

# **MALOS TRATOS A LOS ANCIANOS**

**M<sup>a</sup> del Carmen Fernández Alonso**

**Grupo de Salud Mental del PAPPS**

## Malos tratos al anciano.-

El maltrato al anciano emerge como problema social hace pocos años y no porque antes no existiera, sino porque siempre ha sido un problema "oculto". A veces los ancianos no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección por razones obvias. Tampoco ha habido mucha sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios en este sentido y los recursos sociales para dar una solución al problema, una vez detectado, son escasos a pesar de afectar a un grupo de población que crece exponencialmente.

**Definición.-** En la Primera Conferencia de Consenso<sup>1</sup> sobre el anciano maltratado, celebrada en España en 1995, se acuerda definir maltrato al anciano como: "Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y mas años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente"

**Formas de maltrato** .Las mas frecuentes en el anciano son:

### 1.- negligencia

-física : No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos

-emocional: Consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación

2.- **maltrato físico:** golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

3.-**maltrato psicológico:** manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones

4.-**Abuso económico:** impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.

5.-**Abuso sexual:** cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.

El estudio del maltrato al anciano es relativamente reciente en nuestro país.

**Causas de maltrato.-** Se han citado: el cambio de valores en nuestra sociedad actual en la que la juventud, la productividad, la salud son valores en alza, el anciano, enfermo con frecuencia dependiente e improductivo, es infravalorado y a veces resulta una "molestia" para familias nucleares con dificultades para cuidar al anciano. Sin duda los factores sociales y culturales están implicados, pero también otros, familiares e individuales. Se han identificado factores asociados a maltrato, como el estrés del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar etc., pero se consideran factores de riesgo mas que propiamente causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino solo aumenta la probabilidad de que este aparezca.

### Consecuencias.-

**Lesiones físicas:** lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones

**Consecuencias psicológicas:** Tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias.

**Sociales:** aislamiento físico, psicológico o social.

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios; el aumento de la frecuentación, y de las hospitalizaciones

condicionada por la morbilidad asociada a síntomas de la negligencia , el abandono o la violencia física.

### **Epidemiología:**

Carecemos de datos fiables en nuestro medio para estimar la magnitud de este problema en nuestro país.

Existen algunos trabajos<sup>2,3,4,5</sup> que han intentado aproximarse al estudio del abuso o maltrato en el anciano tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas del maltrato al anciano, así como la investigación de factores de riesgo en nuestro medio. Ninguno de estos estudios está hecho con una base poblacional, por lo que sus resultados no son extrapolables a la población general y tampoco están validadas las escalas o baremos utilizados.

Las cifras mas altas corresponden a ancianos atendidos por los servicios sociales (35 %) <sup>6</sup> y en hospitalizados (8,5%)<sup>2</sup> .En el reciente estudio sobre prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos <sup>5</sup> obtienen prevalencias altas, de 11,9 % , pero se trata de sospecha sin confirmación del abuso. No conocemos estudios en nuestro país que hayan investigado intervenciones preventivas, en el campo del anciano maltratado .

Las conclusiones de la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, resumen así la situación actual del problema en España:

- 1) Desconocemos la prevalencia
- 2)El maltrato no es privativo de clase social desfavorecida. Puede darse en la familia o en instituciones y los principales implicados son los familiares y cuidadores
- 3) El desconocimiento y la negación del problema dificultan la prevención y la intervención.
- 4)No disponemos de una legislación específica de protección de las personas ancianas frente a los abusos, pero se deben notificar los casos de sospecha.
- 5) Todo profesional en relación con el anciano debe estar alerta respecto a signos y síntomas de maltrato.
- 6) Los propios ancianos deben conocer el problemas del maltrato y los recursos sociales existentes para evitar reincidencias o secuelas.
- 7) Determinados factores de riesgo aumentan la probabilidad de maltrato.
- 8)Se necesita realizar mas esfuerzo en investigación sobre el maltrato al anciano.

Situación del problema en otros países.

Estudios realizados en EEUU, <sup>7</sup> Canadá<sup>8</sup> y Reino Unido<sup>9</sup>, llevados a cabo mediante encuestas, encontraron que entre el 3-6 % de las personas mayores de 65 años son víctimas de maltrato físico, psíquico o abandono de forma continuada. Es muy difícil hacer estimaciones pero se cree que menos de uno de cada cinco casos se denuncian, debido a la ocultación o minimización del problema por la víctima, por el agresor o por los profesionales de la salud. No se conoce la incidencia de los malos tratos de los ancianos en instituciones. Un informe<sup>10</sup> sobre las enfermeras de asistencia a domicilio mostró que más del 36% de ellas habían sido testigos de abusos físicos y el 81% de maltrato psicológicos.

De los causantes de malos tratos, el 66% eran los propios cónyuges y el resto los hijos mayores. En otro estudio <sup>11</sup>, el 45 % de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltratantes. Sin embargo muchas de las víctimas no las consideraban como abuso o maltrato

### **Factores de riesgo.-**

En distintos estudios <sup>12-15</sup> se ha observado una asociación estadística entre maltrato y algunos factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad y se han clasificado en tres categorías: los que se refieren al anciano como víctima, los que afectan al agresor (cuidador) y los factores situacionales o del entorno que confieren una mayor

vulnerabilidad.. Es importante identificarlos para poder hacer prevención primaria y secundaria .(Se presentan en la **Tabla I** )

**Tabla 1.-Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos<sup>12-15</sup>**

**Para el anciano:**

- Edad avanzada
- Deficiente estado de salud
- Incontinencia
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
- Dependencia física y emocional del cuidador
- Aislamiento social
- Antecedentes de malos tratos

**Para el agresor (cuando es el cuidador):**

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Padecer trastornos psicopatológicos
- Abuso de alcohol u otras toxicomanía
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados

**Situaciones de especial vulnerabilidad**

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de vivienda del anciano

**Prevención de los malos tratos.**

**Evidencia sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas .**

**1- Prevención primaria:**

La complejidad de las causas hace difícil las intervenciones en prevención primaria. Se trataría de incidir sobre las causas sociales y culturales del problema, que es una tarea educativa a nivel de la familia, la escuela, los medios de comunicación y de la sociedad, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores y discapacitadas. Ante la incorporación de la mujer al trabajo, se ha generado un problema en muchas familias para el cuidado de ancianos , niños y enfermos

Otras acciones preventivas serían :

- El desarrollo de programas de ayuda social a los ancianos y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de medios para los cuidados psicosociales de la familia.
- Cambios en la normativa laboral facilitando limitación de jornada en condiciones económicas dignas cuando se está a cargo de discapacitados ancianos .La mujer que trabaja fuera del hogar, se ve sometida a situaciones de estrés cuando al trabajo habitual en la casa se añade el cuidado de ancianos o enfermos a su cargo.

La intervención de los profesionales sanitarios en la práctica en prevención primaria sería mediante las siguientes acciones :

- Detectar los factores de riesgo del anciano y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo
- Apoyar a los cuidadores: vigilar y actuar ante situaciones de estrés y sobrecarga emocional, que pueden constituir el desencadenante de la violencia

## **2.-Prevención secundaria. Detección precoz del maltrato. Cribado**

### **Instrumentos para la detección.-**

Uno de los trabajos realizados en nuestro país sobre maltrato en anciano, ya mencionado<sup>2</sup>, es un estudio epidemiológico de casos y controles realizado sobre una muestra de ancianos hospitalizados. Para la selección de casos se aplicó un “baremo” o escala (*SMA*) que valora y puntúa signos o síntomas sugerentes de negligencia, actitud del cuidador y cumplimiento terapéutico y que se utiliza como instrumento diagnóstico del llamado síndrome del anciano maltratado. No está validada la utilidad clínica del cuestionario propuesto. Se investigaron factores de riesgo asociados, encontrándose asociación estadística de los malos tratos con del deterioro cognitivo del anciano y haber sido o estar institucionalizado

No conocemos estudios en nuestro país que hayan investigado intervenciones preventivas en el campo del anciano maltratado .

En una publicación de R Wolf (2000)<sup>16</sup> se expone una valoración de instrumentos de cribado para la detección del riesgo de abuso mediante la identificación de factores de riesgo y se valoran los instrumentos para la detección. Analizan 90 artículos en lengua inglesa que tratan sobre factores de riesgo de abuso en ancianos , de los que 18 utilizan herramientas de cribado .Uno de ellos es el H-S/EAST (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*) (Neale 1991)<sup>17</sup> con 15 items. Recientemente han propuesto una modificación de este test. Este instrumento tiene limitaciones en su validez y tiene una alta tasa de falsos negativos. Otro instrumento en el *Indicators of Abuse Screen* (Reis et Nahmiash,1998)<sup>18</sup>, que consta de 29 items agrupados en tres categorías; debe de ser administrado por profesionales y se invierten unos 20 minutos en su realización. Este instrumento ha demostrado su validez, aunque tiene limitaciones para su uso rutinario por su extensión. Otro instrumento de valoración de riesgo (riesgos futuros) se utilizó en el programa APS ( Goodrich 1997)<sup>19</sup>; consta de 33 items y les agrupa en 5 categorías (referidas al anciano, al entorno, servicios de soporte, antecedentes familiares de abuso y al agresor ) y a su vez clasifica la situación del anciano como de riesgo bajo, moderado o alto.

Tras el análisis de distintos instrumentos de cribado, se considera que aun no se dispone de uno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo y que debe seguir la investigación en este campo.

### **Recomendaciones de organizaciones internacionales:**

La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato<sup>20</sup>

La USTF<sup>21</sup>(*U.S. Preventive Services Task Force* ) y la CTF<sup>22</sup> (*Canadian Task Force on Preventive Health Care*) establecen una *recomendación tipo C*. respecto a la utilización rutinaria de instrumentos de cribado para la detección de maltrato en ancianos; consideran que no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de cuestionarios para el cribado rutinario de maltrato en el anciano; no obstante aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta ordinaria para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente a través de la entrevista y la exploración<sup>23-</sup>

<sup>25</sup>, dando prioridad a aquellas personas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad (tabla1)

### **Pautas de actuación<sup>23-27</sup>**

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 en la tabla 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.

**Tabla 2.- Pautas de entrevista con el anciano maltratado**

#### **Algunas normas para facilitar 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**

**La A.M.A sugiere 5 preguntas:**

- 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 si 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?

**2.-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, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y el agresor.

**3.-Explorar actitudes y estado emocional** : miedo, inquietud, pasividad

Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión etc.

Si diagnosticamos un trastorno depresivo, o por ansiedad, insomnio etc, tener especial cautela en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancias de las tomas.

Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de malos tratos (Tabla 3)

**Tabla 3.- Señales de alerta y signos precoces de maltrato**

- **Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones**
- **Retraso en solicitar la asistencia**
- **Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes**
- **Administración involuntaria de medicamentos**
- **Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados**
- **Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas.**
- **Desnutrición sin motivo aparente**
- **Deshidratación**
- **Caídas reiteradas**
- **Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador**
- **Actitud de miedo, inquietud o pasividad**
- **Estado emocional : alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión**
- **Negativa del cuidador a dejar solo al anciano**

#### **4.-Diagnóstico .**

Si se llega al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una **valoración inicial de la situación de riesgo**, investigar si es una situación aguda o crónica; valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato (físico, psíquico o social) y **establecer un plan de actuación integral**, que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, abordando cada uno de los aspectos. Contactaremos con el trabajador social y con servicios especializados si fuera preciso, y en algunos casos puede ser necesaria la hospitalización del anciano. Tras la exploración y valoración, hacer un parte de lesiones si procede y remitir al juez.

El médico debe informar al anciano de la situación y de la posible evolución del problema, así como de las posibilidades de actuación y los recursos; también debe darle la información necesaria por si desea formular la denuncia.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con el rechazo del anciano víctima de maltrato a formular la denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el paciente y con la familia. Una vez valorado el riesgo inmediato para el anciano, las causas, la voluntad del paciente y las posibilidades de intervención el profesional deberá tomar la decisión. En los casos de riesgo inmediato para la vida siempre habrá que remitir al hospital. Si la causa puede ser la sobrecarga del cuidador o un trastorno psicopatológico abordable (depresión , ansiedad etc), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y médicas que fueran precisas. En todo caso. la prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades ) son factores importantes en la toma de decisiones

## Actuación del profesional de atención primaria

La pauta de actuación a seguir por el médico familia en la consulta sería la siguiente

- Entrevista con el paciente y con el cuidador
- Identificar factores de riesgo o vulnerabilidad
- Investigar señales de alerta a través de indicios o signos precoces de malos tratos  
Realizado el diagnóstico, hacer un examen físico y una valoración psicológica y social. Se evaluará la magnitud del maltrato, valorando la gravedad inmediata de las lesiones, estado psicológico (valorar el riesgo autolítico, inhibición) y riesgo social (situación de dependencia, abandono y los riesgos para una nueva agresión)
- **Establecer un plan de actuación integral y coordinado**, contactando con el trabajador social y los servicios sociales y con los servicios especializados si fuera preciso. En los casos de riesgo inmediato de cualquier tipo debe remitirse siempre a los servicios especializados y/o sociales. En el resto, se procederá en función de la valoración realizada, con la opción acordada por el profesional y el paciente, respetando siempre que sea posible los deseos del paciente.
- Informar al paciente de la tendencia y consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc), explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuales son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación
- Si el anciano no está capacitado, poner en conocimiento de los servicios sociales y de protección al adulto
- Hacer parte de lesiones si procede y comunicarlo al juez
- Informar de los pasos legales para formalizar la denuncia.
- Registrarlo en la historia

El conjunto de actuaciones se resume gráficamente en el algoritmo final. (Figura 1)

### **Estrategias e intervenciones de ayuda al anciano maltratado<sup>24,28</sup>**

#### **Orientadas al anciano**

- Evitar el aislamiento social mediante:
  - Servicios de atención a domicilio
  - Centros de día
  - Tutela por parte de Servicios Sociales
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación
- Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano
- Valora la necesidad de institucionalizar al anciano si la familia no puede garantizar su atención

## **Orientadas a la persona que maltrata, cuando ésta es el cuidador o familiar.**

Intervención en los casos señalados en la tabla 1 , cuando esa persona es cuidador/a de ancianos

- Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:
  - Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar mas capacitado
  - Contactar con grupos de apoyo (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos etc)
  - Garantizar periodos de descanso al cuidador (facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día, o centros de corta estancia)
  - Dar apoyo técnico y emocional al cuidador
- Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiere.
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados

## **Recomendaciones básicas para los profesionales de Atención Primaria**

- **Estar alerta ante la posibilidad de maltrato en los ancianos**
- **Identificar personas en riesgo: factores de riesgo y vulnerabilidad**
- **Investigar señales de alerta**
- **Intervenir modificando factores de riesgo cuando esto sea posible**
- **Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y agresor ( con frecuencia el cuidador) y hacer el seguimiento del problema**
- **Coordinar nuestra actuación con el trabajador social y los servicios especializados**
- **Registrarlo en la historia**

## **Bibliografía de maltrato al anciano**

- 1.- Kessel Sardinias H y col .Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado .Rev.Esp. Geriatr. Gerontol. 1996.31 (6) 367-372
- 2.-Marin N, Delgado J.L. et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol. 1991 26. 1 : 40-46
- 3.-Cantero Hinojosa J, Rodriguez. M,A. et al .Síndrome de abuso en el anciano. Implicaciones de enfermería. Enfermería científica. 1966 (166-167):39-42
- 4.-Larrión Z. J.L y de Paul Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. Med. Clin.(Bar) 1994;102: 216-219
- 5.-Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N y col: Violencia doméstica : prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos.Atención Primaria 2001;(27): 331-334
- 6.-Maltractaments i abusos. Activitats preventives de la gent gran.Barcelona: Generalitat de Catalunya.1999;303-309
- 7.-Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of elder abuse: a random sample survey.Gerontologist.1988;28:51-57
- 8.-Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canadá .J.Elder Abuse Neglect.1992;4:5-58
- 9.-Ogg J, Bennet G Elder Abuse in Britain.BMJ.1992; 305:998-999
- 10.- Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes :findings from a survey of staff.Gerontologist.1989;29:314-320
- 11.-Homer A, Gilleard C :Abuse of elderly people by their careers. BMJ.1990;301:1359-1362
- 12.-Kosberg J .Preventing elder abuse .Identification of high risk factors prior to placement decisions. Gerontologist 1988; 28: 43-50
- 13.- Muñoz F, Burgos ML, Rogero P y col. Detección de factores predictores de abandono de pacientes incapacitados en la zona básica de salud. Aten. Primaria.1995 ;15: 21-28
- 14.- Jones J.S, Holstege C et Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. Am. J. Emer.Med.1997; 15:579-583
- 15.- Lachs M ,Williams C, O'Brien S et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine year observational cohort study. Gerontologist.1997;37: 469-474
- 16.- Wolf R.: Risk Assesment Instruments.Special Research Review Section. National Center on Elder Abuse Newsletter. 2000. [www.elderabusecenter.org/research/risk.html](http://www.elderabusecenter.org/research/risk.html)
- 17.- Neale, AV, Hwalek, MA, Scott, RO et al.: Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. J.of Applied Gerontology. 1991;10: 406-418
- 18.-Reis M & Nahmiash D. Validation of the indicators (IOA) screen. The Gerontologist.38:471-480
- 19.- Goodrich C.S. :Results of a national survey of state protective services programs: Assessing risk and defining victim outcomes. Journal of Elder Abuse & Neglect..1997. (9): 69-86
- 20.-American Medical Association: Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect.. Chicago. American Medical Association 1994;4-24
- 21.-Thompson CF, Atkins D, Patterson C et al. Violencia Familiar en U.S. Preventive Services. Task Force. en Guía de Medicina Clínica Preventiva. Edición Española.Barcelona. 1998.3: 441-451
- 22.-Patterson C. Prevention secondaire des mauvais traitements infligés aux personnes âgées en :Medicine Clinique Preventive Canadian Task Force. 1994. 1040-1049
- 23.-Marshall C.E, Benton D y Brazier J: Abuso del anciano. Cómo identificarlo. Modern Geriatrics. 2000; 12 ( 6):190-196.
- 24.-Kruger RM, Moon C H: ¿Puede descubrir los signos de maltrato de ancianos? Postgraduate Medicine.2000: 4: 65-73
- 25.-Barker NJ y Mersy DJ en AAFP.Home Study Self Assesement.La violencia en la familia. Ed. Española. 1996: 33-46

- 26.-Lachs MS, Pillemer K. Reconognizing elder abuse and neglect: Clin. Geriatr.Med.1993;9(3):665-668
- 27.-Lachs MS, Pillemer K: Abuse and neglect of elderly persons. N.Engl.J.Med. 1995;332(7):437-443
- 28.-Costa AJ. Elder Abuse .Prim Care.1993;20:375-389

**Figura 1.- Algoritmo de la prevención los malos tratos a los ancianos**

