

# MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO REALIDAD E INVISIBILIDAD

## ABUSE IN THE INSTITUTIONALIZED OLDER ADULT REALITY AND INVISIBILITY

EU. YULY ADAMS C. MSH (1).

1. UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN. MAGÍSTER EN DERECHO DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Email:yuly.adams@gmail.com

### RESUMEN

*El maltrato al adulto mayor es un fenómeno presente tanto en nuestro país como en el extranjero, del que no existen estadísticas claras y actualizadas que permitan evaluar su impacto personal ni social. No obstante, en Chile, en el actual escenario de transición demográfica, se presume su protagonismo.*

*En los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, el maltrato, es una situación real y recurrente. Si bien en este ámbito específico las estadísticas son aun más escasas, los medios de comunicación social, con cierta frecuencia, dan cuenta de casos de maltrato. Aun así, queda sin conocerse la real magnitud del problema, dada la dificultad de su denuncia como también la restringida concepción de daño que tienen las personas cercanas al anciano (su familia), y los agentes de salud (administradores y cuidadores).*

*Mediante una revisión bibliográfica se profundiza en el maltrato en el adulto mayor institucionalizado, en especial en aspectos relativos a su realidad e invisibilidad.*

*Palabras clave: Maltrato, Adulto Mayor.*

### SUMMARY

*The elder abuse is present both in our country and abroad of that. There are no clear statistics and up-to-date to evaluate its impact and social personal. However, in Chile, in the current stage of demographic transition, presumed its role. In the establishment of long stay for older adults is a real*

*situation and recurrent. Although, in this specific field statistics are even more scarce the means of social communication, with some frequency, realize cases of ill-treatment. Even though, there remains without knowing the real magnitude of the problem given the difficulty of its complaint as well as the restricted conception of damage received by individuals (family), and health-care workers(administrators and caregivers).*

*Through this review, it will develop the abuse in institutionalized older adult, especially their reality and invisibility.*

*Key words: Abuse, Older Adult.*

### INTRODUCCIÓN

La violencia es considerada un problema de Salud Pública (1) que está presente en distintos ámbitos de desarrollo del ser humano; e incluso se percibe como parte de la condición humana. Sus costos son asumidos por las sociedades, y un porcentaje relevante de ellos, por las consecuencias dañinas del maltrato en la salud de las víctimas, termina siendo asumido por las instituciones de salud.

El maltrato vulnera los derechos y la dignidad como consecuencia del abuso de poder hacia una persona que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad debido a sus limitaciones, ya sea por razón de edad, género o pérdida de capacidades (2).

Las víctimas de la violencia se encuentran en todos los grupos etarios, siendo especialmente reconocido el maltrato a las mujeres, niños y an-

cianos. La violencia comprende agresiones psicológicas, físicas y sexuales, abandono y, especialmente en los ancianos, se agrega el abuso económico o patrimonial por parte de familiares u otras personas ajenas a la familia. La vulnerabilidad biológica, psicológica y social del anciano, como también el hecho de que no siempre es autovalente -por lo que depende del cuidado de otros, miembros de su familia o terceros-, favorecen los malos tratos.

Las condiciones actuales de aumento de las expectativas de vida -en que ya se habla de una cuarta edad-, de "falta de tiempo", de viviendas estrechas, agudizan este problema. Así, los adultos mayores se transforman en una carga, en un peso que soportar, en una molestia para sus familias lo que trae como consecuencia la "externalización" del problema entregando el cuidado a una institución.

Esta presentación, se centra precisamente, en el maltrato al anciano institucionalizado, entendido éste como aquel que se produce en las organizaciones, centros geriátricos, centros de salud, en los que fundamentalmente son los profesionales, por falta de preparación y/o cualificación, por estrés laboral (síndrome del quemado), por sobrecarga laboral, los que incurrir en conductas abusivas o de maltrato tanto físico como de índole psicológica; comportamientos se ven favorecidos por la falta de recursos económicos, el hacinamiento, la edad avanzada de los usuarios, la preparación deficiente del personal, la incorrecta dirección del centro, la actitud negativa del paciente, la conflictividad personal-paciente o la mala racionalización del trabajo (2).

## 1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la "Declaración de Toronto" define los malos tratos a personas mayores como "La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza" (3). Para Álvarez (1997), en igual sentido es: "toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, psicológico, emocional, social o económico, infringido a una persona mayor de 60 años por los hijos, sobrinos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio en el cual se desenvuelve (4).

A modo de precisar aún más el término cabe recordar una definición más antigua en el Reino Unido (1995), de la organización contra el Maltrato de los Ancianos (5), que señala que "el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado y dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existan expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor". Como se puede apreciar el maltrato a personas mayores considera acciones y omisiones o descuidos, con o sin intencionalidad, con el riesgo de subvaloración si no se describen adecuadamente.

La Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor y la OMS,

el año 2001 publicaron un estudio realizado en ocho países, que recogía creencias y valores respecto a malos tratos a personas mayores (6). Con posterioridad la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) -en igual sentido- se pronuncian sobre el maltrato desde la perspectiva del adulto mayor (7). Ambos trabajos coinciden en señalar como origen de las situaciones de maltrato la estigmatización de la imagen de las personas mayores como pasivos e improductivos y un ambiente social adverso, que no facilita la atención de adultos mayores dependientes por sus familiares.

En Chile, las políticas garantistas de los derechos de las personas vinculados a la protección de la salud y a su consideración de persona en las prestaciones han traído como consecuencias benéficas una mayor humanidad, calidad y seguridad en la atención en salud. Por razones de equidad esta mejor atención debiera alcanzar a la población de adultos mayores la que presenta una vulnerabilidad mayor, propia de la edad asociada a una menor alfabetización, escolaridad e ingresos. Sin embargo, según estudio realizado por el Departamento de economía de la Universidad de Chile y la Caja de Compensación Los Héroes (8) que utilizó la misma fórmula con la que se calcula el IDH de las Naciones Unidas -la que considera diversas cifras de salud, educación e ingresos-, los investigadores quisieron estimar cuál era el IDH de la tercera edad en el país. La sorpresa fue que mientras Chile tiene un indicador de 0,72 (de un máximo de 1), los adultos mayores chilenos sólo alcanzan el 0,48. Con esa nota, estarían ranqueados en el número 154 de la lista del PNUD, en el puesto de Haití y por debajo de naciones como Zimbabue.

## 2. LOS TIPOS DE MALTRATO

El abuso asume dos formas:

i) "Maltrato" como grave vulneración de derechos (maltrato físico, sexual, abandono) y ii) "Formas menores" que muchas veces pasan desapercibidas para el entorno, pero igualmente inaceptables.

El estudio SEGG, según las esferas comprometidas de la persona las clasificó en:

### I. Esfera íntima:

- Explotación de la capacidad de trabajo en el hogar.
- Destitución familiar: ignorar o franca hostilidad.
- Desarraigo: ingreso forzoso a institución o casas de familiares.
- Explotación económica y apropiación de sus bienes.
- Abandono: familia desatiende sus necesidades.
- Falta de capacitación de los cuidadores informales.

### II. Ámbito público:

- Falta de instituciones sanitarias para la atención geriátrica especializada.
- Profesionales médicos que achacan a la edad cualquier padecimiento.

A su vez, los autores Wolf (9) y Pillemer (10) clasificaron los malos tratos en: - Maltrato físico: causar daño o dolor físico, abuso sexual y/o contención física.

- Maltrato psicológico: infringir angustia mental.
- Negligencia activa: rechazo o incumplimiento de la aceptación de las obligaciones en los cuidados.

A esta clasificación es posible agregar como formas de maltrato, el abuso de medicamentos o el uso indebido de estos, para sedar o provocar daños físicos a la persona de edad (11) .

### 3. LAS CAUSAS DEL MALTRATO

Se identifican tres ejes en el maltrato a personas mayores:

- un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera expectativa de confianza;
- el resultado de daño o riesgo significativo de daño y
- la intencionalidad o no intencionalidad (12) .

Mc Creadie (2002) (13), señala la importancia de considerar como necesidad la comprensión del riesgo que existe para adultos mayores en sus propias casas. En especial, respecto a las mujeres, quienes viven más años y en la medida que envejecen viven más solas. El estudio reconoce las siguientes situaciones de riesgo:

- Persona cuidadora con problemas de carácter psicológico, alcohol;
- La persona anciana con demencia que permanece sola todo el día;
- Hogar de la persona anciana donde se bebe demasiado alcohol;
- Persona cuidadora que se pone muy enfadada por la carga del cuidado;
- Persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora;
- Persona anciana que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana;
- Persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

En nuestro país, el SENAMA en la "Guía de Prevención del Maltrato a Personas Mayores" (14) publica las teorías consensuadas, que tienden a explicar por qué se produce el maltrato a adultos mayores. Entre éstas encontramos:

- 1) Teoría del estrés del cuidador:** asocia el maltrato a factores de estrés externos, relacionados al cuidado y que superan la capacidad del cuidador. El cuidador no tiene apoyo de otros, ni ha sido capacitado para brindar los cuidados requeridos, y a esto se suma la percepción de desventaja social tales como desempleo, problemas económicos, otros.
- 2) Teoría de la dependencia de la persona mayor:** que incrementa la carga al cuidador, e incluso la conducta del anciano puede provocar o mantener situaciones de maltrato.
- 3) Teoría del aislamiento social:** que considera este aislamiento clave en la aparición del maltrato, ya que predispone al cuidador a estrés y violencia.
- 4) Teoría del aprendizaje social:** enfatiza el rol de la familia en el aprendizaje de conductas en el individuo, que aplicará a lo largo de su vida. Es así, que individuos que fueron maltratados en su niñez, es probable que repitan esta conducta.

**5) Teoría de la Personalidad del cuidador y abuso de sustancias:** asocia el maltrato a problemas del cuidador con abuso de alcohol, medicamentos y/o drogas, así como, enfermedades mentales.

Otros modelos que explican el maltrato son (15) :

**1) Modelo conductual:** desarrollado por John Watson y posteriormente desarrollado por Bernstein y Nietzel en 1980, ambas se relacionan con la teoría de aprendizaje social. Postulan que tanto la conducta normal como la anormal son producto del aprendizaje. No admite enfermedades mentales. Los aportes de esta teoría, está en la descripción de la persona que ejerce violencia, y la describe como "doble fachada": en el espacio exterior tienen una imagen cargada de cualidades positivas, y en la intimidad, muestran características opuestas y contradictorias. Esta diferencia trae aparentemente una doble victimización, porque la víctima es señalada como desequilibrada o loca y se le atribuye la causa de todos los problemas.

**2) Modelo ecológico multidimensional:** es más completo ya que integra a los sistemas y entornos que intervienen en el maltrato. Obedece a aislamiento social, cuidadores o ancianos sin redes de apoyo. El efecto más devastador para la víctima es la indiferencia, humillaciones, y de la sociedad falta de sensibilidad y compasión.

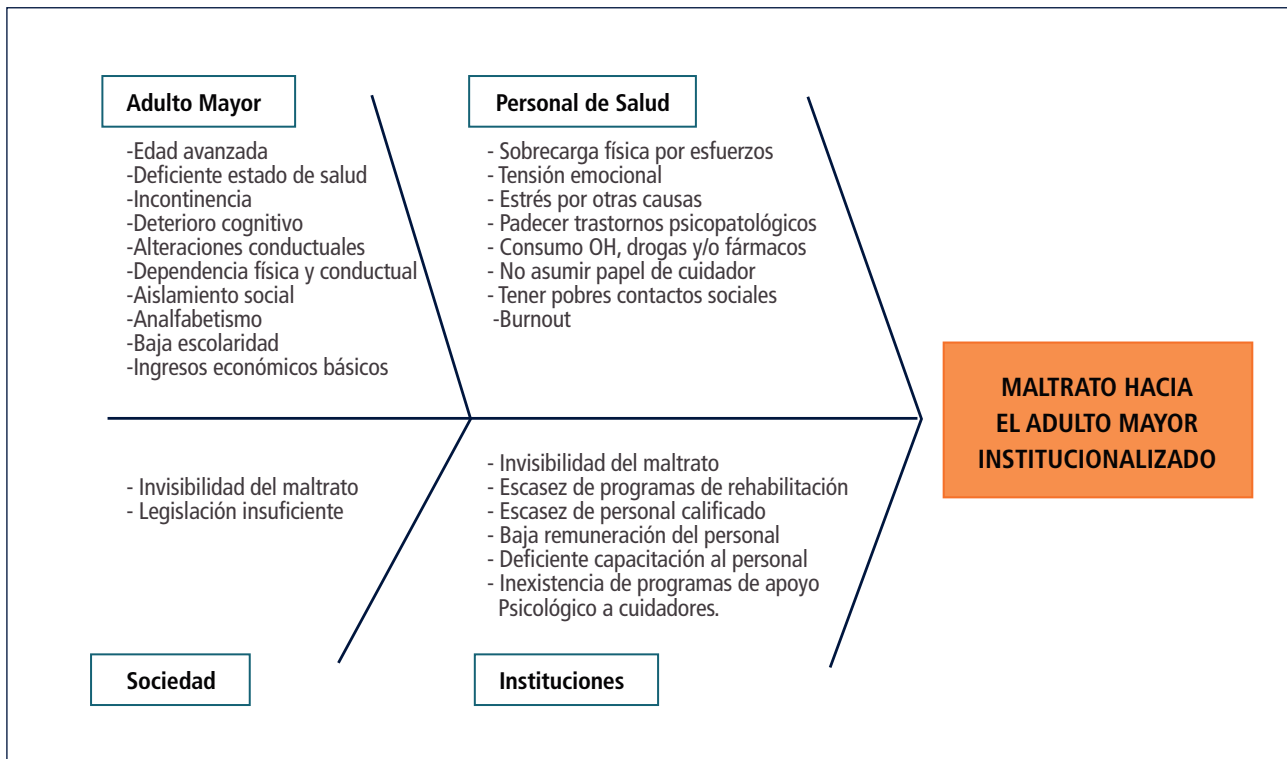
Las causas se resumen en el diagrama causa efecto (ver diagrama 1).

### 4. MAGNITUD DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

Información publicada por la OMS señala una tasa de maltrato de 4 a 6% en la población de ancianos (1). Un estudio en Canadá sobre violencia doméstica, observó que el 7% de las personas mayores había experimentado alguna forma de maltrato emocional, el 1% de maltrato físico y el 1% de maltrato económico (16). En este y otros estudios realizados según agrega la OMS, en Estados Unidos y Países Bajos, no se encontraron diferencias significativas en las tasas de prevalencia desglosadas por sexo o edad.

El National Center on Elder Abuse (EE.UU.) registró entre 1986 y 1996 un aumento del 150% en los incidentes declarados por los servicios estatales de protección de adultos, se observa que el abandono es la forma más común de maltrato. Los victimarios eran 37% hijos adultos, 13% cónyuges y 11% otros miembros de la familia (17) .

En Chile, la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del año 2008, realizada por Pontificia Universidad Católica, entrevistó a 1.325 adultos mayores. La prevalencia de maltrato según tipo de violencia hacia adultos mayores de 18.96% en violencia psicológica leve, 4.21% en violencia psicológica grave, 3.59% en violencia física leve y 3.27% en violencia física grave, porcentajes sobre el total de la población de adultos mayores. Se identificaron como principales agresores al cuidador pareja hombre, hijos, hermanos, cuñados y nietos. Según este estudio, el 86% de los adultos mayores que han vivido violencia ha sido víctima sólo de violencia psicológica. Sólo el 1.6% de estos adultos mayores ha

**FIGURA 1. DIAGRAMA CAUSA-EFECTO**

Autora Yuly Adams.

sido víctima de violencia física leve, y el 0.4% de violencia física grave (18).

Un estudio realizado por Rivera (2005), en la ciudad de Valparaíso, muestra que el 45,3% de los adultos mayores encuestados había sido o era víctimas de maltrato, correspondiendo el 90% a mujeres. El principal tipo de maltrato fue el abandono (37,5%) seguido por el maltrato físico (25%). El principal agresor acusado era el cónyuge, seguido de un vecino (19).

Las tasas actuales de uso de hogares de ancianos son variadas y oscilan entre un 4 y 7% en países como Canadá, Estados Unidos, Israel y Sudáfrica (tabla 1). En América Latina, la tasa de internamiento en hogares de ancianos varían entre 1 a 4%.

El SENAMA (Chile) mantiene un registro nacional de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) autorizados, los que hasta el año 2007 suman 663. La población residente asciende a 13.187 y el promedio de personas por centro es 25. El 32,5% es autovalente, 30,3% dependiente físico, 18,1% postrado y 19,1% dependiente psíquico. No existe información estadística que muestre la realidad del maltrato en este tipo de instituciones.

**TABLA 1. PORCENTAJE USO DE HOGARES**

Canadá	6.8%
Estados Unidos	4%
Israel	4.4%
Sudáfrica	4.5%

Fuente: Informe OMS 2002.

#### 4. TIPO DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

##### a) Generalidades

Pillemer y Moore en relación al maltrato institucional a personas de edad, concluye que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de maltrato físico, el 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico, el 81% había observado algún incidente de maltrato psicológico y el 40% había abusado verbalmente de un residente en los doce meses precedentes (20). Rivera señala a los servicios de salud como fuente de maltrato, especialmente en respuestas insatisfechas o poco oportunas para la situación del adulto mayor.

## b) El maltrato invisible

La falta de visibilidad del maltrato en las instituciones es la causa de su subvaloración (21). Se observa que el maltrato es de mujeres que trabajan en estas instituciones hacia mujeres residentes y consiste en emplear métodos de coerción, atentar contra la dignidad y autonomía en la toma de decisiones y en brindar una atención deficiente, en muchos casos, causante de complicaciones en el estado de salud del anciano (22).

La enfermera norteamericana Kayser-Jones, desde la década de 1980, ha contribuido con diversas investigaciones al estudio de los pacientes mayores institucionalizados. En 1990, según sistematización de dichos estudios hecha por Caballero (2000), las principales categorías de maltrato en las residencias de adultos mayores son (23):

- **Infantilización:** Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.
- **Despersonalización:** Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.
- **Deshumanización:** No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades de su propia vida.
- **Victimización:** Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.

Caballero (2000) nos da algunos ejemplos de maltrato institucional invisible, que debieran ser identificados:

- No suministrar adecuadamente los medicamentos.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Comentarios inadecuados o hirientes.
- No permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad).
- Restricciones físicas: 35-60% de personas dependientes.
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
- Falta de un plan adecuado de cuidados.

Por otra parte, usos frecuentes como la "contención física" que se utilizan para reducir las caídas, evitar vicios posturales, prevenir lesiones, entre otros fines benefactores, puede, en pacientes dependientes, constituirse en abuso o en una amenaza o conclusión de la libertad de deambulación (2, 24).

Un estudio nacional realizado en 2010, muestra que el personal sanitario percibe situaciones de maltrato en la presencia de úlceras por presión y en el trato con palabras inadecuadas e hirientes (25).

## 5.- FACTORES DE RIESGOS DE MALTRATO

### a) Respeto del adulto mayor

Los principales factores de riesgo para sufrirlos que se señalan son (26)

- Edad avanzada.
- Deficiente estado de salud.

- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo y alteraciones conductuales.
- Dependencia física y conductual.
- Aislamiento social.

### b) Respeto del cuidador

- Sobrecarga física con pluri-patologías derivadas de los esfuerzos.
- Tensión emocional debida a su silenciosa labor.
- Situaciones de estrés, agravadas por otras causas diversas.
- Padece trastornos psicopatológicos.
- Consumir fármacos, alcohol y drogas.
- No asumir el papel de cuidador y la responsabilidad que implica.
- Tener pocos contactos sociales.
- Cambios inesperados en el estilo de vida y en las aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales.
- Otras obligaciones y responsabilidades (paterno filiales, conyugales, laborales o domésticas).
- Cuidadores que comienzan a manifestar sentimientos de frustración, ira, desesperanza, cansancio, baja autoestima, soledad o ansiedad (21).

La presencia en los profesionales de la salud del Síndrome de Burnout, descrito por Maslach y Jackson (1981), se ha relacionado con malos tratos caracterizado por la deshumanización en la atención (27).

## 6.- LA DENUNCIA DEL MALTRATO INSTITUCIONAL

De los estudios revisados se deduce que las formas de abuso son frecuentes. Sin embargo parece que no es fácil hacer visible este tipo de hechos, esto por temor a sanciones que pueda recibir la institución por causa de denunciar a un trabajador que ejerce un tipo de abuso. Bazo atribuye la falta de denuncia en las instituciones a: "la resignación aprendida por los profesionales ante el fatalismo de la falta de recursos que les refuerza la desesperanza y coarta su iniciativa. Los familiares tampoco denuncian cuando descubren algún tipo de maltrato" (13). El maltrato invisible -en nuestra cultura- no se denuncia, lo que contribuye a aumentar su invisibilidad. En estas circunstancias, a menos que se produzca un cambio cultural, este fenómeno continuará.

## 7.- MARCO REGULATORIO

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han puesto en evidencia las deficiencias en el marco legal de los países participantes y han propuesto un "Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento". Esta iniciativa en sus puntos relevantes pone de manifiesto los valores que subyacen al decir: "Las personas deben recibir un trato justo, independiente de la existencia de discapacidad u otras circunstancias, y ser valoradas independientemente de su contribución económica" (28). A esto se suman estrategias regionales para América Latina y el Caribe, tales como el "Plan de Acción Internacional de Madrid", aprobado en Chile en 2003 (29). El que, entre sus objetivos específicos señala "combatir la violencia, abuso, negligencia y explotación de las personas mayores, estableciendo leyes y normas que penalicen toda forma de

maltrato físico, psicológico, emocional y económico”.

Países vecinos nuestros, entre otros Argentina, Uruguay, Brasil y Costa Rica han desarrollado una legislación específica contra la violencia y promoción integral del Adulto Mayor (30).

En Chile, en marzo de 2010 fue promulgada la Ley N.º 20.427, que modifica la Ley N.º 20.066, sobre violencia intrafamiliar, de modo de incluir el maltrato del adulto mayor aun en casos que este no sea familiar. La nueva ley establece además que “Tratándose de adultos mayores en situación de abandono, el tribunal podrá decretar la internación del afectado en alguno de los hogares o instituciones reconocidos por la autoridad competente. Para estos efectos, se entenderá por situación de abandono el desamparo que afecta a un adulto mayor que requiera cuidados”. Si bien esta disposición avanza, una de sus limitaciones es que no considera la situación de maltrato del adulto mayor institucionalizado.

La institucionalización de los adultos mayores se encuentra regulada sólo por el “Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEM)” del Ministerio de Salud, vigente desde junio 2005, la que tampoco aborda la situación de maltrato.

## CONSIDERACIONES FINALES

El envejecimiento de la población chilena va en aumento y sus efectos no sólo serán demográficos, sino que producirán profundos cambios en nuestra sociedad. Esta nueva realidad hará necesario atender las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de las personas mayores. En este contexto, el maltrato al anciano institucionalizado se presenta como un problema de salud pública.

En Chile no existe un programa de prevención del maltrato al adulto mayor en instituciones, ni un marco legal específico que aborde este problema. El tema de maltrato en instituciones es un desafío de la sociedad y no sólo de las instituciones involucradas.

Visibilizar el maltrato al adulto mayor es el primer paso para reconocer, tratar y prevenir su aparición. Reconocer el problema no significa sancionar, por el contrario nos invita a indagar y buscar soluciones en una sociedad que envejece. Las soluciones más allá de las legislativas, debieran hacer reflexionar acerca de la dignidad del adulto mayor, el rol que tienen las instituciones dedicadas a su cuidado y la responsabilidad social de todos quienes estamos relacionados directa o indirectamente con su atención biosocial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS “Informe Mundial sobre Violencia y la salud. El Maltrato de las personas mayores”. 2003. Cap V. pp135-136.
2. Rueda D; Martín J : “El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional” pp.7-33-ISSN 1133-0473. España. 2011. Disponible en [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18708/1/Alternativas\\_18\\_01.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18708/1/Alternativas_18_01.pdf)
3. OMS: “Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a personas mayores”. Ginebra. 2002.
4. Álvarez C: “Crisis Intergeneracional y anomia cultural, la marginación y maltrato al anciano” en: Memorias del Foro Nacional sobre Tercera edad “Hacia una política de participación de los viejos”. Procuraduría delegada para la defensa del menor y la familia. Bogotá.1997.
5. Cit. por OMS: “Maltrato de las personas mayores”. 2002. pp.137
6. OMS, INPEA : “Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor”. Revista Geriátrica y Gerontología. 2002. V: 37, núm. 6. pp. 319-31.
7. SEGG e IMSERCO: Sánchez F, García S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I. “La perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano”. Rev. Esp Geriátrica y Gerontología. 2004. V 39, pp.: 64-85.
8. Biblioteca Congreso Nacional de Chile. El Mercurio, 19 de marzo de 2007.Cuerpo A.p.8 Disponible en: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bcn.cl%2Fcarpeta\\_temas\\_profundidad%2Ftemas\\_profundidad.2007-04-11.7486633489%2Farchivos\\_prensa.2007-05-03.7337852653%2Farticulos\\_prensa.2007-05-09.7705209249%2Farchivo1%2Fbajaarchivo&ei=mVDiTumOKY2WtweXw4j1BA&usg=AFQjCNFhHV2MjwFh8BIOsbhfmQOosC1LA](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bcn.cl%2Fcarpeta_temas_profundidad%2Ftemas_profundidad.2007-04-11.7486633489%2Farchivos_prensa.2007-05-03.7337852653%2Farticulos_prensa.2007-05-09.7705209249%2Farchivo1%2Fbajaarchivo&ei=mVDiTumOKY2WtweXw4j1BA&usg=AFQjCNFhHV2MjwFh8BIOsbhfmQOosC1LA).
9. Wolf, R: El Problema de los abusos a anciano: una tragedia familiar. Revista de Gerontología. 1994. V 4 N.º2. pp: 13-18.
10. Pillemer, K: “Risk factor is in elder abuse: result from an case control study”. Archivos internos de Medicina. 1987. 147. pp: 484-488.
11. Informe de Naciones Unidas: “El Maltrato de las Personas de Edad”. 2002. pp.5
12. Moya Bernal, A; Barbero Gutiérrez, J: “Malos Tratos a personas mayores: Guía de actuación”. Colección Manuales y Guías MYG. IMSERCO. 2005. pp. 24-25.
13. Bazo, M : “Incidencia y prevalencia del maltrato hacia los mayores” en De La Cuesta, J “El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico” España. Instituto vasco de Criminología. 2006. pp.: 39-60.
14. SENAMA: “Guía de prevención del maltrato a personas mayores”. 2007. Disponible en <http://www.senama.cl> (Fecha de consulta: 20 de agosto 2010).
15. Corsi J: “Maltrato y abuso en el ámbito doméstico” Ed. Paidós. Argentina. 2006. pp.: 239-265.
16. Canada: Centre for Justice Statistics. 2000.
17. Informe de Naciones Unidas: “El Maltrato de las Personas de Edad”. 2002. Pp.8.
18. Escuela de Sociología de la Universidad Católica de Chile (2008) “Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales”. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. 2008.

19. Rivera: "Maltrato en el adulto mayor: estudio exploratorio y una propuesta de intervención desde la perspectiva del trabajo social". Universidad de Valparaíso. 2005.
20. Pillemer, K; Moore, D: "Highlights from a study abuse of patients in nursing homes" *Journal of Elder Abuse&Neglect*. 1990. Vol 2, pp 5-29.
21. Griffin y Aitken: "Visibility blues: Gender Issues in Elder Abuse in Institutional Setting". *Journal of elder abuse-neglect*. 1999. Vol 10. p 19.
22. Bennett y Kingston: "The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners". Ed. Macmillan. Londres. 1997.
23. Caballero, J: "Consideraciones sobre maltrato al anciano". *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*. 2000. Vol. 10 n°3, pp. 177-188.
24. Orbegozo, Ana: "Experiencias en relación con el maltrato y el abordaje desde las instituciones y entidades" en De La Cuesta, J "El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico" España. Instituto vasco de Criminología. 2006. pp: 39-60.
25. Adams, Y: "Percepción del maltrato hacia el adulto mayor institucionalizado". Universidad de los Andes. Proyecto de Investigación Final para obtener el grado de Magíster en Derecho de la Salud (material no publicado). 2011.
26. Altamira De, J : "Enfermería y el maltrato y protección al anciano" en Astudillo, Obegozo (edit.) "Cuidados Paliativos en Enfermería. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. España. 2003. Pp:189-200.
27. Maslach, C; Jackson, S: "The measurement of experienced burnout". *Journal of Organizational Behavior*. 1981. Vol 2 N°2. pp99-113.
28. Organización Naciones Unidas: "Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento". Viena. 1982.
29. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Chile 2003.
30. Ley N° 24417 (Argentina) Protección contra Violencia Familiar. Boletín oficial de la República Argentina n° 28052 de 3 de enero 1995. Disponible en <http://ar.vlex.com./tags/ley-24417-violencia-familiar>. Ley N° 17796 (Uruguay). Publicada D.O. 19 de agosto de 2004. Disponible en [www.parlamento.gub.uy/leyes/ley17796.htm](http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley17796.htm).  
Ley N° 7586 (Costa Rica). Publicada el 10 de abril de 1996. Disponible en [www.gparlamentario.org/spip/spip.spip?article367](http://www.gparlamentario.org/spip/spip.spip?article367). Ley n° 10741 (Brasil). Estatuto del Anciano. Disponible en [www.eclac.org/celade](http://www.eclac.org/celade).

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.