



MÁSTER EN GERONTOLOGÍA Y SALUD



***EL MALTRATO EN LA SENECTUD.
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LOS ABUSOS A LAS
PERSONAS MAYORES.***

Curso 2020/2021

Convocatoria Septiembre

Autor: David Morón Sánchez

Tutor: Enrique Conejero Paz

ÍNDICE

1.- Resumen.....	1
2.- Introducción.....	1
2.1.- Origen del concepto de maltrato en personas mayores.....	2
2.2.- Tipos de maltrato y factores de riesgo.....	4
2.3.- Detección de los malos tratos. Papel del personal sanitario ante un maltrato	10
2.4.- Prevención contra el maltrato.....	12
3.- Justificación del trabajo.....	13
4.- Objetivos.....	14
5.- Metodología.....	14
5.1.- Revisión sistemática.....	14
5.2.- Estrategias de la búsqueda.....	15
5.3.- Criterios de inclusión y exclusión.....	16
6.- Resultados.....	17
6.1.- Resultados de la búsqueda.....	17
6.2.- Población de estudio.....	17
7.- Discusión.....	20
8.- Conclusión.....	23
9.- Referencias.....	25

1.- RESUMEN

Nos hallamos ante una de las formas de violencia más silenciosa, más complicada de poder detectar, en la cual solo 1 de cada 24 casos se denuncia por miedo a represalias, lo que hace que la población de más de 60 años sea una población altamente vulnerable. La situación actual y sobre todo en el último año con la pandemia COVID19, con un total de infectados de un 51,8% según la Red Nacional de Epidemiología, por culpa del abandono sufrido.

La realidad es que no se proporciona la vigilancia que necesita, puesto que es menos problemático creer que no existen que el deber de afrontar la situación. Los expertos demuestran que con el aumento de la población anciana en los próximos años se producirá una tasa superior de maltrato, con el crecimiento de situaciones de personas que precisen mayor atención para la dependencia física y psíquica y sobre todo por el mayor y mejor reconocimiento de los derechos de las personas mayores. No olvidemos los cambios sociales, culturales, los estereotipos negativos sobre el envejecimiento los cuales fomenta la discriminación por la edad.

Debemos abordar las importantes transformaciones en nuestra sociedad con una gran dosis de creatividad y respeto a los cuidados familiares, con una buena educación a los más pequeños por nuestros mayores. Modificando las pautas de obligaciones en los adultos aumentando las obligaciones que cada vez hemos ido dejando más a un lado. El cuidado de las personas mayores no está claramente explicado en normas sociales explícitas como se encuentra para los menores y siguen siendo igual de vulnerables.

Se pretende hacer un llamamiento a los profesionales sanitarios o como pueden ser los psicólogos, educadores sociales, trabajadores sociales, y muchos otros, sobre la importancia de la sensibilización con este tema y formarlos para una detección precoz de los síntomas y poder abordar con mayor celeridad el diagnóstico e intervenir en este tema tan importante.

2.- INTRODUCCIÓN

Nos encontramos ante una situación única en nuestra sociedad en la cual cada vez la población está más envejecida y por lo tanto más vulnerable. Una de las situaciones más dramáticas que nos podemos encontrar es el maltrato en la senectud (Tabueña et al., 2017)

La corroboración de demostrar el maltrato y negligencia entorno a los profesionales sanitarios o cuidadores provoca una situación difícil para la detección (Montero et al., 2017). Estamos inmersos en una cultura de violencia, manifestándose en diferentes áreas de nuestra sociedad, a nivel comunitario, institucional y familiar (Fernandez-Alonso et al., 2006).

La violencia no ignora el tipo de cultura, clase social, género, raza, ni edad, provocando que esta situación afecte con frecuencia a los más débiles y vulnerables.

El maltrato en la senectud es un acto que casi siempre se produce de personas de confianza que son cercanas al anciano. En muchos países europeos el concepto de maltrato está bajo el amparo de leyes muy específicas: según la legislación actual el maltrato a personas mayores constituye una violación de los derechos humanos y se clasifica según la OMS en “*maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto*” (Montero et al., 2017)

2.1.- Origen del concepto del maltrato en personas mayores.

El origen de maltrato en la senectud se registró en el 1975 en un escrito publicado por G.R. Burston en la revista *The British Medical* en un artículo publicado cuyo nombre era “Granny battering”, seguida por un artículo de Butter’s titulado “¿Por qué sobrevivir? Ser anciano en América”, donde vemos por primera vez descrita la situación de un paciente con el síndrome de la persona anciana golpeada (Tabueña, 2006).

La OMS define maltrato en el año 2002 en la Declaración de Toronto 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 perspectiva de confianza” (Fernandez-Alonso et al., 2006).

Aunque sea difícil precisar y definir el maltrato en personas mayores, ya que por motivos culturales, origen, Estado, cultura, grupo étnico, se podrían encontrar diferentes definiciones de este concepto, la primera definición que se pudo encontrar en España, el 4 de mayo de 1995 en la Primera Conferencia Nacional del Consenso, sobre el anciano maltratado, en Almería. Se llegó al acuerdo y la definición fue: *“Todo acto u omisión sufrido por persona 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, instituciones)”* (Yon et al., 2017).

El abuso a personas mayores es de hecho un significativo problema de salud pública. En 2017 se publica por la OMS un estudio de 28 países y con 52 investigaciones realizadas, entre los países investigados se encontraban 12 países con recursos bajos o medios, y durante el último año aproximadamente un 15.7% de las personas mayores de 60 años fueron maltratadas (Montero et al., 2017).

En muchos países desarrollados como por ejemplo Estados Unidos, Noruega, Japón, Francia, Canadá, China, Argentina, Chile, Australia, Reino Unido, en los años ochenta, comenzaron con investigaciones, publicaciones de artículos, y trabajos diversos intentando demostrar y dar a conocer el tema tan importante (Yon et al., 2017). Francia destaca por su involucración en el tema en esta última década.

Uno de los puntos más importantes es la carencia de una definición universalmente unívoca, tanto de maltrato, como de los diferentes tipos de maltrato. Las definiciones de las que disponemos actualmente registran lo que se considera aceptable o no en razón del comportamiento interpersonal y comunitario en los diferentes tipos de sociedades (Perez-Rojo et al., 2013).

2.2.- Tipos de maltrato y factores de riesgo.

Según la OMS en el año 2020, aproximadamente 1/6 personas mayores de 60 años padecieron algún tipo de abuso en entornos comunitario (OMS, 2021). Las tasas más altas de incidencias se producen en lugares donde se encuentran institucionalizados, 2/3 trabajadores de las instituciones indican haber ocasionado malos tratos en el último año (Sousa et al., 2021).

Nos enfrentamos a una situación grave, la gente por encima de 60 años se multiplica con creces, donde hay 900 millones de personas mayores de 60 en el año 2015 y en 2050 habrá 2000 millones (OMS 2021).

Clasificación del maltrato:

TIPOS DE MALTRATO
1.- Abuso Físico.
2.- Abuso Psicológico.
3.- Abuso Sexual.
4.- Abuso Económico.
5.- Negligencia.
6.- Autonegligencia.
7.- Abandono.
8.- Vulneración de derechos.

Tabla 1: Clasificación del maltrato según (Tabueña Lafarga, 2006)

1.- Abuso físico.

Probablemente es el maltrato que encontramos más a menudo o, por lo menos, el más evidente para nuestros ojos: podemos definirlo como el aprovechar la fuerza contra alguien más débil pudiendo provocar heridas corporales, dolor físico, fracturas y un deterioro de la salud (Colomar, 2018).

Se incluye en este apartado también la utilización de castigos físicos como la privación de libertad, de una vivienda, de la higiene, forzando a la alimentación, el uso

inadecuado de fármacos a conciencia. El castigo físico como la privación de alimentos líquidos y sólidos (Rubio, 2012).

2.- Abuso psicológico.

Aunque no sea tan evidente como el físico, el abuso psicológico es tan peligroso para el anciano o incluso más peligroso que el abuso físico: entendemos como abuso psicológico el hecho de provocar dolor, angustia, pánico o terror a través de actos verbales o no verbales, las amenazas, insultos, la instigación, la intimidad y la humillación. Es el más complicado de poder definir por la subjetividad que comportan los síntomas del mismo, pero pueden ser altamente graves (Colomar, 2018).

El trabajador podría identificarlo por los siguientes síntomas: un estado de agitación en el estado emocional del anciano, distanciamiento de la persona agresora, o por la declaración del agredido (Lazaro et al., 2018).

3.- Abuso sexual.

Un argumento muy delicado y seguramente más insidioso es el abuso sexual. La normativa vigente ampara toda persona que haya sufrido abuso sexual; en el caso de que esta sea una persona mayor, tenemos una definición bien estructurada: cualquier tipo de actividad sexual sin consentimiento del anciano. Las agresiones contra el pudor como los tocamientos y la pornografía. Es la sodomía, la violación, el desnudo forzoso, o la realización de fotografías o videos con contenido sexual (Colomar, et al., 2018).

4.- Abuso económico.

Por supuesto la ley alberga la protección de los bienes de las personas mayores y nos ofrece una definición muy clara: empleo abusivo o ilegal de los bienes e inmuebles propiedad de la persona mayor (Lazaro et al., 2018).

También consiste en la explotación mediante ventas ilegales y engañosas, estafas coyunturales, utilización de documentos para fines totalmente distinto a la voluntad de la persona (subastas y otros) (Colomar, 2018).

5.- Negligencia

Muy espinoso y complicado es seguramente el problema de la negligencia, que no solamente se dirige al personal sanitario o sociosanitario que se ocupa del anciano, sino que también abarca todas aquellas personas que, por un motivo u otro cuidan de la persona anciana. Se define como negligente una conducta nociva, ya sea premeditada o no, del cuidador al cuidado. Se define por negligencia, el rechazo o no prestar ayuda a la persona anciana las necesidades de la vida, higiene, alimentación, vestuario, tratamiento farmacológico, la seguridad personal y más bienes esenciales (OMS, 2017).

Se puede distinguir entre negligencia pasiva y activa. La negligencia activa hace referencia a la carencia de cuidados básicos y necesarios por parte del cuidador, de una forma consciente. La actuación pasiva se concentra en el olvido y el abandono por parte del cuidador a la persona cuidada (De Donder et al., 2015).

6.- La autonegligencia.

Lamentablemente una conducta negligente puede ser producida por el mismo anciano: esto ocurre cuando la persona anciana amenaza su propia vida o su salud. Se excluye en esta tipología aquellas personas mayores competentes (encontrándose la persona mayor en su plena cabida mental), que escogen por decisión propia a realizar actos que amenacen su propia seguridad (De Donder et al., 2015).

Este apartado abre un amplio debate de si debe ser maltrato o no ya que no existe una persona que lo ocasione. Es un concepto aprovechable a una amplia gama de comportamientos y no solo en situaciones extremas de falta de bienes o habilidades para llevar su vida plena (Tabueña, 2006).

7.- Abandono.

Otro tipo de abuso de lo que muy a menudo oímos hablar es el abandono. Para comprender qué es el delito de abandono de ancianos tenemos que leer el texto normativo; seguidamente debemos de interpretar las sentencias de los jueces sobre caso concretos. Lo que está claro es que la ley no habla de abandono como falta de cariño hacia el anciano sino cuando se presenta un caso de necesidad física o psicológica. De hecho, nos referimos a abandono cuando la persona cuidadora que se encarga de prestar cuidados y atención a una persona mayor, la abandona o se desocupa (Perez-Rojo et al., 2013).

El abandono se muestra en todos los sectores sociales, el abandono social es un hecho real y su consecuencia es la privación de reconocimiento que todos los seres humanos requieren para poder desarrollarse satisfactoriamente. El reconocimiento social de todos sus miembros es el apoyo para el crecimiento de una colectividad (Flores et al., 2016).

8.- Vulneración de los derechos.

En línea general, la ley prevé y establece los casos de violación de derechos para el anciano. En este apartado se circunscriben los derechos elementales que no están contemplados en los apartados anteriores, ya que las anteriores tipologías vulneran también los derechos de la persona anciana.

Principalmente en este apartado se recoge, la privación o no reconocimiento de los derechos fundamentales como: dignidad y respeto; intimidad y confidencialidad; participación; libertad de elección y derecho a ser cuidado (Garcia et al., 2014).

En España disponemos de un adelanto para subsanar este derecho, se encuentra en el *Art 11. De la Ley 41/2002, de 14 de noviembre*, en el cual se regula la institución conocida como testamento vital o instrucciones previas¹⁸. En este documento expone libremente las pautas a tener en cuenta cuando la persona se encuentre en una situación en la que no pueda ya expresar su voluntad. Otra forma sería la autotutela, indicando las últimas voluntades mediante un tutor legal, que será el encargado de decidir en el caso de que la persona mayor sea declarada incapacitada legalmente.

Podemos encontrar algunas controversias entre autores para realizar la diferenciación y la separación de los apartados anteriores (Coma et al., 2005). Podemos ver algunos conceptos como:

- El abuso sexual, podría clasificarse dentro de los abusos físicos. Pero muchos autores debido a la importancia y la carga que tiene hacen una tipificación única.

- Algunos autores se realizan esta pregunta, ¿El encarnizamiento terapéutico es una quebrantamiento de derechos, un maltrato físico o debe considerarse como una tipología propia?.

- Sobremedicación o inframedicación podría ser un abuso psicológico, físico o podría ser una vulneración de derechos. Muchos autores también la catalogan como una tipología única.

- El aislamiento, por ejemplo puede producirse por autonegligencia que muy a menudo se clasifica como Síndrome de Diógenes o una negligencia por parte de otra persona, que al mismo tiempo es una violación de los derechos.

- La falta de alimentación se puede englobar como abandono, negligencia, auto-negligencia y a su vez un abuso físico.

En los últimos años, se están detectando desde primera línea, dos síndromes cada vez más comunes. *El Síndrome de la abuela esclava y el Síndrome de Diógenes* (Lasarte, 2007).

Vamos a ver más en específico las peculiaridades de ambas:

A.- El Síndrome de la abuela esclava.

A menudo es considerado como una ayuda de parte de los abuelos a la familia. Muchos abuelos se sienten fatigados y cansados y no siempre es fácil manejar el ritmo frenético de sus nietos. Sin embargo, a pesar de su malestar, les resulta difícil admitir su frustración. Esto los lleva a ser esclavos casi reales de sus hijos y nietos.

No muy lejos y más concretamente en el año 2001, el Dr. Guijarro, prestigioso cardiólogo de Granada, escribió un artículo en el cual explicaba este síndrome, se titulaba "El síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del siglo XXI". En este documento Guijarro nos descubre un síndrome distinguido por ser un cuadro clínico demasiado habitual, grave, y probablemente letal, que perjudica a amas de casa responsables en ejercicio activo inducido por causas extrínsecas (estrés, enfermedades recurrentes) e intrínsecas (sentido desmesurado del orden, pudor y dignidad) (García et al., 2021).

Una de las características que más puede llamar la atención de este tipo de pacientes es que son pacientes hiperfrecuentadores en los centros de atención primaria. Especificaremos que un paciente hiperfrecuentador es aquel que asiste al centro más de doce veces al año. Se ha comprobado que se caracteriza más por un género femenino que masculino.

El fenómeno de abuelas cuidadoras está bastante implantado en nuestro país y la ayuda proporcionada es mayor en casos de madres jóvenes o solteras. Pero no tenemos que pensar en este fenómeno como una generación de matriarcado, sino que se trata del resultado de las transformaciones sociales y laborales (Guijarro, 2006) .

En la mayoría de los casos, las abuelas creen que el mero hecho de cuidar de sus nietos y al mismo tiempo el hecho de dar apoyo a sus hijos, da un sentido más profundo a sus vidas pero, lamentablemente, no tienen en cuenta que cuidando de sus nietos dejan de cuidarse y de respaldo perjudican su propia salud (Garcia et al., 2021).

Se produce un agotamiento de la persona mayor que tiene como problema desencadenante el estrés, ansiedad o fatiga física y emocional crónicas, provocando un sobreesfuerzo con la carga de responsabilidad (Guijarro, 2006).

Manifestaciones clínicas	
-	Hipertensión arterial de difícil control.
-	Molestias paroxísticas.
-	Adinamia y astenia.
-	Caídas fortuitas.
-	Malestar general.
-	Tristeza, desánimo, falta de motivación.
-	Descontrol metabólico.
-	Autoinculpación.

Tabla 2: Manifestaciones clínicas en personas con problemas de anciana esclava (Robles, 2015)

No se disponen muchos artículos publicados en las bases de datos que aborden este síndrome. Según la *Agency for Healthcare Research and Quality*, indica que el artículo del Dr. Guijarro tiene un nivel de evidencia IV. Pero ese hecho no resta validez al artículo publicado por el doctor ya que han habido otros artículos publicados antes y después con un nivel de evidencia superior (Robles, 2015).

B.- Síndrome de Diógenes.

Síndrome cuyo nombre está inspirado en el filósofo griego del siglo IV a.C., llamado Diógenes de Sinope, fue una persona austera. Falleciendo, según cuenta la tradición, sólo y en la calle. Despreciaba y criticaba las normas, las convenciones políticas y sociales, las instituciones y las ciencias por no coincidir en la absoluta felicidad, que él la definía como “autosuficiencia” y “total libertad”; por eso es considerado y apreciado como el padre del “cinismo filosófico” (Delgado, 2005).

Este síndrome constituye un patrón de conducta caracterizado fundamentalmente por un abandono del autocuidado, tanto de higiene personal, alimentación y salud (autoaislamiento y una autonegligencia) (Boillos, 2014). Se presenta en personas solitarias y sobre todo de avanzada edad. Se diferencia de otros trastornos por la acumulación compulsiva de basura y por vivir voluntariamente en condiciones de pobreza extrema, aun teniendo posibilidades económicas para tener una vida mejor. Ellos mismos no tienen percepción de tener una enfermedad y rechazan todas las ayudas (Fúnez, 2021).

El problema mayoritario de esta enfermedad es la situación de insalubridad que tiene en sus domicilios, lo que hace que se produzcan fermentaciones y putrefacciones. Esta situación provoca una expulsión de gases y sustancias tóxicas que pueden desencadenar en enfermedades respiratorias, dermatológicas y alérgicas. La acumulación de basura provoca un olor extremo que crea un crecimiento de vectores transmisores de enfermedades como ratas, cucarachas, pulgas etc. Por todas estas cosas se produce un abandono y una desolación afectiva, así como una inhibición conductual que es característica de este tipo de enfermedad.

La denominación se debe a Clark et al. (1975), y se crea un estilo de vida misantrópico y solitario del conocido filósofo griego. Los factores que tiene en común este tipo de personas son (Carrato et al., 2021):

- Características de personalidad previas que incluyen una tendencia al aislamiento, una dificultad de adaptación social.
- Factores estresantes propios de la edad tardía: dificultades económicas, muertes familiares, rechazo familiar y una marginación social (Mendez, 2021).

Tratar este tipo de síndrome es una tarea bastante compleja y difícil, no obstante, una vez conocido el diagnóstico debe ser atendido en una Unidad Geriátrica para poder abordar y tratar todos los trastornos médicos, psicológicos y sociales (Prieto, 2008).

2.3.- Detección de los malos tratos. Papel del personal sanitario ante un maltrato.

Esta es la tarea más compleja y difícil, por la negación de la persona mayor maltratada como el silencio del maltratador.

Detectar los malos tratos depende de la concienciación, del conocimiento y de la comprensión tanto social, colectiva como individual que tenemos del problema. A pesar de que la OMS reconoció como un problema de salud de primer orden en 2002, y que perju-

dica a muchas personas en el mundo, en cifras absolutas y relativas, el descubrimiento es complejo de tal manera que si se detecta un caso hay cinco que no salen a la luz.

Encontramos que la gran mayoría de las personas mayores maltratadas se hace en sitios privados, incluso dentro de las instituciones (residencias, hospitales, centros de día....). Lograr conseguir que todo lo que sucede en las esferas privadas sea un tema de preocupación pública no ha sido fácil en ninguna de las formas de maltrato (Martinez, 2016).

La detección del maltrato en personas mayores está condicionado por las normas y valores culturales, estereotipos negativos, el edadismo, sobre todo por juzgar que lo que pasa se atribuye a la edad y por lo tanto no es susceptible a ningún tratamiento.

Los malos tratos a personas mayores se complican cuando la persona está enferma con alguna enfermedad que le impida poder denunciar, ya que la gran mayoría no suele presentar denuncia alguna (Moro et al., 2017).

Debemos sospechar que una persona ha sido maltratada o está siendo maltratada conociendo algunas señales o signos de alerta, precoces al maltrato (Torres et al., 2015).

1.- Demora al solicitar asistencia social o médica.

2.- El anciano maltratado es llevado al centro hospitalario o servicio social por una persona que no es su cuidador habitual.

3.- Descripción de un incidente que lleva al hospital a la persona mayor y es contado con versiones diferentes entre la persona mayor y su cuidador.

4.- Silencio de la víctima con el personal sanitario, el trabajador social o la policía, cuando el cuidador está presente durante el relato de lo ocurrido o que se produzca una resistencia del cuidador a dejar sola a la víctima contando lo sucedido.

5.- Desnutrición, deshidratación, caídas reiteradas sin un motivo aparente.

6.- Alteraciones de la personalidad de la persona mayor, ansiedad, insomnio, inapetencia o depresión.

7.- Actitud de alarma, miedo en la persona mayor.

8.- Historias previas de episodios sospechosos de malos tratos.

9.- Presentar una vivienda con condiciones inaceptables e inhumanas.

EL SILENCIO ES PARTÍCIPE DE LOS MALOS TRATOS

Considerando que no se realizan prácticamente denuncias de las personas mayores por malos tratos, el silencio de los familiares, de las instituciones o incluso del personal sanitario sería ser cómplice de un delito.

Los profesionales debemos comprender la necesidad del silencio de la persona maltratada a fin de favorecer mejor la comunicación con ellos, teniendo en consideración la dificultad de poder comunicarnos con la persona maltratada y poder ganar su confianza. Debemos intentar evitar que la persona se sienta insegura hablando con el personal que le ayuda (sanitario, familiar, o institucional). Debemos tener en cuenta la comunicación con los testigos y cuidadores ya que es primordial y necesario.

En casos de maltrato se deben analizar algunas dinámicas relacionadas entre las víctimas y su entorno.

2.4.- Prevención contra el maltrato.

Son muchas las habilidades que se utilizan para prevenir el maltrato de las personas mayores, adoptar medidas para intentar mitigar y erradicar las consecuencias. Algunas de las intervenciones creadas para paliar este problema sobre todo en países desarrollados, son (Rubio, 2012):

- Campañas para concienciar al público y los profesionales.
- Detección precoz de posibles víctimas de maltrato y maltratadores.
- Programas de sensibilización en los colegios.
- Intervenciones de apoyo para controlar el síndrome del cuidador cansado.
- Políticas sobre la atención en residencias para definir y mejorar el nivel de la atención.
- Programas de formación sobre la demencia, sobre todo para el cuidador principal o cuidadores.

Las intervenciones que debemos tener en cuenta como personal sanitario, trabajadores sociales en instituciones, o a nivel social:

- Notificación obligatoria de un posible maltrato a las autoridades competentes.
- Crear grupos de autoayuda.
- Casas refugio, residencias públicas o centros de acogida de emergencia.

- Programas de autoayuda psicológica dirigidas a personas que provocan malos tratos.
- Teléfonos públicos de asistencia que ofrezcan información y derivación a sitios mas adecuados.
- Intervenciones de apoyo a cuidadores.

La multisectorialidad y la colaboración interdisciplinar pueden contribuir a reducir el maltrato a las personas mayores (Torres et al., 2015):

- El sector de servicios sociales, mediante la prestación de apoyo jurídico, financiero y domiciliario.
- El sector de la educación, mediante campañas para provocar la sensibilización y educación del público.
- El sector sanitario, mediante la detección y el tratamiento de las víctimas por el personal de atención primaria, puerta de urgencias y centros institucionalizados.

En algunos países, la labor sanitaria ha ejercido una función principal en la sensibilización del público sobre el maltrato en personas mayores, mientras en otros países los encargados de la propagación de dicha sensibilización ha sido mediante servicios sociales.

Cabe destacar que, a nivel mundial, poco se conoce sobre el maltrato en personas mayores y su prevención, especialmente en países en proceso de desarrollo. La importancia y naturaleza del problema apenas empieza a perfilarse, muchos factores de riesgo siguen situándose en entredicho, y las consecuencias y los datos sobre lo que funciona para prevenir el maltrato son bastante limitados (Page et al., 2009; Castilla et al., 2014).

3.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Por todo lo anterior descrito, en este trabajo se analizará en profundidad el maltrato en la senectud. Mediante la revisión sistemática de los trabajos publicados hasta la fecha actual, y se podrá llegar a una conclusión sobre el conocimiento, factores y prevención de este problema mundial.

A través de la búsqueda y exploración de las publicaciones se podrá comprender la magnitud del problema y factores de riesgo relacionados.

4.- OBJETIVOS

- Analizar diferentes tipos de maltrato, causas e identificación.
- Determinar la frecuencia de factores de riesgo de maltrato en personas mayores.

5.- METODOLOGÍA

La metodología aplicada en este elaborado consta principalmente de tres pasos:

5.1.- Revisión sistemática.

En términos generales una revisión sistemática consiste en la búsqueda y selección de estudios publicados sobre un tema en concreto; forma parte de la investigación secundaria, que tiene como objetivo contestar a argumentos concretos mediante una metodología rigurosa que se realiza sobre un tema específico y como todos los estudios científicos, utiliza un protocolo de investigación.

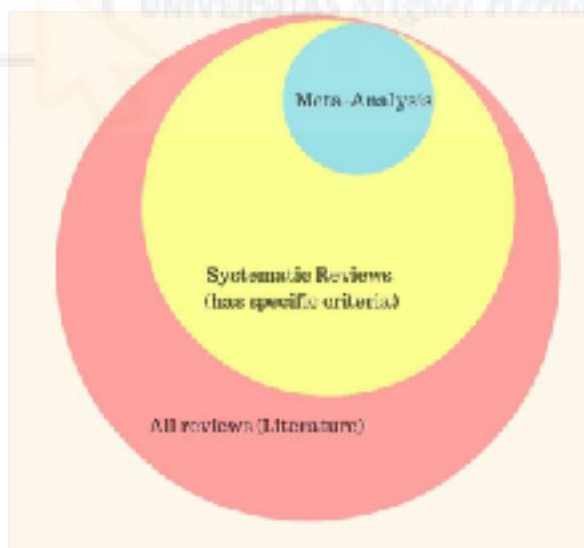


Imagen 1: Clasificación de la metodología. (Università Degli Studi di Ferrara, 2021)

En el caso de la revisión sistemática, de hecho, el objetivo es *reunir toda la evidencia que se corresponda con unos criterios de elegibilidad establecidos previamente, con el fin de orientar un tema específico de investigación* (Higgins y Green, 2011), es decir, identificar qué se conoce de un tema, qué se ha investigado, cuánto sabemos al respecto y si

hay algo pendiente por descubrir o datos que no se han tratado en la fase de investigación primaria sobre la que estamos recopilando los datos.

Además, la revisión sistemática *debe tratar de incorporar información de todos los estudios que sean relevantes para el tema de la revisión, minimizando los sesgos mediante la aplicación de métodos sistemáticos y explícitos* (Urrutia y Bonfill, 2010; Higgins y Green 2011).

El uso de esta metodología para este trabajo ha sido elegido con el fin de compendiar las investigaciones y ensayos clínicos controlados para reforzar su investigación y acentuar la problemática objeto de este estudio.

5.2.- Estrategias de la búsqueda.

Otro tipo de metodología usada para este trabajo, siempre en el marco de una investigación cuantitativa, ha sido la realización de una búsqueda en diferentes bases de datos científicas.

Entre las bases de datos elegidas, las que más destacan para esta investigación han sido: Scielo, Pubmed, Medline, Nursing & Allied Health Database

Utilizando palabras clave como “*senectud*”, “*maltrato*”, “*personas mayores*”, “*anciano*” y utilizando la conjunción “*and*” y “*or*” se ha querido recopilar unas series de tratados científicos y sociológicos útiles a los fines de esta investigación.

Además, se han establecido límites en la búsqueda muy específicos para evitar toda aquella narrativa fuera de contexto.

En este sentido, los límites de la búsqueda han sido los siguientes:

- **Límites de idioma:** estudios publicados en inglés y español. Teniendo en cuenta que el fin de esta investigación es lo de poner más evidencia sobre el maltrato a mayores en nuestro país.

- **Límites cronológicos:** estudios publicados en los últimos 15 años, cuando la literatura científica ha puesto el acento sobre estas temáticas.

5.3.- Criterios de inclusión y exclusión.

Por último, pero no por ello menos importantes, han sido los criterios seleccionados, criterios típicos de una investigación secundaria de carácter sistemático: los criterios de inclusión y exclusión.

Estos criterios definen la población que se estudiará y estándares que determinan a qué sujetos se les permitirá acceder al estudio.

- 1) **Los criterios de inclusión:** el primer paso es identificar con precisión la población objetivo definiendo los criterios de inclusión a los que se transferirán los resultados de la investigación.

Los criterios de inclusión también definen la población elegida, por ejemplo, mediante criterios geográficos o criterios de tiempo.

En este estudio se han incluidos artículos que cumplen las siguientes características:

- Estudios experimentales.
- Estudios observacionales.

Entre los criterios del tiempo, la población que ha sido objeto del estudio es mayor de 60 años.

- Estudios basados en experiencias profesionales.

- 2) **Los criterios de exclusión:** Sirven para restringir el campo de análisis, evitando la incorporación de sujetos que pudieran interferir, perturbar y confundir la calidad de los datos y el estudio.

Por otro lado, mejoran la viabilidad del estudio y de los resultados.

En este caso, a la hora de hacer el cribado, se ha seguido el siguientes criterios de exclusión:

- Revisiones sistemáticas y metaanálisis.

6.- RESULTADOS

6.1 Resultados de la búsqueda

Tras analizar la búsqueda bibliográfica vemos la tendencia de los últimos años en investigar el abuso y maltrato a las personas mayores, este tema ha sido un tema tabú durante los años 80-90.

En España tampoco existe una ayuda legal sobre tema, si no que leyes ya creadas y existentes son las modificadas, no existe mucha investigación en nuestro país sobre este tema, vemos que en otros países de Europa están bastante más desarrollados.

Los resultados referidos a la cantidad de estudios hallados en las diferentes bases de datos son de 90 quedándonos con 34 tras valorar los artículos y tras seguir los criterios de inclusión y exclusión citados en el apartado 5.3.

Se han descartado 21 artículos tras leer el abstract y no cumplir con las referencias buscadas y hacer referencia a otro tipo de estudios (violencia de género, abuso sexual, violencia infantil, envejecimiento saludable...). De los 69 restantes que hemos descartado por no cumplir con los criterios de inclusión por fecha o por ser un estudio observacional.

6.2 Población de estudio

La base de la búsqueda ha sido artículos con sujetos de edad avanzada, por encima de los 60 años. El tamaño de la muestra fue variable, desde 43 (Montero, et al., 2017), hasta los 340 participantes (Pérez Rojo, G, et al., 2013). El relación con el género de los participantes o encuestados, en los estudios revisados concreta que son tanto hombres como mujeres, predominando en todos ellos las mujeres. En algunos estudios realizan diferenciación por género a la hora de exponer los resultados, demostrando así las diferencias significativas (Pérez-Rojo, et al., 2013 y Carmona-Torres, et al., 2017).

En los estudios Lázaro del Nogal, et al., 2018; Perez-Rojo, 2013 vemos la división de la muestra en varios grupos dependiendo del tipo de maltrato o abuso recibido, dife-

renciando y dividiendo en porcentajes la subcategoría de maltrato recibida (físicos, sexual, psicológico...). Diferenciándose así del resto de autores.

Los autores también vemos como hacen distinción dependiendo de la zona geográfica donde realizan los estudios, como por ejemplo Madrid (Pérez Rojo, et al., 2013; Lazaro del Nogal, et al., 2018), Andalucía (Pérez Rojo, et al., 2013; Castilla-Mora, et al., 2014), Barcelona (Coma, et al., 2006).

Solo disponemos de una única autora que ha realizado la investigación tanto a nivel nacional como internacional, Carmona-Torres, et al., 2017, que fue llevada a cabo en Córdoba, (España), en Azores (Portugal) y Santa Cruz de la Sierra (Bolivia). Nos centramos en su estudio realizado en España, pero fue comparado con los países nombrados con anterioridad.

En varios artículos escogidos observamos que tienen en cuenta, patologías previas de las víctimas, como podría ser el deterioro cognitivo o otro tipo de enfermedades neurológicas, y dentro del estudio vemos que era un criterio de exclusión de la muestra (Pérez-Rojo, et al., 2013, Pérez-Rojo, et al., 2017, y Carmona-Torres, et al., 2017). Coma, et al., 2006 incluye este criterio de exclusión en su investigación, ya que su estudio es realizado al personal sanitario trabajador en Atención Primaria y cuidadores domiciliarios.

Otro aspecto a tener en cuenta es el realizado por Montero Solano, et al., 2017 que es la realización de un cuestionario llamado *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*, o Pérez-Rojo, et al., 2013 que utilizó el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC). Carmona-Torres, et al., 2017 empleo la Prueba de autonomía de Actividades diarias de Mahoney y Barthel.

Carmona Torres, et al., fue la única que utilizó un test y escalas para así poder conocer mejor el estado de salud de los pacientes antes de realizar el estudio. La escala que utilizó es la fue APGAR (Prueba de adaptabilidad familiar, asociación, crecimiento, afecto y resolución)

En la medición del abuso y el maltrato en personas mayores, cada autor utiliza métodos y técnicas diferentes para conseguir así la información, Pérez Rojo, et al., 2013 utiliza la entrevista individualizada elaborada por los propios autores. Mientras que por ejemplo Carmona-Torres, et al., 2017 empleó cuestionarios validados que fueron el examen de la Asociación Médica Estadounidense (AMA), que se utiliza para diferentes tipos de abusos o negligencias y el índice de sospecha de abuso de ancianos (EASI) utilizado también por Montero-Solano, et al..

En los estudios en los cuales la muestra fueron profesionales sanitarios de Atención Primaria (Coma, et al., 2006) se utilizó la entrevista semiestructurada elaborada por los mismo autores.

AÑO Y AUTOR	MUESTRA DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	RESULTADOS
Coma, M, et al., 2006	n = 27 sanitarios de atención primaria (AP)	Mostrar la opinión de los profesionales sanitarios de AP sobre el maltrato a personas mayores.	Estudio cualitativo. Se realizaron cuatro entrevistas de entre 60 y 90 minutos de duración	Demuestra que el abuso psicológico y económico es el más frecuente. Los resultados sexuales y físicos son anecdóticos, aunque bastante infradiagnósticos.
Perez Rojo, G., et al., 2013	n = 340 personas	Obtener la prevalencia de abuso y malos tratos a personas mayores sin deterioro cognitivo	Mediante un estudio transversal en centros de AP y servicios sociales con una entrevista individual	Se concluyó que había un 12.1% de malos tratos siendo más frecuente el maltrato psicológico, y con menos frecuencia, pero también presente otros tipos (sexuales y físicos). Los malos tratos por lo general provienen de los cónyuges y a personas de sexo femenino.
Castilla mora, R., et al., 2014	n=259 casos identificados de maltrato a personas mayores.	Aproximar la verdad del maltrato en la senectud y a su evolución observada mediante los trabajadores de AP.	Las variables utilizadas fueron: características sociodemográficas tanto de la víctima como del agresor, teniendo una relación familiar entre ellos y el tipo de maltrato. Utilizando SPSS Versión 19 para el análisis de datos.	Relaciona los tipos de maltrato sufridos en los resultados con la bibliografía revisada, dando más importancia al perfil de la víctima siendo mayoritariamente mujer, con edad aproximada de 73 años, agredida por alguien de su entorno familiar siendo hombre.

AÑO Y AUTOR	MUESTRA D ESTUDIO	OBJETIVO	METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	RESULTADOS
Montero Solano, G., et al., 2017	n=123 cuidadores y ancianos	Conocer el grado de maltrato. Mediante 6 preguntas 5 dirigidas a la persona mayor 1 al médico tratante.	Mediante el cuestionario E A S I . Instrumento de 6 ítems para atención primaria.	Se observo que la mayor parte de las veces era una víctima femenina (65-75 años), ama de casa, con deterioro cognitivo moderado. El agresor hombre de 35-45 años, familiar de la víctima con enfermedades de salud mental, y problemas de drogodependencia, con problemas económicos.
Carmona-Torres, J.M., et al., 2017	n ₁ = 188 personas españolas. N ₂ = 210 personas bolivianas n ₃ = 212 personas portuguesas	Analizar la prevalencia del maltrato o abuso a personas mayores en un entorno familiar y comunitario.	Utilizado el Minimental test de Folstein, Prueba de Autonomía de Mahoney y Barthel, Prueba de APGAR e índice de sospecha de abuso de ancianos (EASI) de Yaffe	Nos centraremos en los resultados españoles, el abuso se asocia con ser mujer, tener un nivel bajo educativo, pertenecer a familias disfuncionales y tener una mayor dependencia. El abuso más frecuente es el psicológico seguido de la negligencia. La víctima identifica a gente de su entorno familiar como maltratadores.
Lazaro del Nogal, M, et al., 2018	n = 64 pacientes atendidos en la puerta de urgencias durante 5 años	Identificar los casos que acuden a urgencias hospitalarias.	Estudio descriptivo que recogió información desde 2013 a 2017. El procesamiento y el análisis de los datos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.	Se recogieron 64 casos de personas mayores de 65 años. De los cuales 17 casos fueron abuso económico (26.5%). Lugar donde se recogió mayor incidencia fue en urgencias con un 60.4% tras hospitalización con 35.6% y consultas externas 4%.

Tabla 3: Elaboración propia. Fuente propia.

7.- DISCUSIÓN

A la luz de lo examinado en los capítulos que componen el presente trabajo, se puede afirmar por un lado, que la categoría de ancianos representa una franja débil, especialmente cuando la misma está en una condición de no autosuficiencia y, por otro que nues-

tro sistema es carecer de protección eficaz y específica para hacer frente a los casos de abuso y prevenir situaciones de posible exposición a este tipo de episodios.

Las posibles manifestaciones del abuso pueden ser muchas y variadas. Hemos visto que la literatura internacional divide los tipos de abuso en cinco grandes categorías: psicológica, física, sexual, económico-financiera y por último el abandono (OMS, 2017). En la relación a cada tipo de abuso, los signos, tipos y factores son diferentes riesgos. También vemos que la mayoría de los factores de riesgo se pueden eliminar o mantener bajo control con una mayor atención del personal sanitario tanto en las instalaciones sanitarias como en el domicilio del mismo anciano y con una medida capilar de las instituciones que entran en contacto con las personas mayores.

En este estudio, de los seis artículos que hemos analizado al realizar la búsqueda bibliográfica, hemos visto que tres de ellos nos hablan de la prevalencia de los malos tratos en personas mayores centrándonos en España, dos hablan de la relación que hay entre los malos tratos y el sexo femenino, quedando el último que nos habla de la relación entre el personal sanitario, signos y síntomas para localizar el maltrato a personas mayores.

De este último punto, claro está que el personal sanitario necesita formación específica para comprender las necesidades de los ancianos con el fin de poder preparar mejor los cuidados. Asimismo, sería deseable formar a quienes puedan entrar en contacto con el anciano para que sean capaces de captar los signos de sospecha de maltrato (Robles, 2007).

Por lo general, los artículos utilizados para la realización de esta revisión sistemática relacionan el maltrato a personas mayores con la frecuencia con la que aparecen. Nos chocamos con pequeñas discrepancias que hay entre las investigaciones de los diferentes autores para describir los diferentes abusos y/o maltratos a personas mayores. Por ejemplo, algunos autores y entre ellos Castilla-Mora et al., 2014, evidencian que el abuso más frecuente es el maltrato físico, frente a otros autores como Coma, 2006; Pérez-Rojo, et al., 2013 y Carmona Torres, et al., 2017 que afirman que el maltrato psicológico es el más habitual.

Por el contrario, Montero Solano, et al., 2017, en su estudio afirma que el maltrato más producido es el abandono y la negligencia a personas con deterioro cognitivo moderado. Por citar un último ejemplo, nos encontramos con Lazaro, 2018 que pone en la punta de la pirámide del maltrato el abuso económico.

Mientras que, en otros países extranjeros, entre ellos. EEUU., han diseñado soluciones legislativas para proteger casos de abuso y estructuras de prevención multidisciplinarias para el examen de situaciones sospechosas, el sistema legal español aún carece de dicha estructura mientras que, por ejemplo, las intervenciones legislativas para proteger a grupos más expuestos al abuso, como son los menores o las mujeres, ya han recibido una atención regulatoria considerable.

Sin embargo, hay que subrayar que los casos de abusos y maltratos más señalados se refieren principalmente a situaciones de maltrato físico dentro de los centros asistenciales como lo asilos o en los hospitales, mientras que la literatura internacional indica claramente que el maltrato más recurrente es el maltrato psicológico dentro y fuera del hogar (Perez-Rojo, et al., 2013).

En relación al segundo análisis que hemos verificado en esta revisión sobre los factores de riesgo, las investigaciones elaboradas nos indican que en mayor o menor medida, el factor mayoritario para el abuso en personas mayores, son aquellas con problemas de deterioro cognitivo, presencia de patologías crónicas y problemas físicos que provoquen discapacidad; siendo estas personas las que tienen un grado de dependencia mayor hacia la persona que le provoca los malos tratos (Montero et al., 2017; Castilla et al., 2014).

Además, Lazaro, et al., 2018, en su investigación nos indica los aspectos a observar en el caso de que el paciente acuda a urgencias con una sospecha de abuso y/o maltrato. según lo que nos indica, los signos o síntomas más evidentes para completar una exploración médica son: deshidratación, desnutrición, mala higiene, úlceras por presión, lesiones cutáneas o hematomas.

Otro de los aspectos importantes a destacar es que cuatro de los seis autores seleccionados Carmona et al., 2017; Montero et al., 2017; Castillas et al., 2014 y Pérez-Rojo et al., 2013 afirman que el perfil del agresor suele ser familiar, hombre y entre 35-45 años.

Los datos apuntan a que el fenómeno es mayoritariamente sumergido y requiere de la colaboración y preparación de quienes pueden entrar en contacto con los ancianos, en presencia o ausencia del cuidador, para que los signos presentes en el cuerpo o en el comportamiento de los ancianos pueden eventualmente emerger y encontrar protección en una situación de abuso.

Los aspectos antes mencionados muestran, por tanto, cómo la gravedad del fenómeno del maltrato a las personas mayores es ampliamente percibida y compartida, pero existe una carencia normativa importante por parte de los individuos e instituciones para remediarlo.

Esta investigación no pretende ser, en modo alguno un punto de llegada, sino un punto de comienzo ya que uno de los propósitos de este trabajo radica en el deseo de abrir un debate sobre el fenómeno examinado, para poder prestar aún más atención a la condición de las personas mayores.

8.- CONCLUSIONES

Vemos que es un tema de gran importancia, en un estudio publicado por la OMS público en el año 2017 que el 15.7% de las personas de 60 años o más sufrieron de alguna u otra forma de maltrato. Posiblemente esta cifra representa una estimación bastante inferior, ya que solo se denuncian 1 de cada 24 casos por miedo a represalias.

Han aumentado las denuncias por violencia física, abuso o abandono en personas mayores desde el comienzo de la pandemia de COVID-19. Claudia Mahler, experta de la ONU, señaló el día 14 de junio de 2021 a falta de un día de celebrarse el Día Mundial de Toma de Conciencia del abuso y Maltrato en la Vejez: “Los informes angustiosos de los hogares de ancianos en diferentes partes del mundo han mostrado abandono, aislamiento y falta de servicios adecuados, como los de salud, sociales y legales” (Castilla et al., 2014).

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, estima que un 51,8% del total de los infectados, por la COVID19, son personas mayores de 60 años, por lo que se ha producido un aislamiento de estas personas, produciéndose así un abandono.

En otro artículo publicado por la ONU, el 18 de marzo de 2021, anuncian que las personas de edad sufren prejuicios y discriminación en muchas sociedades, que los marginan y aíslan. La pandemia ha revelado cuán generalizada es la discriminación por edad: las personas mayores y las más jóvenes han sido estereotipadas en el discurso público y en las redes sociales.

La edad se utilizó como único criterio para el acceso a una atención médica. La OMS subrayó la necesidad de erradicar los estereotipos basados en la edad. El director Tedros Adhanom Ghebreyesus enfatizó “No podemos permitir que los estereotipos basados en la edad, los prejuicios y la discriminación limiten las oportunidades de asegurar la salud, el bienestar y la dignidad de las personas en todas partes en el proceso de recuperación de la pandemia” (Carmona-Torres et al., 2017).

Cuando las personas de edad sufren algún tipo de abuso (el más habitual es el psicológico) suelen aparecer problemas de salud, lesiones y dolor, así como depresión, ansiedad y estrés. Con lo que aumenta sus ingresos en hospital, atención médica y muerte.

Según los datos, se prevé que para el año 2050, el número de personas de 60 años o más, se duplique, llegando a los 2 billones en todo el mundo. Si la proporción de víctimas de malos tratos continúa aumentando como lo ha ido haciendo hasta ahora, llegaríamos a 320 millones de víctimas en 2050.

A pesar de los datos y las graves consecuencias que supondría el abuso en personas mayores es uno de los tipos de violencia menos investigados y menos abordados con planes de prevención. En mayo de 2016 la OMS adoptó un Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud en la Asamblea Mundial de la Salud, que propone, las siguientes acciones entre otras:

- Promover la investigación para conocer el alcance del problema y en particular en los países con ingresos más bajos (África, Oriente Medio y Asia Sudoriental), sobre los que hay menos datos.

- Desarrollar una guía basada en la evidencia científica que refleje las pautas eficaces para prevenir y afrontar el abuso a los mayores.

9.- REFERENCIAS

Boillos Garcia, C. (2014). Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la Provincia de Soria. 51st ed. Soria.

Carmona-Torres, J. M., Carvalhal, R., Gálvez-Rioja, R. M., Ruiz-Gándara, Á., Goergen, T., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). Elder Abuse in the Iberian Península and Bolivia: A Multicountry Comparative Study. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260517713712>

Carrato Vaz, E., & Martínez Amorós, R. (2021). Síndrome de Diógenes: A propósito de un caso. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000300009

Castilla Mora, R. y Palma García, Ma O. (2014). El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 4 (7), 20-35. https://www.researchgate.net/publication/280564166_El_maltrato_a_personas_mayores_en_el_ambito_familiar_Aproximacion_a_la_situacion_en_Malaga_Espana

Colomar Pueyo, G. (2018). Abuso y maltrato al anciano: Análisis y revisión de sentencias judiciales en España (Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona.

Coma, M., Muñoz, J., Orfila, F. y Tabueña, M. (2005). *Los malos tratos a los ancianos*. <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n3/v15n3a03.pdf>

De Donder , L., De Witte, N., Brosens, D., Dierckx, E. & Verté D. (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 1483 - 1488. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815028438>

Delgado Barranco, A.I. (2003) “*Síndrome de Diógenes ¿Es posible la prevención desde atención primaria?*” de los Documentos de SEAPREMUR (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia).

Diario online (2018), El testamento vital, una asignatura pendiente en España. https://www.consalud.es/pacientes/el-testamento-vital-una-asignatura-pendiente-en-espana-por-que-hacerlo-y-cuando_55557_102.html

Fernandez-Alonso MC, Herrero Velázquez. Maltrato en el anciano. (2006). Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). 27: 56-59. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-maltrato-el-anciano-posibilidades-intervencion-13083927>

Flores Castillo, F., & Fuentes Reyes, G. (2016). La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000100161

Fúnez, B., Hernández, J., Pérez, J., Rincón, B., Fernández, C., & Pinedo, F. (2021). Síndrome de Diógenes: ¿cuadro psiquiátrico o demencial?. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3584123>

García González, J., Rosillo Castro, D., Salazar, I., Raygal Fernández, P., Lázaro Meca, R., & Cánovas Gaspar, J. (2021). De hiperfrecuentadora a abuela esclava: Estudio de un caso de sobrecarga del cuidador desde el Síndrome de la Abuela Esclava de Guijarro Morales https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100004https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100004

García Ortega, C., Cózar Murillo, V., & Almenara Barrios, J. (2014). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400005

Guijarro A (2006). El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI. 2ªEdición. Grupo Editorial Universitario.

Lasarte Álvarez, C. (2007) "La protección de las personas mayores" Madrid: Ed. Tecnos.

Lázaro del Nogal, M., Fernández Alonso, C., Serrano Cuesta, P., & Santiago Sáez, A. (2018). *Abuso económico: un tipo de maltrato en los pacientes mayores*. Pp. 176-177). Hospital Clínico San Carlos, Madrid.: Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-abuso-economico-un-tipo-maltrato-S0211139X18305110>

Martinez, L. (2016). Malos tratos a las personas mayores: percepción, conocimientos y barreras para la detección. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128344>

Méndez, J. (2021). Síndrome de Diógenes: algo más que vivir entre basura. <https://www.-psicoactiva.com/blog/sindrome-diogenes-algo-mas-vivir-basura/>

Montero Solano, G., Vega Chaves, J., Hernández, G., Montero Solano, G., Vega Chaves, J., & Hernández, G. (2017). Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100120&lng=en&tlng=es

Moro Incharieta, A., & Martínez Rueda, N. (2017). Validación de un procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-validacion-un-procedimiento-prevencion-deteccion-S0211139X1730094Xhttps://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-validacion-un-procedimiento-prevencion-deteccion-S0211139X1730094X>

Organización Mundial de la Salud. (2017) Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos. <https://www.who.int/es/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>

Organización Mundial de la Salud (2021). Maltrato de las personas mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Page C, Conner T, Prokhorov A, Fan Y, Post L (2009). The effect of care setting on elder abuse: results from a Michigan Survey. *J. Elder Abuse Negl*; 21: 239-52. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08946560902997553>

Pérez Rojo, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C., & Carretero, I. (2017). *Buen y mal trato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados*. Madrid. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a2.pdf>

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., et al. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin(Barc)*, 141(12), 522-526. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775313000614?via%3Dihub>

Prieto, I. (2008). Formas clínicas del síndrome de Diógenes: a propósito de tres casos. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2659402>.

Robles R. (2007). Hiperfrecuentadores: cinco de cada cien pacientes consumen un tercio del trabajo médico de atención primaria. Grupo de fundamentos biológicos de la conducta y de los trastornos mentales del instituto Universitario de Investigaciones en ciencias de la salud. http://comunicacio.uib.es/digitalAssets/127/127017_hfcast.pdf

Rubio Acuña, Miriam. (2012). Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos*, 23(4), 169-171. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928-X2012000400005

Sousa RCR, Araújo-Monteiro GKN, Souto RQ, Santos RC, Leal CQAM, Nascimento NM. (2021) Interventions to prevent elder abuse in the community: a mixed- methods systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 55:e3677. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5Df6jCcMxq6g-f9KdsmHwrWy/?lang=en&format=pdf>

Tabueña Lafarga, C. M. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 275-292. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300003&lng=es&tlng=es.

Torres Prados, M.^a Teresa, & Estrella González, Isabel M.^a. (2015). Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*, 26(3), 79-83. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300002

Università degli Studi di Ferrara (2021) Review, Review Sistemática y Meta-analisi. Facultad de Enfermería de universidad de Ferrara. <http://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/metodologia-della-ricerca-deontologia-professionale/igiene-generale/2019-2020/lez8-presentazione-sulla-metanalisi.pdf>

Yon, Y., Mikton, C., Gassoumis, Z., & Wilber, K. (2017) Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. <http://www.infocoponline.es/pdf/Elderabuse2017.pdf>



