

Visión del maltrato al anciano desde atención primaria

Montserrat Coma / Julio Muñoz / Pilar Postigo / Manuela Ayuso / Cristina Sierra / Teresa Sayrol
 Área Bàsica de Salut Les Planes de Sant Joan Despí, Sant Joan Despí, Barcelona, España.

(Primary care doctors' and nurses' opinion of elder abuse and neglect)

Resumen

Objetivo: Identificar la opinión de los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) sobre el maltrato al anciano (MA) y su abordaje, mediante un estudio cualitativo de grupos focales.

Sujetos y métodos: Participaron 27 sanitarios de AP. Se llevó a cabo un análisis del contenido temático de los datos, la codificación, la segmentación y la creación de categorías del corpus textual.

Resultados: Consideraron más frecuentes los abusos psicológicos y económicos. La negligencia se relacionó con el estilo de vida actual. Los abusos físicos y sexuales se consideraron anecdóticos, aunque posiblemente infradiagnosticados. Entre los factores de riesgo destacan la desestructuración familiar, la sobrecarga, la escasa formación del cuidador y la hostilidad del anciano. El maltratador se asoció con determinadas variables, como enfermedad mental, drogodependencia, violencia familiar previa en abusos físicos y económicos; no había un perfil definido en situaciones de negligencia o abandono. Los recursos sociales y sanitarios son insuficientes y limitan la intervención, haciendo infructuosa la detección. La formación, la supervisión y el asesoramiento de los profesionales respecto al MA se consideraron recursos necesarios puesto que, con apoyos externos y bien coordinados, la AP podría actuar eficazmente en estas situaciones.

Conclusiones: Aunque los profesionales demostraron un buen conocimiento del problema, se puso de manifiesto la necesidad de disponer de pautas consensuadas de detección e intervención. Afloraron carencias de recursos y dificultades en la delimitación de responsabilidades en el abordaje del MA, que han de tenerse en cuenta a la hora de planificar estrategias. Los profesionales se consideraron a sí mismos un recurso de actuación sin rehuir su implicación.

Palabras clave: Maltrato. Anciano. Cualitativo.

Abstract

Objective: To identify primary care health professionals' opinion of elder abuse and its management. Qualitative study through focus groups.

Participants: Twenty-seven health professionals in primary care. Analyses of the thematic content of data, codification, segmentation and creation of categories of the text corpus.

Results: The most frequent types of abuse were psychological and financial. Neglect was associated with current lifestyles. Physical and sexual abuse was considered infrequent, but possibly under-detected. Important risk factors were dysfunctional families, stressed and under-trained caregivers, and elder hostility. The profile of the abuser was associated with mental disorders, drug addiction and prior family violence in physical and financial abuse, but no clear profile was identified in the categories of neglect and abandonment.

Social and health resources were insufficient and limited intervention, thus making detection fruitless. Education, monitoring and counseling of health professionals in elder abuse was considered necessary because, given external and well coordinated support, primary care could intervene effectively in situations of elder abuse.

Conclusions: Although the phenomenon of elder abuse is well known, consensus guidelines for its detection and intervention need to be defined. The lack of resources and the difficulties of delimiting responsibilities in the management of elder abuse should be taken into account when planning strategies. The health professionals considered themselves as a resource and did not avoid involvement.

Key words: Elder abuse. Elderly person. Qualitative research.

Correspondencia: Montserrat Coma.
 Área Bàsica de Salut Les Planes de Sant Joan Despí.
 Avda. Barcelona, 62. 08970 Sant Joan Despí. Barcelona.
 España.
 Correo electrónico: docencia-lesplanes.blc.cp.ics@gencat.net

Recibido: 13 de octubre de 2005.

Aceptado: 13 de diciembre de 2006.

Introducción

Recientes estudios demográficos pronostican que en el año 2020 habrá más de 7.000.000 ancianos en España, de los cuales el 25% sobrepasará los 80 años¹. Este progresivo envejecimiento de la población acontece junto con determinados cambios sociales, como las familias cada vez más reducidas o la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, tradicionalmente responsable del cuidado de los

mayores, y cambios culturales en los que la desvinculación, la disminución de la tolerancia, la discriminación y la tendencia a la institucionalización de los ancianos está presente². Este contexto hace del maltrato al anciano (MA) un problema sociosanitario emergente en las sociedades desarrolladas³.

Según datos publicados por el Nacional Center on Elder Abuse (NCEA), la Internacional Network for the Prevention of ELder Abuse (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 5-6% de ancianos vive situaciones de violencia doméstica y un 10%, violencia institucional, de los cuales sólo uno de cada 5 es conocido (fenómeno del iceberg)⁴⁻⁵. Un estudio de la Universidad del País Vasco concluye que un 4,7% de los ancianos que reciben atención social domiciliaria ha sufrido algún tipo de maltrato⁶. El ayuntamiento de Barcelona identificó a un 8% de ancianos maltratados entre los atendidos por sus servicios sociales⁷, aunque las cifras varían según las muestras⁸.

Diversos autores y publicaciones han relacionado el MA con un aumento de su mortalidad, morbilidad, un detrimento de su calidad de vida y un incremento del consumo de recursos personales, sanitarios y sociales⁹⁻¹², lo que hace del MA un verdadero problema de salud.

Determinadas instituciones sociosanitarias definen el concepto y tipos de MA y han elaborado guías de actuación frente a él¹³⁻¹⁷. No obstante, siguen estando poco delimitadas las funciones y las responsabilidades de cada uno de los agentes sociales implicados (sanidad, justicia, administraciones...).

Siendo conscientes de esta realidad, las sociedades y las instituciones se han preguntado cuál es la percepción del MA de los profesionales¹⁸ pero a nosotros nos preocupaba la respuesta generada por los sanitarios de atención primaria (AP), puerta de entrada al sistema sanitario y social del MA reconocida como tal por la OMS y la INPEA⁵.

Ello llevó a diseñar el presente estudio con el siguiente objetivo: identificar las opiniones de los médicos y enfermeras de AP sobre el MA y su abordaje en este ámbito.

Pensamos que averiguar la opinión de los sanitarios de AP sobre qué consideraban maltrato, en qué situaciones se reconocía, sus causas y su capacidad de respuesta frente al mismo, podría proporcionarnos un punto de partida sobre el que elaborar estrategias de mejora.

Para ello, planteamos la investigación desde una perspectiva cualitativa, la más idónea a nuestro entender para conseguir nuestro objetivo¹⁹⁻²⁴.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio cualitativo mediante grupos focales. Se decidió emplear esta técnica conversacional

dado que la interacción en el grupo estimula la aparición de todas las dimensiones del problema, se obtiene información de validez subjetiva de varias personas a la vez, y es una técnica rápida y poco costosa²⁵.

Se desarrolló en la comarca del Baix Llobregat (Barcelona) durante 2004, y se dedicó al trabajo de campo los meses de marzo a junio.

Decidimos recabar la información de equipos de AP de nuestra misma zona, que atienden a un tipo de población de características sociodemográficas similares a la nuestra. El perfil de los profesionales era también equiparable al del equipo investigador.

A través de un informante privilegiado (miembro del equipo de dirección que tiene estrecho contacto con todos los equipos de la zona) seleccionamos 3 equipos que a juicio de éste, podrían estar más predispuestos a participar en el estudio. Siguiendo el mismo criterio, seleccionamos al estamento de facultativos de un equipo, al de enfermería de otro y a ambos del tercero, de forma que nuestro estudio partiría inicialmente de 4 grupos focales (2 de médicos y 2 de enfermería). La decisión de separar facultativos de enfermería se basó en la posible existencia de discursos diferentes entre ambos estamentos. Enviamos una carta personalizada a todos los miembros de los estamentos y equipos seleccionados, explicándoles el objetivo del estudio e invitándoles a participar en los grupos focales. Asimismo, contactamos con el equipo de dirección de dichos equipos para fijar día, hora y espacio físico donde se realizarían las entrevistas, de forma que se pudieran efectuar en horario laboral y en el propio centro de cada equipo, sin interferir la actividad de éstos. Dos días antes de la fecha prefijada se efectuó una confirmación telefónica de la reunión al equipo de dirección de los centros.

Se realizaron un total de 4 entrevistas, de entre 60 y 90 min de duración. Habiéndose efectuado la convocatoria a todos los miembros de los estamentos seleccionados, de forma voluntaria se presentaron a las respectivas reuniones 7 y 5 personas, respectivamente, en los grupos de facultativos (GFM1 y GFM2), 4 varones, de un total de 14 y 12 convocados, y 9 y 6 de un total de 12 y 9 convocados en los de enfermería (GFE1 y GFE2), todas mujeres, de entre los que en ese momento no estaban realizando otras actividades (domicilios, urgencias...). El contenido de las entrevistas fue registrado mediante vídeo y/o grabación de audio. En todos los casos se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los contenidos de las entrevistas. Además de los entrevistados, en los grupos participó un moderador y 2 observadores que tomaban notas y atendían a los medios audiovisuales empleados, todos miembros del equipo investigador.

Una vez efectuada la transcripción literal de los registros, y a través de sucesivas lecturas, conseguimos una visión global, anotando las diversas ideas que sur-

gían, y que pudieran ser de utilidad en las siguientes fases de análisis. Se partió de un guión inicial de categorías, elaborado a partir de los objetivos del estudio y de la bibliografía consultada, que se fue modificando y ampliando a medida que se iban identificando nuevos temas. Al mismo tiempo, se fragmentaron los textos en «unidades básicas de registro». Posteriormente, se recompuso la información, asignando cada «unidad básica de registro» a las diversas categorías previamente definidas. Finalmente, dichas categorías se «depuraron» hasta establecer un sistema organizativo satisfactorio. El uso de un código para cada participante permitía seguir su discurso de forma ordenada.

Dada la redundancia de la información obtenida, se consideró que se había conseguido la saturación de información, por lo que se rechazó la posibilidad de ampliar el número de entrevistas. No se utilizó soporte informático para la elaboración de dicha información, dado que la utilidad de los programas estadísticos específicos (Atlas-ti, WinMAX...) se dirige especialmente a los análisis en que se maneja un número elevado de entrevistas, que no es el caso del presente trabajo.

Resultados

En el discurso de los grupos se encontraron estructuras semánticas comunes en todos ellos, que abordaban el concepto y los tipos de maltrato, las situaciones en que aparecía y las dificultades de su abordaje, de las que a continuación señalamos las principales. Las citas textuales más significativas de los entrevistados aparecen en las tablas 1-3.

Concepto y tipos de maltrato al anciano

De entre todos los tipos de maltrato, los participantes consideraron el maltrato psicológico como el más común sufrido por los ancianos, ejercido tanto por las personas de su entorno, en forma de menosprecio, infantilización, aislamiento social, como por el propio sistema, considerándolos una carga social, dada su improductividad. Determinadas situaciones habituales en nuestra sociedad, como los cambios de domicilio periódicos («abuelos mochila») se consideraban una forma de maltrato psicológico en caso de ser mal aceptados por el anciano. En cambio, si eran bien aceptados, se consideraba un «mal menor», alternativa a que el anciano no autónomo viviera solo.

Otra forma frecuente de maltrato reconocida por los participantes fue la de tipo económico. Una presentación habitual es el uso que se hace de los ancianos como «abuelos esclavos» y que genera situaciones estresantes. No obstante, un aspecto positivo de estas si-

Tabla 1. Citas textuales (verbatim) significativas en torno a algunos tipos de maltrato al anciano

- ... Pues muchas veces están maltratados porque van tres meses aquí y tres meses allá... y realmente no están a gusto. O sea, no están acogidos en ninguna casa ni tienen ninguna identidad. Y esta gente está maltratada, porque los ves allí, los yayos, pero están como un mueble (GFM2. Profesional 1)
- Una cosa que se me ocurre, también, es el tema de la sobrecarga, estresante, brutal que llevan algunos abuelos con el cuidado de los nietos. Eso ya es una cosa... brutal (GFM1. Profesional 1)
- ... Y a veces hablamos de maltrato como una actuación. No es por la actuación sino por la falta de actuación, un poco por dejar los cuidados básicos; o da igual la alimentación, y a veces te encuentras que les ponen unos platos que piensas que el abuelo no se los puede comer, y a veces el maltrato es eso, una falta de trato como debería o como requiere... (GFM1. Profesional 4)
- Bueno, a veces están los que se maltratan ellos mismos que también los hay... el típico abuelo que le propongan lo que le propongan los hijos no acepta nada (GFE1. Profesional 7)
- ... Lo que pasa es que muchas veces les quitan el poder de decidir ellos lo que tienen que hacer y deciden por ellos (GFE1. Profesional 5)
- Yo no he visto maltrato físico personalmente (GFM1. Profesional 2)

GFM: grupo focal de médicos; GFE: grupo focal de enfermería.

Tabla 2. Citas textuales (verbatim) significativas en torno a los factores de riesgo de maltrato al anciano y sobre el perfil del maltratador

- Factores económicos... alcohólicos... Si hay adicciones en la familia. Quien tiene un hijo alcohólico, drogadicto o enfermo mental... un hijo u otra persona... en todo ello si que hay mucho riesgo (GFE1. Profesional 5)
- En los físicos, sí que normalmente son personas que no están bien psicológicamente, ahora los psíquicos claro, si contamos que son los que no llaman a los padres, no se preocupan un poco por el egoísmo de estar tranquilos, es diferente, ¿no? Puede ser cualquier persona. Podemos ser cualquiera (GFM2. Profesional 5)

GFM: grupo focal de médicos; GFE: grupo focal de enfermería.

tuciones sería proteger al anciano del aislamiento social y la soledad. También se consideraron las acciones para obtener propiedades o bienes (pensión...) por parte de familiares y cuidadores.

La negligencia (desatención al anciano) se asoció en gran medida al concepto de involuntariedad del cuidador, de forma que era la mayoría de las veces una consecuencia inevitable del estilo de vida actual (actividad y horarios laborales de los cuidadores, recursos insuficientes, falta de formación y de soporte...). En otras ocasiones es el propio anciano el que, al negarse a reconocer sus limitaciones, se autoinflige el maltrato.

Los participantes también habían vivido situaciones de abandono al anciano (desentendimiento absoluto del cuidado).

Tabla 3. Citas textuales (verbatim) significativas en torno al abordaje del maltrato al anciano desde atención primaria

Respecto a detección e intervención

– ... Es difícil verlo incluso en la consulta y luego demostrarlo, y nos tapamos cantidad de veces con una venda los ojos, no detectamos... (GFM1. Profesional 1)

– El problema es cuando sospechas el físico. ¿Qué puedes hacer? Porque si no tienes pruebas, ¿qué haces? (GFM2. Profesional 1)

Respecto a las necesidades y recursos

– ... De ayudar a que la persona pueda tomar conciencia de la situación por una parte. ... y después... nosotros poderles dar soporte. Si tuviéramos más formación y supervisión, creo que sí, desde la atención primaria, éste sería el papel: detección, orientación, concienciación sobre el tema y derivación en según qué casos (GFE2. Profesional 3)

– ... Y luego ya el remedio depende de los recursos que tengas a mano, ¿no? Porque si no tienes la solución... pues nos quedaremos ahí, ¿no? Está maltratado, pero qué haces... (GFM2. Profesional 2)

– Hay ocasiones que parece que te tienes que llevar tú al abuelo, vas al domicilio y de verdad, el abuelo está allá, la familia es que... es lo que hay, y también quieren que las ayudas lleguen ya, y tampoco puede ser. Las ayudas de residencia necesitan un tiempo y llega un momento que dices, ¡bueno! (GFM1. Profesional 2)

GFM: grupo focal de médicos; GFE: grupo focal de enfermería.

Se consideró habitual que los familiares tomaran decisiones sobre cuestiones personales del anciano sin hacerlo participar de ellas, si bien esta práctica no se consideraba como un auténtico maltrato si no contravenía de forma manifiesta la voluntad de un anciano cognitivamente capaz.

Los abusos físicos y sexuales no se reconocían como problemas prevalentes en AP, y se consideraba su existencia casi anecdótica, aunque se contemplaba un posible infradiagnóstico de estas situaciones.

Factores de riesgo que favorecen las situaciones de maltrato

Entre los factores de riesgo apuntados por los entrevistados, eran especialmente relevantes los cambios culturales y sociales que han modificado el modelo familiar, que dificultan las posibilidades de prestar atención a los ancianos. Ello conlleva la aparición de una nueva figura en las familias, el cuidador formal (contratado), que para algunos participantes podría suponer un incremento del riesgo de MA, sobre todo si proceden de otras culturas con costumbres y escalas de valores diferentes a las de la persona cuidada.

También la desestructuración familiar, la drogadicción y las relaciones conflictivas previas, así como el anciano que había sido un maltratador o había desa-

tendido a sus familiares, se apuntaron como situaciones de riesgo de MA.

El cuidador con dificultades económicas o personales, o que «no puede más» después de haber atendido durante años a un anciano dependiente, el cuidador anciano (pareja normalmente), el hijo discapacitado que comparte el domicilio y que ejerce como cuidador fueron variables reconocidas como situaciones de riesgo. También el anciano que no reconoce sus dependencias ni su propia vejez, que culpabiliza a los demás e infravalora los cuidados que recibe, genera una situación de tensión que fue considerada favorecedora de MA.

Quién maltrata

En el caso de los abusos (físico, sexual, económico...), en opinión de los participantes, el perfil del maltratador respondía a una persona con problemas psiquiátricos, de adicciones (alcohol u otras drogas) o bien económicos. En la negligencia y el abandono, no definieron un perfil concreto: podría ser cualquier persona que no quiere o no puede dedicar tiempo a la atención de las necesidades básicas de una persona mayor de la cual es responsable.

Cómo actuar frente al problema

Las dificultades detectadas son múltiples. Entre ellas destacaron la poca experiencia y formación frente a situaciones de valoración compleja, ante las que el profesional se siente inseguro, moviéndose entre la objetividad de los hechos, la subjetividad de cómo son vividos por los implicados y la intimidad de las familias. Ante tales dificultades, los participantes reconocieron desinterés, en ocasiones inconsciente («venda en los ojos»), dada su impotencia para confirmar las sospechas. También para la intervención manifestaron su falta de formación, y se distinguían claramente 2 tipos: una preventiva, sobre las situaciones de riesgo, y otra cuando el maltrato ya se había producido. En general, se sentían obligados a intervenir en las situaciones graves, contemplando la denuncia judicial, que se valoraba como una actitud valiente pero poco resolutiva, además de una fuente de problemas, ya que podía empeorar una relación conflictiva. Otra actuación posible era delegar en los servicios sociales.

Aunque en casos flagrantes de MA potencial o consumado consideraban que su intervención podía ser efectiva, manifestaban sus limitaciones frente a situaciones menos graves y actuaciones preventivas.

Se puso de manifiesto que las responsabilidades no asumidas por los familiares eran desplazadas hacia los profesionales.

Había consenso en que en la actualidad los recursos sociales son insuficientes, lo que limitaba las posibilidades de intervención y hacía infructuosa la detección. Entre los recursos necesarios, unos eran de tipo sociosanitario, como el factor básico para prevenir e intervenir, y otros de tipo estructural, como un buen nivel educativo y económico de la población y una sociedad que contemple más las necesidades de los ancianos.

La formación, la supervisión y el asesoramiento de los profesionales orientada a capacitarlos en el manejo del problema se consideró también un recurso necesario. La idea de que el abordaje del maltrato es un problema social que no depende en exclusiva de los sanitarios era universal. No obstante, se consideró que con apoyos externos y bien coordinados, la AP podría actuar de manera eficaz en situaciones de maltrato.

Discusión

Optamos por una técnica cualitativa mediante grupos de discusión por considerarla adecuada para nuestro objetivo, ya que es idónea para la comprensión en profundidad del fenómeno investigado, explorando el punto de vista de los propios sujetos implicados en cuanto a opiniones y actitudes²⁶. En este sentido, nos planteamos como limitación de nuestro trabajo el posible sesgo resultante de conocerse previamente los participantes de los grupos, ya que pertenecían todos ellos al mismo estamento y centro de trabajo, lo que implica una serie de relaciones previas al establecimiento de dichos grupos²⁷⁻²⁹. Otra limitación de nuestro trabajo también recae en el muestreo efectuado ya descrito en el apartado de metodología, opinático para la selección de los centros y voluntario para los participantes de cada centro. El motivo de no efectuar un muestreo teórico, más adecuado para facilitar la visión del fenómeno estudiado desde un abanico de puntos de vista más amplio, se debió a dificultades organizativas. No obstante, puesto que lo que se pretendía era una exploración en nuestro medio de los actores directamente en contacto con los ancianos potencialmente víctimas de maltrato, consideramos que la muestra obtenida cumplía plenamente esta característica, lo que nos hace pensar que los resultados obtenidos puedan ser transferidos o aplicarse a otros sujetos o contextos similares a los del presente estudio³⁰. Al contrario, el hecho de que sólo se haya tenido en cuenta la visión del problema desde AP, y contemplando el MA sólo en el ámbito doméstico, hace que los resultados no puedan generalizarse a otros profesionales y a otros ámbitos de estudio (p. ej., ancianos institucionalizados).

Los profesionales participantes demostraron tener un alto nivel de conocimiento de la problemática, ajus-

tándose en gran medida a los conceptos, los tipos y los factores de riesgo recogidos en la literatura médica³¹. Se mostró innecesaria la decisión de separar médicos y enfermeras, fundamentada en la posible existencia de discursos diferentes, que no se apreciaron entre ambos estamentos.

Hay que resaltar la asociación que muchos profesionales establecían entre los conceptos de maltrato y voluntariedad, de forma que no se podía considerar la existencia de éste si no había voluntariedad. Este aspecto, aunque importante desde el punto de vista legal, no está universalmente contemplado para definir la existencia o no de maltrato³².

Tal como se refleja en la literatura médica, los profesionales consideraron los maltratos psicológico y económico³³ como más prevalentes, que entre ambos constituyen el grueso del problema, aunque los recientes cambios sociales han hecho cobrar cada vez más protagonismo a los casos de negligencia³⁴.

Es interesante resaltar los aspectos polémicos que reflejan situaciones controvertidas en torno al MA. La rotación periódica de los ancianos entre varios cuidadores («abuelo golondrina o mochila») ¿es maltrato psicológico o, por el contrario, una forma de evitar la soledad? La responsabilidad en el cuidado de la casa y los nietos («abuela esclava») ¿es un tipo de maltrato económico o, por el contrario, una forma de protegerles de la improductividad? Creemos, al igual que los participantes, que no hay una respuesta universal a estas cuestiones, sino que hay que individualizarlas según las vivan los implicados en cada caso, pero, desde nuestro punto de vista, estos aspectos han aflorado en las entrevistas por influir en el trabajo cotidiano de los profesionales sanitarios.

Los participantes resaltaron la dificultad real para satisfacer las necesidades básicas de los ancianos que manifiestan actitudes hostiles o claramente egocéntricas, planteándose dudas respecto al grado responsabilidad familiar para atender dichas necesidades, así como si su claudicación en esas situaciones podía ser catalogada como negligencia o abandono.

Respecto a los factores de riesgo para sufrir maltratos, sorprende que el grado de dependencia de la víctima se haya considerado sólo en relación con la personalidad o el grado de agotamiento del cuidador, coincidiendo con las revisiones actuales sobre los factores de riesgo³¹.

También queda claro en los grupos que los aspectos socioculturales actuales facilitan la existencia de MA, en especial la negligencia, para la que no hay un perfil concreto de maltratador (puede serlo cualquiera de nosotros).

Detección, intervención y recursos disponibles eran conceptos fuertemente asociados por los profesionales, que se condicionaban entre ellos, de forma que era imposible analizar cada uno de ellos aisladamente sin tener

en cuenta los otros. Quedó patente la dificultad para detectar y confirmar los casos en los que había una sospecha de MA, aspecto aún no resuelto, sobre el que diversos autores han trabajado, creando escalas y listados de indicadores de sospecha y de diagnóstico de MA para AP^{35,36}. Nos sorprendió que entre los participantes no se plantearan dudas o inquietudes acerca de los aspectos de responsabilidad legal, tan contempladas en otros ámbitos asistenciales, así como en otros tipos de violencia doméstica (infantil, de género...), lo que a nuestro juicio es un aspecto más que refleja la indefinición de responsabilidades en estas situaciones.

Como conclusión, pensamos que este estudio ha contribuido a conocer la idea que del MA tienen los profesionales sanitarios de nuestro entorno. Aunque demostraron un buen conocimiento del problema, se puso de manifiesto la necesidad de establecer pautas consensuadas para aumentar sus capacidades de detección e intervención sobre él. También se han puesto de manifiesto las indefiniciones respecto a las funciones, las carencias de recursos y, en definitiva, las dificultades en la delimitación de responsabilidades en el abordaje del MA. No obstante, cabe resaltar que los profesionales se consideraron a sí mismos un recurso de actuación y en ningún caso rehuyeron su implicación.

Es necesario profundizar en el conocimiento del MA y, en este sentido, numerosas instituciones de ámbito internacional y nacional³⁷ están trabajando para conseguir avanzar en aspectos teóricos y prácticos que ayuden a delimitar las funciones y las responsabilidades entre los profesionales sanitarios, los servicios sociales, la familia y la sociedad, y mejoren el abordaje de un problema de salud emergente que habrá que tener cada vez más en cuenta a la hora de planificar los recursos.

Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. Proyecciones de población calculadas a partir del Censo del 2001. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Saralegui J, Seoane P. La familia española según el Panel de Hogares de la Unión Europea. *Revista Fuentes Estadísticas*. 1999;37. Disponible en: <http://www.fuentesestadisticas.com>
- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la OMS, 2002. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/informe-OMS.pdf>
- The National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS), Final Report. Prepared for the Administration on Aging in collaboration with Westat, Inc., 1998. The National Center on Elder Abuse (NCEA) American Public Welfare Association (NCEA) 1996. Disponible en: <http://www.elderabusecenter.org/>
- World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Genève: WHO; 2002.
- Bazo Royo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontolo*. 2001;36:8-14.
- Tabueña Lafarga CM, Coma Solé M, Orfila Pernas F, Muñoz Irazo J, Moreno A. Estudi sobre el maltractament de les persones d'edat avançada. *Barcelona societat /13. Revista d'informació i estudis socials*, 2005;13:177-88.
- Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.
- Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The Mortality of elder Mistreatment. *JAMA*. 1998;280:5:428-32.
- Schnabel A, Niess C, Schmidt K, Kauert G, Bratzke H. Zum Tod im Senioren-/Pflegeheim aus rechtsmedizinischer Sicht. Death in homes for the aged/nursing homes from the legal medicine viewpoint. *Archiv für Kriminologie*. 2001;208:42-7.
- Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:885-8.
- Las personas mayores dependientes en España: análisis de la revolución futura de los costes asistenciales. Barcelona: Centre de recerca en Economia i Salut-CRES. Edad & Vida; 2000.
- Arvanis SC, Adelman RD, Bredkman R, et al. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association; 1996.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:387-96.
- Grupo de Expertos del PAPPS. Maltratos a los ancianos. *Aten Primaria*. 2003;32 Suppl 2:77-101.
- Lachs MS. Screening for family violence: what's an evidence-based doctor to do? [editorial]. *Ann Intern Med*. 2004;140:399-400.
- Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2000;26:436-43.
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39:240-54
- Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. *Analysing qualitative data*. *BMJ*. 2000;320:114-6.
- Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier; 2003. p. 224-49.
- Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*. 1999;23:496-502.
- Jaye C. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. *Fam Pract*. 2002;19:557-62.
- Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2.^a ed. Thousand Oaks CA: Sage; 2000.
- Pope C, Mays N. *Qualitative Research in Health Care*. London: BMJ Books; 2000.
- García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. 2000;25:181-6.
- March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit*. 1999;13:312-9.
- Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis psicológica; 1994. p. 287-316.

28. Ibáñez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad; 1990. p. 489-501.
29. Alonso LE. Entre el pragmatismo y el pansemilogismo. En: La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998. p. 57.
30. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. Aten Primaria. 1999;24:295-300.
31. Lachs MS, Pillermer K. Elder abuse. Lancet. 2004;364:1263-73.
32. Gibbons S, Lauder W, Ludwick R. Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. Int J Nursing Terminologies Classifications. 2006;17:1-10.
33. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. J Elder Abuse & Neglect. 1992;4;11:5-58.
34. Pavlik VN, Hyman DJ, Nicolo A, Festa MSW, Dyer CB. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of a statewide database. J Am Geriatr Soc. 2001;49:1-45.
35. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Aten Primaria. 2006;37:56-8.
36. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). Aten Primaria. 2006;37;114-5.
37. Malos tratos a las personas mayores: guía de actuación. Madrid: IMSERSO; 2005.

SE BUSCAN

Revisores externos para GACETA SANITARIA.
Queremos ampliar y renovar nuestra base de datos de revisores. Si estás interesado regístrate en el EES: <http://ees.elsevier.com/gaceta>