

FORMACIÓN CONTINUADA

El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos

A. Ruiz Sanmartín^a, M. Coma Solé^b, P. Boncompte Vilanova^b, J. Altet Torner^a, N. Porta Martí^a, P. Duaso Izquierdo^a y P. Postigo Lastrada^b

ABS Les Planes. Sant Joan Despí (Barcelona).

Palabras clave: Ancianos; Malos tratos; Violencia doméstica.

Introducción

La violencia doméstica es la caja de Pandora de nuestra sociedad, y los médicos de familia expresan sentimientos de incomodidad y miedo de abrir esta caja llena de problemas ante los cuales tienen grandes limitaciones para actuar, ya sea por la propia implicación emocional como por la sensación de incapacidad y frustración para tratarlos¹⁻³. No obstante, el médico de familia se encuentra en una posición privilegiada para ayudar en la prevención, detección y abordaje apropiado del síndrome de los malos tratos a los ancianos, que supone un sufrimiento inexorable para las víctimas^{4,5}. Según el estudio realizado por la American Medical Association (AMA), un 85% de los encuestados dice que podría explicar a un médico si estuvieran implicados en maltrato, tanto siendo las víctimas como siendo los agresores. Sólo un porcentaje menor lo explicaría a un cura y bastante menor a un policía⁶.

En estudios realizados en atención primaria, hasta el 40% de ancianos se ha considerado de alto riesgo, y por tanto susceptibles de una atención especial por parte de los profesionales sanitarios. Puesto que los ancianos presentan pluripatologías y limitaciones en su capacidades que los hacen frágiles, dependientes y vulnerables, son susceptibles de sufrir malos tratos tanto dentro de la familia como en las instituciones asistenciales⁷⁻¹⁰.

Aunque el primer informe científico sobre ancianos maltratados por sus cuidadores se publicó a finales de los años setenta, no ha sido hasta principios de los noventa que los profesionales sanitarios y los servicios sociales han comenzado a preocuparse seriamente por esta cuestión. Los malos tratos a ancianos pueden compararse a los sufridos por menores en muchos aspectos. Sin embargo, al ser más recientemente reconocidos, los recursos legales y sociales para proteger a las personas mayores maltratadas son aún menos universales, menos obligatorios y menos sofisticados que los disponibles para proteger a los niños. Tampoco existen recomendaciones específicas en los programas para la prevención y promoción de la salud en España¹¹. Un importante avance constituye la denominada Declaración de Almería —que surgió de una reunión de un grupo multidisciplinario de profesionales sanitarios y de servicios sociales españoles en mayo de 1995—. Dicha declaración recoge un consenso respecto a objetivos y estrategias a seguir, entre las cuales está la de suscitar la atención de los profesionales y de la sociedad en general sobre la magnitud del problema¹².

Prevalencia e incidencia

Diferentes encuestas realizadas a la población mayor de 65 años por Pillemer et al en Estados Unidos en 1988¹³, Podnieks en Canadá en 1992¹⁴ y Ogg et al en Inglaterra en 1992¹⁵, concluyen que existe una prevalencia de maltrato del 3-6%. El estudio de incidencia realizado en Estados Unidos por el National Center on Elder Abuse estima que más de un millón de personas mayores de 65 años habían padecido maltrato en

1996 frente a los 735.000 casos de 1991. De todos estos casos de abuso o negligencia, sólo un 16% se había comunicado a una institución oficial, por lo que se habla de un efecto iceberg: 5 de cada 6 casos quedan sin notificar¹⁶.

En el estudio realizado por Homer¹⁷, un 45% de cuidadores domésticos admitía abiertamente haber cometido algún tipo de maltrato, mientras que pocas víctimas reconocían el abuso. Las encuestas realizadas por Pillemer¹⁸ a los cuidadores de residencias llegan a resultados similares. En España, el estudio promovido por el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya¹⁹ concluye que el 35% de personas ancianas atendidas por sus servicios sociales había sufrido algún tipo de maltrato. Marín et al¹⁰ encontraron que un 8,57% de los pacientes mayores de 65 años ingresados en su hospital cumplía criterios de maltrato.

No obstante, estos datos no permiten conocer la prevalencia o incidencia real de abuso por la gran variabilidad, tanto en sus fuentes como en su metodología¹⁶. La información varía también en función de los profesionales que informan del caso, así como del tipo de maltrato. También influye la tendencia a la negación por parte de la víctima y del perpetrador, y la poca atención que los profesionales de la salud han prestado al problema¹⁹⁻²².

Definición

Las definiciones más generalizadas son las difundidas por el Servicio de Salud Americano y, en concreto, por el National Center of Elder Abuse en el marco del citado estudio de incidencia¹⁶, que relaciona los siguientes tipos de malos tratos:

^aMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria.

^bMédico Tutor Medicina Familiar y Comunitaria.

(Aten Primaria 2000; 26: 641-646)

TABLA 1. Factores de riesgo³¹⁻³⁷

Factores del agresor	Factores de la víctima	Factores circunstanciales
Abuso de alcohol, fármacos psicotropos o drogas	Deterioro físico o cognitivo (dependencia funcional)	Mala relación familiar (premórbida)
Enfermedad mental	Aislamiento social	Problemas económicos
Enfermedad física crónica	Dependencia del agresor	Falta de recursos sociales de apoyo
Estrés del agresor	Antecedentes de maltratos (p. ej., el padre que maltrató al hijo ahora es víctima)	
Dependencia de la víctima (p. ej., económica)	Ser mayor de 75 años	
Aislamiento social, poco soporte de la comunidad	Deterioro reciente de la salud	

1. *Abuso físico.* Es el uso de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor o daño físico. Actos de violencia como ataques (con o sin objeto), golpes, empujones, sacudidas, bofetadas, patadas, pinchazos y quemaduras. La administración no garantizada de fármacos, restricciones físicas, la alimentación forzada y el castigo físico de cualquier tipo.

2. *Abuso sexual.* Es el contacto sexual de cualquier tipo no acordado. Se considera abuso sexual cuando la persona es incapaz de dar su consentimiento, incluyendo roces, cualquier tipo de agresión sexual, violaciones, sodomía y desnudar o fotografiar por razones pornográficas.

3. *Abuso emocional o psicológico.* Consiste en infligir angustia, dolor emocional o estrés. Incluye ataques verbales, insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones y persecuciones. La infantilización, el aislamiento de la familia, de los amigos o de las actividades habituales y el aumento del aislamiento social.

4. *Negligencia.* Es el rechazo o la falta de satisfacción de cualquiera de las obligaciones para con el anciano. Incluye el rechazo o el incumplimiento de las responsabilidades fiduciarias de una persona respecto al anciano, como no asegurar la prestación de servicios básicos o no pagar lo necesario para mantener los servicios básicos de una vivienda. Concretamente se refiere a la falta de prestación de la ayuda necesaria para asegurar las necesidades razonables de alimentación, vestido, vivienda, higiene personal, medicina, confort, seguridad y promoción de la salud.

5. *Abandono.* Es el hecho de que cualquier persona que cuida y custodia a un anciano le desampare de manera voluntaria.

6. *Abuso económico.* Es el uso ilegal o impropio de los fondos, propiedades o

posesiones del anciano. Como ejemplo incluye el cobrar cheques sin autorización o permiso, falsificar la firma de un anciano, malversar dinero o posesiones, llevar con engaños a un anciano a firmar un documento, el uso indebido del poder de un tutor de los bienes del anciano.

7. *Autonegligencia.* Se caracteriza por el comportamiento de un anciano que amenaza su propia salud o seguridad. Generalmente se manifiesta por una negación a proveerse un adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación. Se excluye las situaciones en las que un anciano competente decide consciente y voluntariamente actuar de forma peligrosa para su salud y seguridad.

Queremos añadir un concepto relacionado con malos tratos a ancianos, «viejismo»; con este término se señala la actitud descuidada, irrespetuosa, despectiva o discriminatoria hacia los ancianos²³⁻²⁵.

Cabe destacar que no suele presentarse un solo tipo de abuso de forma aislada, sino que tienden a solaparse varios en el mismo paciente²⁶.

Factores de riesgo

La identificación de los factores de riesgo es esencial para una prevención primaria antes de que el abuso esté consumado. Inicialmente se identificaron sólo factores de riesgo de la víctima, mientras que recientemente se presta atención a factores del entorno y a las características del perpetrador^{21,27,28}.

El estudio realizado por Kurrle²⁹ concluye que la dependencia física y mental es el factor de riesgo más importante. Sin embargo, Homer¹⁷ afirma que el maltrato se asocia principalmente con el abuso de alcohol y

prolongadas malas relaciones entre víctima y abusador. El estudio publicado por Marín¹⁰ concluye que el deterioro mental se asocia al maltrato, mientras que Muñoz Cobos³⁰, en su estudio sobre factores predictores de abandono en discapacitados, encuentra más relación con el entorno y hábitat (pobreza) que con las variables personales estudiadas. Los factores de riesgo se pueden agrupar en tres grandes apartados que se recogen en la tabla 1.

Método de detección y evaluación

La recomendación más aceptada para la detección es que el médico conozca los indicadores sospechosos y las presentaciones clínicas características sugerentes de abusos y negligencia para poder identificarlos. Para ello hay que estar atento a los signos de alarma que alertan de un posible maltrato (tabla 2).

La evaluación debe realizarse mediante una historia clínica, exploraciones físicas y complementarias que alerten de cualquier factor de riesgo o signo de alarma sospechoso de la existencia de maltrato⁴¹.

La *Canadian Task Force* y el *USA Preventive Service* utilizan cuestionarios que recogen cada uno de los tipos de abuso en una serie de preguntas (tabla 3), considerándose sospecha de maltrato una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas. Mientras los primeros no recomiendan su utilización rutinaria en los exámenes periódicos de salud, los segundos aconsejan a los médicos incorporar estas preguntas directas acerca del maltrato como parte de la historia clínica. Sin embargo, faltan instrumentos válidos con un alto índice de sensibilidad y especificidad para la detección de los malos tratos,

TABLA 2. Signos de alarma^{11,16,27,31,32,38-41}

Indicadores detectados en la exploración física
Heridas y contusiones en la cara o zonas cubiertas del cuerpo
Abrasiones o laceraciones en distintos estadios
Quemaduras, arañazos y mordeduras
Lesiones en el aparato genital
Hematomas y zonas de alopecia por arrancamiento
Fracturas, luxaciones o esguinces recurrentes
Deshidratación y desnutrición
Úlceras de decúbito en mal estado
Mala higiene corporal y bucal
Intoxicaciones o incumplimientos de medicación
Agitación, miedo, depresión, angustia, infantilismo
Indicadores detectados durante la visita
Historia clínica inconsistente o vaga o extraña
Conflicto de historias entre cuidador y víctima
Negación de la lesión por parte de la víctima
Dilatación entre el tiempo de consulta y la lesión
Historia de ser propenso a tener accidentes
Miedo de la víctima al cuidador
Cambios de médico frecuentes
Cuidador con estrés o baja tolerancia hacia la víctima

TABLA 3. Cuestionario^{42,43}

¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
¿Tiene miedo de alguien en casa?
¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
¿Está solo a menudo?
¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

y no hay una evidencia que pruebe la eficacia de ninguno de los métodos usados hasta ahora^{11,27,42}. La mayoría de autores están de acuerdo respecto a cómo debe realizarse la anamnesis al anciano. En principio, el médico debe entrevistar a solas al anciano y posteriormente al cuidador. Se recomienda iniciar la entrevista con preguntas generales: ¿se encuentra bien en su hogar?, ¿está cómodo en su casa?, ¿es feliz con su familia?, continuar posteriormente con cuestiones más concretas: ¿quién le cocina?, ¿quién maneja su dinero?, y finalmente realizar preguntas directas: ¿discute con frecuencia con su esposo/a, hijo/a?, ¿qué ocurre en esas discusiones?,

¿alguna vez le han insultado?, ¿le han pegado, golpeado o herido? Otro tipo de preguntas serían: ¿come usted a horas adecuadas?, ¿le administran la medicación cuando la necesita?, ¿permanece mucho tiempo solo en su habitación, sin asistencia?, ¿acuden cuando usted les llama?, etc. En cuanto al cuidador, se ha de buscar la empatía, ser comprensivo, y nunca enfrentarse o buscar conflictos: ¿sabe que su madre sufre una enfermedad de larga evolución?, usted tiene la responsabilidad de atenderla, y esto puede hacer que esté cansada/o y perder los papeles, ¿me equivoco?, ¿en ocasiones pierde el control?, ¿alguna vez se ha olvidado

la medicación del mediodía o de la tarde?, etc.^{32,42-45}.

Intervención

Las causas de maltrato son complejas; por ello la identificación debe seguirse de una verificación y de un análisis exhaustivo para realizar una minuciosa estrategia de intervención. En muchas ocasiones no hay maltrato intencionado por parte del cuidador, sobre todo en los casos de negligencia. Por ejemplo, es frecuente que los cuidadores olviden las dosis a las que se deben administrar los fármacos. Por otra parte, es difícil estimar la capacidad de algunos ancianos para cuidar de sí mismos. Cuando se detecta un caso de maltrato, hay que intervenir para prevenir reincidencias puesto que las investigaciones indican que el maltrato no suele ser un hecho aislado sino que existe una recurrencia de un 80%²¹. Las consecuencias del maltrato repetido sumergen a la víctima a una profunda tristeza y ansiedad, además de acortar su supervivencia^{46,47}.

La intervención debe plantearse desde un punto de vista multidisciplinario, incluyendo servicios sanitarios y sociales (médicos de familia, enfermeras, asistentes sociales), así como otros servicios de apoyo (geriatras, psiquiatras, abogados y voluntarios entre los que se pueden incluir ancianos que han sufrido malos tratos)^{11,21,27,40,48,49}.

El médico de familia debe plantearse las siguientes cuestiones: seguridad de la víctima, valoración geriátrica global (estado cognitivo, estado de salud y funcional), accesibilidad para intervenir, recursos sociales y financieros del anciano y la frecuencia, severidad e intencionalidad del maltrato⁵⁰. Ante todo, es preciso garantizar la seguridad y la autonomía del anciano. Evidentemente, la intervención supone una disrupción e intromisión en la dinámica familiar y constituye un arma de doble filo⁹. Por ello, la decisión de intervenir se debe basar en distintos aspectos, entre los que están los éticos y legales. Incluso la declaración del caso puede entrar en conflicto ético sobre la confidencialidad. Por ello, se duda de la eficacia de la obligación legal de informar^{27,51,52}, dado que los médicos tienen la obligación de respetar las decisiones de sus pacientes aunque parezcan irracionales⁵³.

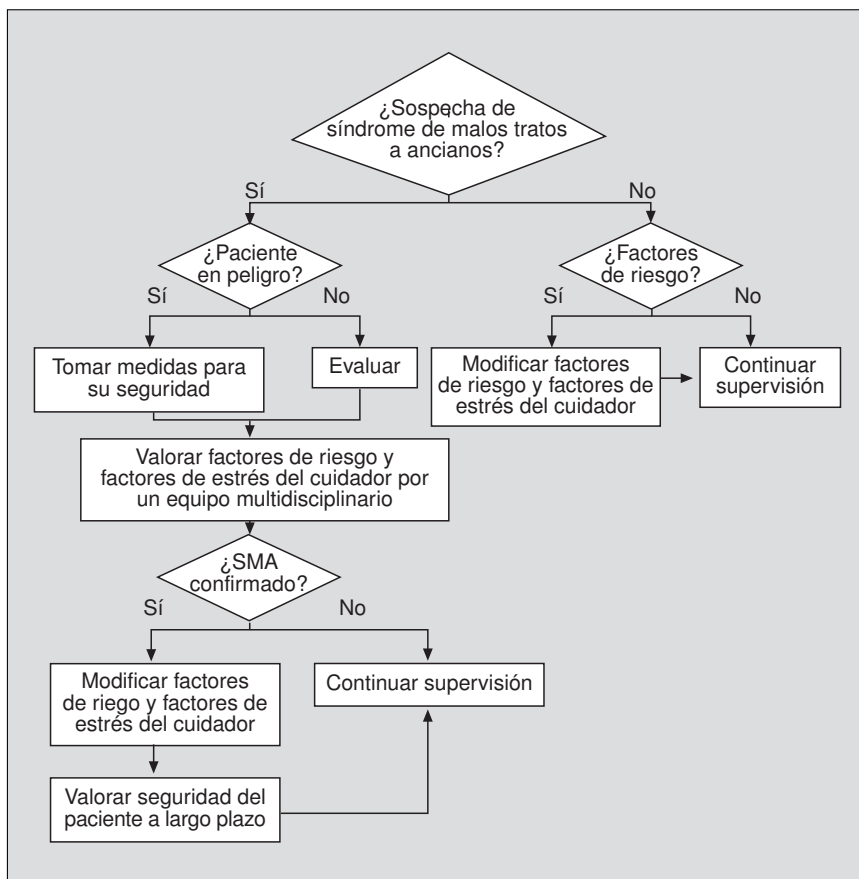


Figura 1. Algoritmo de actuación ante el síndrome de maltrato⁴⁹.

La AMA recomienda que la intervención siga el algoritmo que se representa en la **figura 1**.

Si la víctima no es competente y hay riesgo de daño grave, se debe separar a la víctima del agresor. En ocasiones hay que iniciar la solicitud de incapacitación legal o bien comunicar al juez la necesidad de institucionalización. Si no hay riesgo de daño grave se plantearán otras soluciones. Por ejemplo, en un conflicto por sobrecarga del cuidador, se pueden buscar soluciones como descansos, centros de día o trabajadores familiares. En caso de enfermedad mental o toxicomanía del cuidador, se trata de iniciar un tratamiento psiquiátrico, siempre basándose en la empatía y el entendimiento del contexto familiar.

Si la víctima es competente, se sugiere una entrevista a solas con la misma, otra entrevista con el agresor y una tercera entrevista con los dos conjuntamente. La función del entrevistador es crear un ambiente favorable al entendimiento y aportar in-

formación sobre recursos institucionales y sociales. Si la víctima no acepta la intervención, se deben preservar sus derechos de autonomía y respetar sus deseos. Sin embargo, hay que sopesar la posibilidad de que una persona sea incapaz de actuar en su propio interés por coacción o miedo a represalias o por miedo de abandono. En estos casos hay que trabajar para que el paciente pueda decidir libremente qué es lo más conveniente para él. Se le asesorará y educará informando sobre la reincidencia de los abusos y proporcionando información escrita de direcciones y teléfonos de contacto para situaciones de necesidad^{32,41}.

Siempre se aconseja una revisión periódica de la situación. Se debe tener en cuenta que el entendimiento es el mejor camino y que no hay soluciones ni universales ni mágicas.

Aspectos legales

Del artículo 10 de la Constitución, que hace referencia a los derechos

fundamentales y a las libertades, se derivan una serie de pautas respecto a la protección al anciano y sus derechos, así como a su atención médica y social³².

El Código Penal Español de 1995 no otorga una protección especial al anciano; los artículos que hacen referencia al maltrato están englobados dentro de violencia doméstica. El parentesco, como regla general, agrava en los delitos contra personas y atenua en los delitos contra la propiedad⁵⁴.

Conclusiones

El síndrome de los malos tratos a ancianos es un problema social y sanitario creciente. Los médicos de familia deben ser conscientes de este problema y estar alerta a los factores de riesgo e indicadores para tomar medidas a fin de prevenir futuros abusos. La intervención debe ser multidisciplinaria y centrada en la víctima.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Antoni Yuste Marco, médico geriatra del Hospital Sant Antoni Abat (Vilanova i la Geltrú), su inestimable colaboración.

Bibliografía

1. Bosch JM. Violència ascendent: avis maltractats. I Congrés Interdisciplinari d'Atenció Primària. Tarragona: Institut Català de la Salut, 1999.
2. Sugg MC, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. JAMA 1992; 267: 3157-3161.
3. McCreddie C, Bennett JG, Tinker A. General practitioners' knowledge and experience of the abuse of older people in the community: report of an exploratory research study in the inner-London borough of Tower Hamlets. Br J Gen Pract 1998; 48: 1687-1688.
4. Ham RJ. Malos tratos a ancianos. En: Taylor RE, editor. Medicina de familia: principios y prácticas (5.ª ed.). Barcelona: Springer, 1998.
5. Krueger P, Patterson C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. The Research Subcommittee of the Elder Abuse and Neglect Task Force of Hamilton-Wentworth. Can Med Assoc J 1997; 157: 1095-1100.
6. McAfee RE. Physicians and domestic violence. Can we make a difference? JAMA 1995; 273: 1790-1791.

7. González JL, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Aten Primaria* 1992; 9: 219-226.
8. Cortés JA, Méndez-Bonito E, Koutsourais R, Utrilla J, Macías J, Casado MA et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria* 1996; 18: 327-330.
9. Larrión JL, De Paúl J. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 216-219.
10. Marín N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Díez A, Soto JA et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 40-46.
11. Thompson CF, Atkins D, Patterson C, MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR. Violencia familiar. En: Guía de medicina clínica preventiva. U.S. Preventive Services Task Force. Recomendaciones del PAPPs. Barcelona: Medical Trends SL, 1998; 441-451.
12. Kessel H, Marín N, Maturana N. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31: 367-372.
13. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28: 51-57.
14. Podnieks E. National Survey of the Abuse on the Elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 1992; 4: 5-58.
15. Ogg J, Bennet GCJ. Elder abuse in Britain. *BMJ* 1992; 305: 998-999.
16. The National Elder Abuse Incidence Study; Final Report (September, 1998). [on line]: <<http://www.aoa.gov/naic>> [consulta: 30 octubre 1999].
17. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their careers. *BMJ* 1990; 301: 1359-1362.
18. Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist* 1989; 29: 314-320.
19. Maltractaments i abusos. Activitats preventives de la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999; 303-309.
20. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Elder abuse and neglect. *JAMA* 1987; 257: 966-971.
21. O'Malley TA, Everitt DE, O'Malley HC, Campion EW. Identifying and preventing family-mediate abuse and neglect of elderly persons. *Ann Intern Med* 1983; 98: 998-1005.
22. Hickey T, Douglass RL. Mistreatment of the elderly in the domestic setting: an exploratory study. *Am J Public Health* 1981; A: 500-507.
23. Pitt B. Abusing old people. *BMJ* 1992; 305: 968-969.
24. Ribera Casado JM. La atención sanitaria del anciano: ¿Utilización eficiente de recursos o discriminación? *Dimensión Humana* 1997; 1: 30-40.
25. Benítez del Rosario MA. Atención de salud en el paciente anciano. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria* (4.ª ed.). Madrid: Hartcourt Brace, 1999.
26. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 332: 437-443.
27. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Can Med Assoc J* 1994; 151: 1413-1420.
28. Kosberg JI. Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* 1988; 28: 43-50.
29. Kurrle S, Sadler P, Cameron I. Patterns of elder abuse. *Med J Aust* 1992; 157: 673-676.
30. Muñoz F, Burgos ML, Rogero P, García F. Detección de factores predictores de abandono de pacientes incapacitados en una zona básica de salud. *Aten Primaria* 1995; 15: 21-28.
31. Lázaro del Nogal M. El maltrato como urgencia geriátrica. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. *Urgencias en geriatría. Clínicas geriátricas XIII*. Madrid: Editores Médicos, 1997.
32. Yuste Marco A. Maltractaments a la gent gran. Vilanova i la Geltrú: Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, 1999.
33. Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potencial risk factors. *Am J Emer Med* 1997; 15: 579-583.
34. Lachs M, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37: 469-474.
35. Reis M, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist* 1998; 38: 471-480.
36. Litvin SJ. Status transitions and future outlook as determinant of conflict: the caregiver's and care receiver's perspective. *Gerontologist* 1992; 32: 68-76.
37. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Older adults: an 11-year longitudinal study of adult protective service use. *Arch Intern Med* 1996; 156: 449-453.
38. Butler RL. Warning signs of elder abuse. *Geriatrics* 1999; 53: 3-4.
39. Bradley M. Elder abuse. *BMJ* 1996; 313: 548-550.
40. Paris BE, Meier DE, Goldsein T, Weiss M, Fein ED. Elder abuse and neglect: how to recognize warning signs and intervene. *Geriatrics* 1995; 50: 47-51.
41. Bloom JS, Ansell P, Bloom MN. Detecting elder abuse: a guide for physicians. *Geriatrics* 1989; 44: 40-45.
42. Patterson, C. Secondary prevention of elder abuse. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 922-929.
43. Rosenblatt DE. Elder abuse: what can physicians do? *Arch Fam Med* 1996; 5: 88-90.
44. Quinn MJ, Tomita SK. Elder abuse and neglect. Causes, diagnosis, and intervention strategies (2.ª ed.). Nueva York: Springer Pub Co, 1997.
45. Flórez JA, Adeva J, García MC. Malos tratos a los ancianos. *Medicina Integral* 1996; 28: 137-142.
46. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson, ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998; 280: 428-432.
47. Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *JAGS* 1998; 46: 885-888.
48. Reis M, Nahmiash D. When seniors are abused: an intervention model. *Gerontologist* 1995; 35: 666-671.
49. Kruger MR, Moon CH. Can you spot the signs of elder mistreatment? *Postgrad Med* 1999; 106: 169-183.
50. Elder abuse and neglect. The Merck Manual of Geriatrics [on line]: <<http://www.merck.com/pubs/mm-geriatrics/111x.htm>> [consulta: 30 octubre 1999].
51. Salent E, Kane R, Satz M, Pynoos J. Elder abuse reporting: limitations of statutes. *Gerontologist* 1984; 24: 61-69.
52. Callahan J. Elder abuse: some questions for policy makers. *Gerontologist* 1988; 28: 453-458.
53. Brock DW, Wartman SA. Sounding board. When competent patients make irrational choices. *N Engl J Med* 1990; 322: 1595-1599.
54. De la Vega Ruiz JA. Las agresiones familiares en la violencia doméstica. Madrid: Avanzadi Editorial, 1999; 81-87 y 131-132.