarrollarse protocolos para detectarlo: Anastasio, C.J. (14), Ferguson, D. y Beck, C. (15), Fulmer, T.T. y Cahill, V.M. (16), Johnson, D. (17), Sengstock, M. y Hwalek, M. (18), Tomita, S. (19), Bloom, J.S. (20) y Jones, J. (21).

Todos los autores ponían de manifiesto la importancia de los profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería), en sus respectivos lugares de trabajo, como receptores de las víctimas, enfatizando su interés en la adquisición de habilidades para identificar los casos y poner así medidas de prevención y actuación.

Del mismo modo, trabajos como los de Farber, J. M. (22) y Shepard, P. (23) incidían sobre la utilidad de los servicios de asistencia social en las urgencias hospitalarias para los casos de población anciana en riesgo.

Simultáneamente, comenzaban a publicarse tesis doctorales como la de Anetzberger, G.I. (24), efectuada en el Social Welfare at Case Western Research de Cleveland (Ohio), aportando entrevistas a los perpetradores del abuso y sus puntos de vista acerca de la etiología del mismo.

En 1986 se crea, en los Estados Unidos de América, el Comité Nacional para la Prevención del Abuso en el Anciano (13), formado por investiga-

res, médicos, juristas, trabajadores sociales, educadores, etc., al objeto de fomentar la investigación, promover trabajos y servicios, desarrollar información y enseñanza así como abogar por programas para dar respuesta a las necesidades de las víctimas, los perpetradores y sus familias.

En cualquier caso, y a diferencia del abuso infantil y el de la mujer, todos los autores coinciden en que los ancianos son reacios a informar de su victimización a cargo de los miembros de su familia, por tanto los médicos y el personal de enfermería y de los servicios sociales se encuentran con serias dificultades para reconocer/atribuir los signos y síntomas del abuso y más aún para informar del mismo a los organismos adecuados, temiendo los posibles litigios derivados de tal decisión.

En 1989 la Asociación Médica Mundial, reunida en Hong Kong, emitió una declaración sobre el maltrato a los ancianos (25). Ese mismo año, aparece la primera publicación periódica especializada, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, en New York (13), siendo coeditores Wolf, R.S. y McMurray, S.

Regresando, de nuevo, a España hay que señalar la aportación de Marín, N. (27) al Congreso Nacional de Geriátrica y Gerontología de Las Palmas (1990) y el trabajo de Larrión, J.L. y Paul, J. (28).

El paso definitivo se da en 1996 al organizarse la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado (26). Como fruto de la misma, resulta la Declaración de Almería, constituyéndose en un serio documento que es elevado a los organismos públicos del Estado y Autonomías para recabar su atención sobre el asunto y solicitar fondos para la educación, información y la investigación pluridisciplinar acerca del problema. Se pone de manifiesto que, tanto el desconocimiento como la ocultación del problema, impiden los esfuerzos de prevención e intervención.

## **Concepto, definición y tipos de maltrato**

Tras varios años de falta de precisión y aceptación en las definiciones implicadas para la terminología del maltrato, parece haber mayor uniformidad en la actualidad (ver tablas 1 y 2).

La definición federal, que aparece por primera vez en la Enmienda al Decreto Americano sobre el mayor de edad, se trata de una guía para identificar problemas, pero sin expresión legal ejecutoria (29).

Esta Enmienda contempla el:

1. *Abuso físico*: como el uso de la fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor físico o deterioro. Puede incluir golpes,

pellizcos, empujones, patadas, quemaduras, tortas, castigos físicos, latigazos, uso inapropiado de fármacos, restricciones físicas, forzar a comer, etc.

2. *Abuso sexual*: como el contacto sexual no aceptado, de cualquier clase, con un mayor de edad o con un incapacitado mental. Puede incluir: tocamientos, fotografías, asalto sexual, sodomización, violación, desnudez forzada, etc.

**Tabla 1**

Conceptos sobre el maltrato al anciano

Atributos críticos	Referencias empíricas
<p><b>Abuso</b></p> <p>—Conducta destructiva a través del uso de la fuerza física o psicológica.</p> <p>—Con impropio/inadecuado uso de la propiedad/bienes.</p> <p>—Resultando en daño físico, psicológico, económico y/o efectos sociales.</p> <p>—Con sufrimiento innecesario.</p>	<p><b>Abuso</b></p> <p>—<i>Físico</i>: patrones significativos de daño o injuria, tales como laceraciones, fracturas, contusiones y quemaduras, observación de algún puñetazo, patada, empujón, manotazo; exceso de restricciones físicas; efectos adversos de medicación excesiva; y asalto sexual o violación.</p> <p>—<i>Psicológico</i>: la observación de excesivo o injustificado hostigamiento verbal, de amenazas o ataques verbales; conductas de humillación, intimidación o denegación, coacción y desprecio; resistencia a recibir ayuda; aprensión/miedo inexplicables, sentimientos de inutilidad, de dependencia injustificada, infantilización, fobias, intentos de suicidio, disminución de la autoestima, depresión y alteraciones del sueño.</p> <p>—<i>Financiero/económico</i>: hurto, robo o mal uso del dinero. propiedades o bienes.</p> <p>—<i>Social</i>: injustificado y prolongado aislamiento y abandono.</p>

**Tabla 2**  
Conceptos sobre el Maltrato al anciano

Atributos críticos	Referencias empíricas
<p><b>Negligencia</b></p> <p>—Comisión de descuidos u omisión de conductas para garantizar las necesidades básicas.</p> <p>—Que estén implícitas o explícitas en la obligación de la relación cuidador – anciano.</p> <p>—Que resulten en sufrimiento innecesario.</p> <p>—Que se demuestran por daño físico, psíquico, económico y/o efectos sociales n el anciano.</p>	<p><b>Negligencia</b></p> <p>—<i>Física</i>: inexplicable pérdida de peso, caquexia, falta de higiene, mal control diabético, úlceras por presión, deshidratación, no proveer o provisión inadecuada de comida o bebida, no administrar la medicación prescrita, pautar menos fármacos que los aconsejados por el médico o especialistas, supervisión inadecuada en un anciano dependiente.</p> <p>—<i>Psicológico</i>: llanto inexplicable, depresión, introversión, paranoia, disminución de la autoestima, insomnio, miedo, sensación de rechazo/marginación; no incluir al anciano en las decisiones sobre su propio destino, denegación o negativas, evitación recurrente.</p> <p>—<i>Social</i>: sensación de aislamiento, no llegar a participar en un grupo social, no relacionarse con amistades, soledad prolongada; rehusar llevarle al médico o a que visite familiares o amigos.</p> <p>—<i>Económico</i>: destinando insuficiente dinero o bienes materiales para hacer frente a las necesidades básicas, o de las consultas médicas, o no pagar facturas, etc., cuando la familia tiene recursos.</p>

3. *Abandono*: como el desamparo de un anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien por la persona a cargo de su custodia (tutor legal). Incluye el abandono en instituciones asistenciales como hospitales, residencias y clínicas; en centros comerciales o locales públicos y en la vía pública.

4. *Abuso económico*: como el uso ilegal o impropio de todos o algunos de los fondos económicos, bienes, propiedades, posesiones del anciano, etc.
5. *Autonegligencia*: como la conducta que amenaza la propia salud o seguridad personal del mayor de edad, mediante restricciones, ausencias o deficiencias en la provisión de comida, bebida, ropa, higiene, aseo, refugio, medicación, seguridad. Este término excluye a los mentalmente competentes, que pueden comprender las consecuencias de sus decisiones.

Quizás, por cercana, unificadora y simple sea preferible hacer uso de la definición que, sobre el maltrato, acordó la Declaración de Almería (26). Según aquella *maltrato al anciano* sería todo acto u omisión, sufrido por personas 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 e instituciones).

## Epidemiología del problema

Lamentablemente, no disponemos de datos sobre frecuencia de base poblacional en España. A este respecto cabe mencionar la pobreza de estudios existente, también, a nivel internacional. Hasta el año 1986, tan sólo 32 investigaciones habían sido completadas (32).

Cifras reales del maltrato son difíciles de obtener, de una parte debido a la negativa de la víctima por temor a represalias, de otra porque los actos ocurren mayoritariamente dentro del seno familiar y éste se vuelve opaco, finalmente es escasa todavía la concienciación de los profesionales y trabajadores de los diferentes medios socio-sanitarios implicados (33).

El Council of Scientific Affairs señala la cifra de 1 caso de maltrato por cada 25 ancianos en los EE.UU., siendo algo menos frecuente que el abuso de niños (34).

Pillemer, K. en Boston (35) indica una incidencia de abuso de 32 casos por cada 1.000 ancianos, siendo del 4/1.000 en cuanto a actos de negligencia.

En 1987 se puso en marcha el primer estudio epidemiológico en Dinamarca y Suecia (36). A través de sus respectivos institutos nacionales de estadística, se realizaron entrevistas telefónicas. 943 se formula-



ron a varones mayores de 18 años en Suecia y 1.535 en Dinamarca, donde se encuestaron a personas de ambos sexos (a partir de los 16 años de edad).

El 17 % de los ciudadanos suecos informó conocer algún tipo de abuso y en ambos países un 8 % de la muestra reconoció conocer de cerca algún caso en el último año.

En el estudio del Manitoba Council on Aging (37), obtenido a través de la información directa a profesionales, se sugería que el 2,2 % de los ancianos en familia había experimentado alguna forma de abuso.

Otro estudio canadiense, desarrollado en Ontario, mediante el envío de 14.500 formularios a diferentes agentes sociales (38), obtuvo tan sólo un 8 % de respuestas. El 60 % reconocía la existencia del problema y el 24 % trataba en ese momento con algún caso.

En el informe final del Estudio Nacional sobre incidencia del Abuso al Anciano en los EE.UU. (39), se recogen 672.380 casos de maltrato, correspondientes al año 1996, alrededor del 2 % de la población anciana americana. Del total, 236.479 fueron datos registrados en las Agencias de Servicios de Protección al Adulto (A.P.S.), comprobados en el 49 % de los casos, encontrándose un 8 % aún bajo investigación.

Los diferentes tipos de maltrato se exponen en la tabla 3, las conductas de negligencia seguidas del abuso psicológico y económico suponen el porcentaje más elevado de los casos.

**Tabla 3**

Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA  
(Tipos de maltrato comprobados)

Negligencia	34.525	48,7 %
Abuso emocional psicológico	25.142	35,4 %
Abuso económico	21.427	30,2 %
Abuso físico	18.144	25,6 %
Abandono	2.560	3,6 %
Abuso sexual	219	0,3 %
Otros	994	1,4 %

El tipo de denunciante, ver tabla 4, es muy variado, abarcando a todos los agentes sociales implicados, procediendo el 20 % de los propios miembros de la familia. Dato sorprendente, pues, es en este medio donde con más frecuencia se encuentran implicados los propios familiares

**Tabla 4**

Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA  
(Tipo de denunciante)

Miembros de la familia	14.969	20 %
Trabajadores sanitarios	5.925	8,4 %
Hospitales	12.290	17,3 %
Proveedores servicios al hogar	3.716	5,2 %
Policía	8.031	11,3 %
Banca	305	0,4 %
Trabajadores del hogar	6.816	9,6 %
Dpto. Salud Pública	35	0,1 %
Amigos / Vecinos	6.476	9,1 %
Propia víctima	6.216	8,8 %
Otros	10.729	15,1%

y cuidadores. Le siguen los hospitales con un 17,3 % y después la policía (11,3 %). Las propias víctimas, con un 8,8 % de casos reportados, comienzan a despertar de sus lógicos temores a las represalias.

Según el tipo de maltrato (tabla 5), el informador ha sido la propia familia para los casos de negligencia y abuso económico. Los hospitales (preferentemente las unidades de urgencias) han denunciado los casos de negligencia, abuso psicológico, económico, físico y los de abandono.

**Tabla 5**

Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA  
(Informador según tipo de maltrato)

Informador	Negligencia	Abuso emocional	Abuso económico	Abuso físico	Abandono	Abuso sexual
Miembro familia	24,3 %		14,5 %			
Hospital	16,1 %	17,9 %	14,2 %	11,8 %	36,2 %	
Amigos Vecinos	14,1 %		15 %		12,4 %	
Víctimas		17,8 %				
Trabajador hogar		16,9 %		23,9 %		100 %
Policía				24,3 %		
Sanitarios					17,6 %	

Los amigos y vecinos han reportado casos de negligencia, abuso económico y abandono. Los trabajadores de hogar han señalado los

casos de abuso físico y psicológico. La policía, como es obvio, ha contabilizado un 24,3 % de denuncias por maltrato físico. Las víctimas se han atrevido, solamente, a denunciar el abuso psicológico.

La tabla 6 asocia los diferentes tipos de maltrato según grupos de edad. Hay que señalar el aumento de casos, a todos los niveles, a partir de los 70 años pero, sobre todo, entre los mayores de 80 años, donde los porcentajes subrayan cifras del 51,8 % para los actos de negligencia, 41,3 % para el abuso psicológico, 43,7 % para el físico y 48 % para el financiero. Llama la atención el 58,8 % de casos de abandono en el grupo etario comprendido entre los 75-79 años de edad.

Cuando se relacionan nivel de ingresos de las víctimas con los diferentes tipos de maltrato, se aprecia que el problema se da en cualquier nivel socioeconómico, apareciendo un acumulo de casos en el grupo con pensiones anuales de 5.000 a 10.000 dólares. En éste se da un 96,1 % de los casos de abandono, el 46 % de abuso económico, el 49,5 % de abuso físico, el 37,8 % del emocional y el 66,8 % de los casos de negligencia.

**Tabla 6**

Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA  
(Maltrato según grupos de edad)

Edad	Negligencia	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso económico	Abandono
60 - 64	2,3	10,8	5,5	3,1	18,4
65 - 69	5,9	9,5	9,8	9,4	0
70 - 74	24,1	14,1	17,8	10,8	3
75 - 79	15,9	24,3	23,3	28,7	58,8
> 80	51,8	41,3	43,7	48	19,8

Curiosamente, hay escasa incidencia de maltrato entre los grupos con ingresos de rango inferior a 5.000 dólares y rango superior a 15.000 dólares/año.

En cuanto a las propias víctimas (tabla 7), casi la mitad (47,9 %) se encuentran en situación de dependencia total del entorno y cuidador, es decir precisan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (aseo/higiene, baño, vestido/desvestido, transferencias, ambulancia, comer, continencia esfinteriana). La incapacidad, ya sea psíquica, física o mixta, ocasiona dependencia y a su vez un grave riesgo para la victimización.

**Tabla 7**

Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA  
(Características de las víctimas)

No son capaces de cuidarse por sí mismos	47,9 %
Pueden cuidarse parcialmente	28,7 %
Son capaces de cuidarse	22,9 %
Dato no conocido	0,4 %

## El perfil del maltratador y de las posibles víctimas

La causa exacta del maltrato de ancianos es desconocida, pero hay muchas características de la víctima, del perpetrador y de la estructura familiar que colocan al sujeto de edad en un alto riesgo para los malos tratos.

Del conocimiento y reconocimiento de tales factores y peculiaridades se pueden extraer perfiles más o menos aproximados que sirven como esquemas de ayuda a todo el profesional que trabaje con ancianos, ya sea en el nivel de los servicios sociales ya en el sanitario.

Por lo general, la violencia es una reacción normal a la tensión existente en muchas familias, o puede ser una respuesta de sobrecogimiento.

Si volvemos la vista al estudio americano (39) observaremos que quienes maltratan son mayoritariamente los familiares (ver tabla 8). Por tanto, si nos preguntamos dónde se da el maltrato, la respuesta va a ser en el nivel familiar básicamente.

**Tabla 8**

Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA  
(Quiénes maltratan)

Hijos	47 %
Esposo/a	19 %
Nietos	9 %
Hermanos	6 %
Otros familiares	9 %
Vecinos/amigos	6 %
Auxiliares domésticos	3 %
Otros proveedores	1 %

No podemos obviar los casos de maltrato en el ámbito institucional (hospitales, clínicas, centros de día, residencias), aunque, ciñéndonos a los datos, el problema sigue siendo aún testimonial. Sin embargo, y entrando en el ámbito de los centros residenciales, no debiéramos pasar por alto que alrededor de un 3 % de los mayores de edad se alojan en ellos, con una cada vez mayor demanda de plazas, explicable por la casi inexistencia de otros recursos asistenciales (centros de día, ayuda a domicilio, etc.) pero, también, debido a otro conjunto de circunstancias interrelacionadas, tales como el incremento de los mayores de 80 años, el aumento de la dependencia y la disminución del potencial de los cuidados informales.

Al problema del maltrato en residencias me referiré en otro punto de este artículo.

El apoyo material y afectivo, así como los cuidados de salud entre padres e hijos adultos y el existente entre abuelos y nietos, son áreas que están adquiriendo gran desarrollo investigador. La mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de los seres humanos se expresan y satisfacen en la familia extensa de tres generaciones (40). Puede decirse que este tipo de familia extensa de tres generaciones es una institución autocompensada en la que son fundamentales los principios de la compensación y reemplazamiento (41).

Sin embargo, el sistema del cuidado familiar se sigue construyendo alrededor del sector femenino (madre, hija, nieta), sobre todo al hablar de apoyo y cuidados a los miembros mayores de edad necesitados.

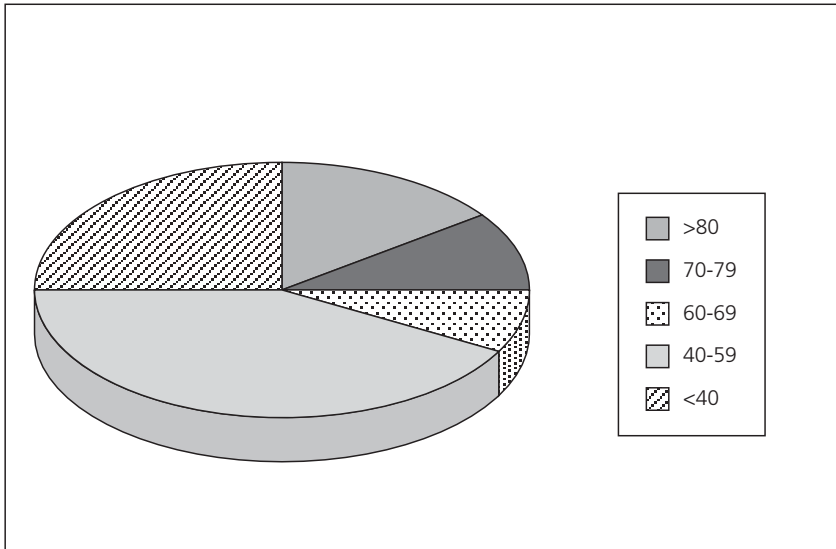
En la tabla 9 aparece el grupo de perpetradores de maltrato familiar y su edad.

Podemos contemplar que el 39 % pertenecen al sector de edad comprendido entre los 40 y 59 años. En España, y en este grupo etario, son las mujeres precisamente el grupo especializado como madres y amas de casa en la sociedad actual, consecuencia de la diferenciación de roles en la familia. Como señala Allan, G. (42), se considera que su tiempo como amas de casa y madres es libre en términos de disponibilidad y costo. Se trataría del grupo de riesgo más elevado para proferir, en un momento dado, malos tratos.

El 34 % de los maltratadores se sitúa por encima de los 60 años. En este grupo se encuentran, sobre todo, cónyuges y parientes (hermanos).

**Tabla 9**

Estudio nacional sobre incidencia del abuso en el anciano en USA  
(Edad de los perpetradores)



Aunque no disponemos de datos sobre maltrato en España podríamos hacer una inferencia sobre los existentes en la literatura. Al igual que la mayoría de ancianos europeos y americanos, los mayores de edad en España prefieren llevar su estilo de vida independiente mientras se valgan por sí mismos para cubrir sus necesidades.

El estudio de hogares unipersonales del Insero (43) muestra que de una cifra total de 1.129.117 hogares unipersonales, el 64 % están formados por mayores de 65 años, conformando un sector de población altamente envejecida, con hegemonía de mujeres viudas. Por lo general, los mayores prefieren vivir solos, aunque en estrecha relación con sus hijos.

Un estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (44), ponía de manifiesto que el 68 % de los mayores de 65 años vivían solos o con su cónyuge, o todavía se encargaban de mantener a los hijos. Un 18 % residían con hijos (sobre todo los varones viudos), un 5 % con hermanos u otros parientes y el 2,5 % en residencias.

En cuanto al grado y calidad de las relaciones familiares, el 83,6 % las refirieron como buenas o muy buenas.

No obstante, a edades avanzadas, es cuando se vuelven socialmente dependientes por la pérdida de la autonomía física y/o psíquica, y es cuando más se pone en marcha la red de solidaridad familiar, siendo frecuente que vivan de manera rotativa en varios hogares, alternando su residencia entre distintos hijos (fenómeno también denominado de «trashumancia»).

Esta inestabilidad residencial afecta a un porcentaje comprendido entre el 5 y el 15 % de los que conviven con hijos, hermanos y demás parientes (45).

Tanto ese porcentaje de ancianos dependientes cohabitando con familiares, como el de los que permanecen en su hogar al cuidado del cónyuge o de su familia (como fuente externa diaria o periódica de atenciones), se constituye en el núcleo poblacional de riesgo de maltrato.

Este apoyo femenino genera un perfil típico de cuidador:

Mujer (83 %), que no recibe ayuda externa (62 %), de edad comprendida entre los 45 y 69 años, de estado civil casada (79 %), perteneciente a las capas más modestas de la sociedad y alejada del mercado laboral. En el 59 % de los casos cuidador y anciano cohabitan permanentemente y en el 16 % lo hacen de forma temporal (46).

Tras el análisis de diferentes estudios (20), (21), (33), (34), (47), (48), (49) y (50), podríamos hacer un retrato robot del perfil de las posibles víctimas:

Mujer, de edad mayor de 75 años, con deterioro físico (confinada a vida de cama y silla de ruedas) secundario, por lo general, a residualidad cerebrovascular o enfermedad de Parkinson, con trastornos psiquiátricos importantes, patrón previo de personalidad egocéntrica y dependiente (neuroticismo), anómalas relaciones paterno-filiales, anómala convivencia/integración/adaptación social previa y/o con déficits sensoriales.

En cuanto al cuidador que maltrata el perfil básico general sería:

Sujeto que lleva dedicado a la víctima por un período medio de 10 años (el 10 % llevan más de 20 años), el 75 % convive con la víctima, existe reiteración de maltrato, en el 40 % de los casos suelen ser cónyuges y en el 50 % descendientes directos (hijos, nietos, etc.) o bien fa-

miliares como hermanos, sobrinos, etc.; el 50 % necesita el hogar de la víctima, y un 50 % necesita su sustento económico. Se trata, además, de personas con pobre o anómala comunicación previa con el anciano, con aislamiento social y con problemas económicos (paro, desempleo, subempleo, etc.).

Con respecto a la edad el 75 % tiene más de 40 años (llegando el 20 % a superar los 70 años), a menudo sufren de trastornos mentales como depresión, alteración en la personalidad, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, o bien sentimientos de soledad, baja autoestima, desesperación, frustración, etc. Suele haber antecedentes de maltrato en su infancia.

Cuando la víctima precisa de hospitalización, el maltratador se puede mostrar hipercrítico y suspicaz con el personal de urgencias o de la planta hospitalaria donde quede alojada aquélla, también con el tipo y cantidad de cuidados administrados al paciente. Por lo general, muestran conductas extremas, bien de permanencia continuada en el centro o bien de falta de contacto. Suelen ser demandadores ante el más mínimo cambio o condición que se plantee en el curso evolutivo del ingreso, llegando a presentar todo tipo de quejas y denuncias. Cuando se les insinúa el alta clínica se muestran poco participativos y colaboradores, interesándose por «alargar» el período de estancia del anciano.

También arrastran estrés vital (viudedad, separación, divorcio). Pueden suscitar dificultades para acceder al enfermo, tanto en el nivel primario de salud como en los servicios sociales, cuando no son ellos los que demandan tal visita.

Sobre el estado general de salud de los mayores de 65 años en España, los resultados del estudio sobre Necesidades Sociales y Familiares de la tercera edad (51) señalan que el 54 % de las personas mayores encuestadas declararon padecer alguna enfermedad o carencia física y, de ellos, el 53 % recibían algún tipo de asistencia médica o seguían algún proceso de rehabilitación.

Conforme aumenta la edad, aumenta también la proporción de sujetos que se declaran enfermos, pasando de poco más del 51 % entre los 60 y 64 años a casi el 71 % en los que tienen 85 años y más.

El 26 % encuentra dificultades para desplazarse fuera de su domicilio, un 20 % experimenta estas dificultades para salir o entrar de su vivienda y para algo más del 11 % constituye un gran problema desplazarse por el interior de la misma.



Según estimaciones del Gobierno Vasco (52) se considera que entre un 15 % y un 26 % de los ancianos padecen enfermedades que los conducen a la invalidez y dependencia.

En el estudio del Inserso sobre Nuestros Mayores (43) el 7 % presentaban dependencia severa y el 20 % dependencia moderada.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1993, el 80 % de los ancianos pueden considerarse independientes (46).

La incapacidad, como ya se ha dicho, se relaciona en geriatría con la necesidad de asistencia para hacer frente a las actividades de la vida diaria, y está afectada por la edad, ya que se incrementa después de los 80 años, momento en que las enfermedades degenerativas tienen especial incidencia.

En la encuesta del Inserso (51), la tasa de ancianos necesitados de ayuda pasa del 15 % entre los menores de 70 años a casi el 60 % entre los mayores de 80.

La longevidad, que alcanza cotas actuales en España de 81,4 y 73,4 años, para mujeres y hombres respectivamente, seguirá aumentando dadas las expectativas de crecimiento de este grupo poblacional. Así, las previsiones para el año 2005, según el Censo de Población de 1991, serán de un 17,4 % de mayores de 65 años (53).

Cuando los mayores de edad necesitan ayuda suelen acudir a la familia cercana (cónyuge e hijos), que realiza el 64 % de los cuidados, otros allegados (parientes, amistades, vecinos) asumen el 8 % de la carga atencional, los empleados de hogar llevan el 5 % de los cuidados y los servicios de ayuda a domicilio vienen a suponer un 4,7 % del total (54).

Como se ve, este apoyo informal de cuidados a nivel del seno o estructura familiar está muy arraigado y se considera como una «obligación moral».

Pero los cuidadores realizan su labor con gran penuria y sufrimiento, hecho que conviene resaltar a la hora de evaluar el riesgo de posible maltrato.

Los cuidadores se resienten en aspectos básicos como: ocio, actividad social, salud y vida familiar. También van acumulando pluripatología derivada de los esfuerzos físicos y de la tensión emocional debida a su continuada y abnegada labor. Esta situación se hace especialmente

crítica cuando el anciano es un enfermo dependiente total y, por tanto, requiere de grandes cuidados, entonces supeditan su atención el resto de facetas personales. Es aquí, sobre todo, donde los profesionales de la sanidad debemos intervenir para ayudar y aliviar mediante consejos, apoyo y pautas terapéuticas.

Los servicios sociales de la comunidad, a pesar de su gran desarrollo en las dos últimas décadas, son todavía rudimentarios en España. Se requiere una mayor expansión y oferta para poder descongestionar los casos problema de cuidado informal ya insostenible en el domicilio y poder ayudar así a los cuidadores a enfrentarse con tal volumen de necesidades.

Hay autores que opinan que el maltrato del anciano se asocia más con la personalidad del perpetrador cuidador que con la carga del cuidado (36), (47), (55), al igual que ocurre en los casos de maltrato infantil y con la mujer.

Podremos, finalmente, describir los más importantes factores de riesgo que suscitarán o no conductas de maltrato en un momento dado de dicha interrelación cuidador-anciano.

Serán valorables y, por tanto, a tener presentes:

- Los cambios inesperados en el estilo de vida y en las aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales del cuidador.
- Los cuidadores que cohabitan en solitario con el enfermo (por razón de soltería, viudedad, divorcio, etc.).
- Las mujeres en edad madura, con el fenómeno de la menopausia, con o sin «nido vacío», que ven reducidas sus expectativas socio-familiares y de autorealización ante la situación de tener que cuidar a un progenitor (o a ambos) y/o a sus suegros.
- Cuidadores que arrastran alguna enfermedad somática de carácter crónico.
- Cuidadores con algún problema psiquiátrico: trastorno de personalidad, depresión, neurosis, psicosis.
- Cuidadores con alguna forma de narcohábito (alcoholismo, drogas, psicofármacos).
- Personas solitarias (hijos únicos, solteros) con nulo o escaso soporte familiar y/o social para descarga de su rol de cuidador.
- Cuidadores con escasa red de apoyo socio-sanitario.
- Cuidadores con otras obligaciones y responsabilidades (paternofiliales, conyugales, laborales y domésticas).
- Nivel pobre de relaciones entre cuidador y enfermo.

- Cuidador con antecedentes de maltrato en su infancia/ juventud, por parte del enfermo como del otro progenitor.
- Sujetos con penuria económica
- Los afectos de algún tipo de ludopatía.
- Aquellos con antecedentes de hiperfrecuentación sanitaria.
- Cuidadores que comienzan a manifestar sentimientos de frustración, ira, desesperanza, cansancio psicofísico, cambio a una relación de indiferencia, baja autoestima, soledad o manifestaciones psiquiátricas de ansiedad, hipocondría, dependencia a psicofármacos, trastornos del ritmo sueño-vigilia, consumo étílico elevado.
- Cuando el ambiente familiar, donde se administran los cuidados, vive bajo un importante estrés.
- Cuando el cuidador se dedica casi en exclusiva al anciano.

## **El maltrato en residencias**

A medida que la red familiar se torna más débil el riesgo de institucionalización aumenta, sobre todo, con la edad y la enfermedad que produce dependencia. El número de plazas residenciales en España asciende al 2,8 por 100 mayores de 65 años (es decir, una 165.000 plazas) (54) y resulta todavía escaso para la creciente demanda del sector. Sin pecar de exceso, creemos que se debería alcanzar la cifra del 5 %.

Es evidente que también existe riesgo de maltrato en este colectivo (34), (56), por tanto, debemos conocer los factores implicados. Según Kayser-Jones (57), las principales categorías de maltrato en las residencias serían: la infantilización en el trato, la despersonalización en la provisión de servicios, la deshumanización, la privación de la intimidad y la victimización.

A pesar de que sobre este nivel tampoco disponemos de datos, las tres primeras categorías de maltrato citadas creemos suponen una cotidiana realidad en el momento presente. Casos de victimización, según los diferentes tipos de maltrato, a cargo del personal de las instituciones, salen a relucir lamentablemente de forma periódica.

Entre las circunstancias adversas dependientes del medio residencial, citaré como más importantes:

- La existencia de barreras arquitectónicas (incluso en los edificios de nueva creación).

- Los espacios habitables poco hogareños.
- Privacidad poco respetada.
- Mobiliario, enseres, decoración, espacio físico, en deficiente estado de conservación.
- La poca dotación de personal.
- La ausencia de programas de rehabilitación elemental, ejercicio físico, terapia ocupacional, asistencia social, de tiempo libre/ocio, de supervisión médica, de enfermería, etc.
- El predominio de los servicios de alojamiento y hostelería frente a los especializados.
- La deficiencia o ausencia de un programa individualizado de atención al enfermo.
- La falta de trabajo en equipo.
- La escasa variación de menús.
- Comidas servidas según el horario de la institución, sin respetar el ritmo biológico del enfermo.
- La sobre o infradosificación de medicamentos.
- La escasa o anómala supervisión nocturna.

En cuanto a los factores de riesgo dependientes de los cuidadores comúnmente implicados en este nivel residencial nos encontramos con:

- Los propios conflictos no resueltos con sus progenitores.
- La frustración generada ante el exceso de jornada laboral, guardias, turnicidad, baja remuneración salarial o bien ante la imposibilidad de un ascenso profesional.
- La inexistencia de directrices u objetivos asistenciales definidos.
- El propio estrés interno: enfermedades intercurrentes, sucesos vitales, dinámica de su hogar familiar o conyugal.
- Desánimo ante la escasa dotación de personal, de presupuesto, de instalaciones y servicios adecuados.
- La escasez o ausencia de formación y reciclaje.
- La falta de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento ante los problemas y el estrés.
- Sentimientos de abatimiento, cansancio u opuestos ante la mínima complicación de enfermedad en los ancianos a su cuidado.

## **Estrategias de intervención**

La continuidad del esquema tradicional, que asocia valores femeninos al cuidado de personas de cualquier edad, pelagra con el paso a la

vejez del colectivo actual (mujer, mayor de 50 años, con pocos estudios y ama de casa) y con el advenimiento del nuevo modelo femenino de mujeres que acceden al mercado laboral y simultanean esta tarea con las funciones del hogar (40).

Existirá, por tanto, una confrontación de dos derechos: el individual al trabajo y el derecho de los ancianos dependientes a ser cuidados y atendidos. Conjuguar ambos aspectos no será posible mientras no se creen cuanto antes fórmulas de solución. Así y en relación con los cuidadores, creo oportuno:

- Sea reconocida legalmente la figura del cuidador familiar.
- Se legisle en lo laboral esta figura para que pueda conciliar su trabajo remunerado con el apoyo social informal.
- Se legisle, también, en lo económico para que puedan otorgarse prestaciones según caso y problema.
- Se incorpore la figura del varón al sistema de cuidados familiares.
- Se desarrolle un sistema de servicios sociales que pueda apoyar y descargar parcial o definitivamente al cuidador mediante el desarrollo y expansión de los servicios de ayuda a domicilio, las estancias temporales en residencias, los centros de día, sin olvidar que se debe incrementar el número de plazas residenciales.

No hacerlo así puede suscitar el fracaso del actual sistema informal protector intrafamiliar y, por tanto, traspasarse los casos problema a la competencia estatal o de las autonomías, es decir al resto de la sociedad.

Es evidente que este tipo de actuaciones supone, a su vez, una importante estrategia preventiva para evitar los posibles casos de maltrato.

Aunque el campo de los malos tratos en España se encuentra en sus primeros estadios, igual que lo estaba el del abuso infantil en la pasada década, la prevalencia del problema nos es desconocida y necesitamos más investigación para documentarlo.

El desconocimiento y/o la negación del mismo dificultan las políticas y actitudes de prevención y de intervención. Asumo plenamente los acuerdos de la Primera Conferencia Consenso y la Declaración de Almería (26).

Creo que las actuaciones tienen que establecerse en cinco frentes: Por un lado el ya mencionado aspecto de la mejora de las condiciones del cuidado informal familiar (primer frente), de otro implementar medidas de índole general (segundo frente), entre las que habría que destacar:

- El reconocimiento público de su existencia (sobre todo por los propios ancianos).
- Creación de foros de debate.
- Libro Blanco pluridisciplinar sobre el maltrato.
- Apoyo a los estudios epidemiológicos, de casos, etc.
- Animar a denunciarlo tanto a las víctimas como a los agentes sociales implicados.
- Crear unidades de registro permanente de casos dentro de los servicios sociales, con equipos profesionales capacitados para su comprobación y seguimiento.
- Poner en marcha la reciente legislación específica de protección a las víctimas sobre malos tratos (58).
- Designar fiscalías del mayor, sobre todo para incrementar y agilizar los procesos de incapacitación legal de los ancianos con deterioro cognitivo.

Por otra parte, habrá que tomar medidas de acción individual sobre las víctimas y sobre el perpetrador (tercer frente).

Sobre los primeros la ayuda psicológica, social y sanitaria (según el caso) así como el consejo y la protección (mediante el establecimiento de tutores legales). Sobre el maltratador: la ayuda psicológica, social y sanitaria, la penalización según el delito infringido y el alejamiento de la víctima si llegara el caso.

Por otra parte, y en cuanto a los profesionales de la sanidad y los servicios sociales (cuarto frente), recomendar se preste mayor atención a los signos/síntomas de los diferentes tipos de maltrato a fin de identificarlos y poder actuar en aquellos casos con sospecha razonable. En cualquier momento se deberá aconsejar la incapacitación legal de los ancianos mentalmente incompetentes, colaborando en dicho proceso.

Finalmente (y como quinto frente de actuación), habría que desarrollar una mayor prevención sobre el nivel residencial. Lo que exige:

- Cumplir con las normas de acreditación de centros.
- Seguimiento periódico de los centros por las autoridades competentes.
- La incapacitación legal de los discapacitados mentales alojados en su seno.
- La profesionalización de las direcciones de los centros.
- La capacitación, formación y reciclaje del personal.

- El funcionamiento en equipo.
- Adoptar y seguir objetivos asistenciales geriátricos.
- Mejorar el grado y calidad de las relaciones familia/centro.
- Adecuar las relaciones centro/servicios sociales.

Con el aumento de la alerta pública y profesional sobre el problema del maltrato en la vejez, las víctimas recibirán a buen seguro, servicios más amplios y adecuados.

Es evidente que existen, han existido y existirán (lamentablemente) ancianos víctimas de agresiones de diversa índole por parte de elementos transgresores de las normas y reglas sociales, ya marginales, ya psicópatas, ya sujetos normales que consideran a este grupo de edad como más vulnerable. También es verdad que existe una agresión constante de la sociedad entera hacia este colectivo de edad, desde el momento que se le relega por su supuesto rol de pasividad. La familia es la mejor y principal fuente de cuidados o soporte para el anciano pero también puede ser, potencialmente, la más agresora de nuestras instituciones sociales. El progresivo aumento de población anciana en España, dentro de la cual cada vez toma más relieve la inválida o dependiente, nos obliga a tomar en cuenta este problema.

## Bibliografía

- 1) CABALLERO GARCÍA, J. C.: *Maltrato y abuso al anciano en el seno familiar*. Clin. Rural. 1993, 405: 29-32.
- 2) BAKER, A.A.: «Granny battering». *Modern Geriatrics*. 1975, i: 20-24.
- 3) BUTLER, R.N.: *Why survive ¿Being old in America*. Harper Row. New York. NY. 1975.
- 4) ANDERSON, C.L.: «Abuse and neglect among the elderly». *J. Gerontological Nursing*, 1981, 7 (2): 77-85.
- 5) BAHR, S.R.T.: «The battered elderly: physical and pshychological abuse». *Family and Community Health*. 1982: 61-69.
- 6) BECK, C.M., FERGUSON, D.: «Aged abuse». *J. Gerontological Nursing*, 1987, 7 (6): 333-336.
- 7) BECK, C.M., PHILLIPS, L.R.: «Abuse of the elderly». *J. Gerontological Nursing*. 1983, 9 (2): 97-101.
- 8) DAVIES, J.: «Violence in home». *Nursing Mirror*. 1978 (june): 26-27.
- 9) Johnson, D.G.: «Abuse and neglect not for children only». *J. Gerontological Nursing*. 1979, 5 (4): 11-13.
- 10) LONG, C.M.: «Geriatric abuse». *Issues in Mental Health Nursing*. 1981, 3:123-135.

- 11) O'BRIEN, M.: «Battered grandparents». *The New Zealand Nursing J.* 1979 (march): 3-4.
- 12) PODNIEKS, E.: «Abuse of the elderly». *Canadian Nursing.* 1983. 79 (5): 34-35.
- 13) WOLF, R.S., McMURRAY, S.: Perspectives: The editors view. *J.Elder Abuse Neglect.* 1989, 1 (1): 1-5.
- 14) ANASTASIO, C.J.: *Elder abuse identification and acute care intervention.* First National Conference on Abuse of Elder Persons. Cambridge. MA. USA. 1981 (march): 23-32.
- 15) FERGUSON, D., BECK, C.: «HALF, a tool to assess elder abuse within the family». *Geriatric Nursing.* 1983 (sept/oct): 301-304.
- 16) FULMER, T.T., CAHILL, V.M.: «Assessing elder abuse: a study». *J. Gerontological Nursing.* 1984, 10 (12):16-20.
- 17) JOHNSON, D.: «Abuse of the elderly». *Nurse Practitioner.* 1981 (jan/febr): 29-34.
- 18) Sengstock, M., HWALEK, M.: *Comprehensive index of elder abuse.* Detroit. MI.Wayne State University. 1982.
- 19) TOMITA, S.: «Detection and treatment of elderly abuse and neglect: a protocol for health care professionals». *Physical and Occupational Therapy in Geriatric.* 1982,2(2):37-51.
- 20) BLOOM, J.S., ANSELL, P., BLOM, M.N.: «Detecting elder abuse: a guide for physicians». *Geriatrics.* 1989, 44 (6): 40-56.
- 21) JONES, J., DOUGHERTY, J., SHELBLE, D.: «Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse». *Ann. Emerg. Med.* 1988, 17 (10): 1006-1015.
- 22) FARBER, J.M.: «Emergency department social work: a program description and analysis». *Soc. Work Health Care.* 1978, 4 (1): 7-18.
- 23) SHEPARD, P., MAYER, J.B., RYBACK, R.: «Improving emergency care for the elderly: social work intervention». *J. Gerontol. Soc.Work.* 1987, 10 (3-4): 123-140.
- 24) ANETZBERGER, G.J.: «The etiology of elder abuse by adult Offspring. Springfield». *ILL. Thomas Ch.C Publisher.* 1987.
- 25) *Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a los Ancianos.* Informe de la XLI Asamblea Médica Mundial. Sept. 1989.
- 26) KESSEL, H., MARÍN, N., MATORANA, N. y cols.: Primera conferencia Nacional de Consenso sobre el «Anciano Maltratado». *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1996, 31 (6): 367-373.
- 27) MARÍN, N.: «Maltrato y abuso en el anciano» (ponencia). Actas del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Las Palmas de Gran Canaria. 1990.
- 28) LARRIÓN, J.L. y PAÚL, J.: «El síndrome del anciano maltratado». *Med. Clin.* (Barc.).1994, 102: 216-219.
- 29) State Elder «Abuse Prevention Program». Reauthorization of Older Americans Act. Title VII. Vulnerable Elder Rights Protection Activities. Administration on Aging Department of Health and Human Services. 1992.



- 30) JOHNSON, T.F.: «Critical issues in the definition of the elder mistreatment». In Pillemer, K. A. & WOLF, R.S. (eds.). «Elder Abuse: conflict in the family». Dover. MA. Auburn House. 1986: 167-196.
- 31) HUDSON, M.F.: «Analyses of the concepts of elder mistreatment: abuse and neglect». *J. Elder Abuse Neglect*. 1989, 1(1): 5-25.
- 32) HUDSON, M.F., JOHNSON, T.F.: «Elder neglect and abuse: a review of literature». In EISDORFER, C. (ed). *The Annual Review of Gerontological and Geriatrics* (vol 6: 81-134). N.Y. Springer. 1986.
- 33) KOSBERG, J.I.: «Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions». *Gerontologist*. 1988, 28 (1): 43-50.
- 34) *Council on Scientific Affairs*: «Elder abuse and neglect». *Jama*. 1987, 257 (7): 966-971.
- 35) PILLEMER, K., FINKELHOR, A.: «The prevalence of elder abuse: a random sample survey». *The Gerontologist*. 1988, 28 :51-57.
- 36) TORNSTAMN, L.: «Abuse of the elderly in Denmark and Sweden»: results from a population study. *J. Elder Abuse Neglect*. 1989, 1 (1): 35-44.
- 37) SHELL, D.: «Protection of the elderly: a study of elder abuse». *Manitoba Association on Gerontology and Manitoba Council on Aging*. 1982.
- 38) Ontario Secretariat for Social Development. *Report of survey of elder abuse in the community*. Senior's Secretariat. Toronto. Canadá. 1982.
- 39) «The National Elder Abuse». Incidence Study. Final Report. Sept. 1998. *The National Center on Elder Abuse at The American Public Human Services Association in collaboration with Westat Inc. National Aging Information Center*. Washington. D.C. 1998.
- 40) BAZO, T., MAIZTEGUI, C.: «Sociología de la vejez». En *Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva internacional*. Bazo, T., GARCÍA Sanz, B., MAIZTEGUI, C., MARTÍNEZ, J. (eds). Cap. 2: 47-102. Edit. Médica Pan Americana. Madrid. 1999.
- 41) TOWNSEND, P.: «The family life of old people». *Middlesex*. 1963. Harmondsworth. 1970.
- 42) ALLAN, G.: *Family life*. Blackwell. Oxford. UK. 1990.
- 43) Inserso: *Las personas mayores en España*. «Perfiles». «Reciprocidad familiar». Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1995: 43.
- 44) Libro Blanco *El Médico y la Tercera Edad*. «Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y Gabinete Sociológico Bernard Krief»f. Madrid. 1986.
- 45) Fundación Caja Madrid (ed). *Jornadas por una Vejez Activa*. Fundación Caja Madrid. 1995: 107.
- 46) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, C.: *Cuidados en la Vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y apoyo informal*. En Fundación Caja Madrid (ed). «Jornadas por una Vejez Activa». Madrid. 1995.
- 47) ANDERSON, L., THOBADEN, M.: «Clients in crisis». *J. Gerontological Nursing*. 1984, 10 (12): 6-10.
- 48) CASSEL, C., WALSH, J.R. (eds). *Geriatric Medicine*. N.Y. Springer Verlag. 1984: 211-235.
- 49) GODKIN, M.A., WOLF, R.S., PILLEMER, K.: A case comparison analysis of elder abuse and neglect. *Int. J. Aging Hum. Dev*. 1989, 28 (3): 207-225.

- 50) DOUGLAS, R.L., SCHOSTER, E.O., MCCLELLAND, S.C.: Drinking patterns and abstinence among the elderly. *Int. J. Addiction*. 1988, 23 (4): 399-415.
- 51) Insero: «La tercera edad en España: necesidades y demandas». Un análisis de la encuesta sobre *Necesidades sociales y familiares de la tercera edad*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1990.
- 52) Gobierno Vasco (ed): *Plan Gerontológico de Euskadi* (1994). Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. Vitoria. Gobierno Vasco. 1995.
- 53) INE: Proyecciones de la población española calculadas a partir del censo de población de 1991. Madrid. 1995.
- 54) Insero: *Cuidados en la vejez*. «El apoyo informal». Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1995:28.
- 55) PILLEMER, K., FINKELHOR, D.: «Causes of elder abuse. Caregiver stress versus problems relatives». *Am.J. Orthopsychiatry*. 1989, 59 (2): 179-187.
- 56) PILLEMER, K.: «Maltreatment of patients in nursing homes: overview and research agenda». *J. Health Soc. Behav.* 1988, 29: 227-238.
- 57) Kayser-Jones citado por MONK, A.: «Gerontological Social Services. Theory and practice». In MONK, A. (ed). *Handbook of Gerontological Services*. Columbia University Press. N.Y. USA. 1990.
- 58) BAYO GARCÍA, M.: «Aspectos legales del Maltrato. Orientación jurídica de la denuncia». *Med. General*, 1999,17: 72-77.