

# Monografies

## ESTUDI SOBRE EL MALTRACTAMENT A LES PERSONES D'EDAT AVANÇADA

C.M. TABUEÑA LAFARGA, Escola Universitària de Treball Social de la Universitat de Barcelona

M. COMA SOLÉ, metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitària

F. ORFILA PERNAS, metge especialista en Epidemiologia i Salut Pública

J. MUÑOZ IRANZO, advocat

A. MORENO, treballadora social

### Introducció

En el nostre país, a la dècada dels anys vuitanta es va donar una presa de consciència respecte als maltractaments a la infància i l'adolescència; durant els anys noranta va ser la violència de gènere la que va centrar l'atenció, i creiem que, ara, als inicis d'un nou mil·lenni, serà la violència i l'abús que pateix la gent gran el que rebrà tot l'interès, tant de la comunitat científica com dels professionals, de la política social i de la societat en general. Ha de deixar de ser un problema invisible.

El maltractament i la violència contra la gent gran es poden trobar de moltes formes: física, psíquica, sexual, econòmica, negligència, autonegligència, abandonament i vulneració dels drets (civils, penals i administratius), i es produeix en totes les esferes socials, econòmiques, ètniques i geogràfiques. Els àmbits on es poden produir són el familiar, l'institucional i el comunitari.

Certament, desconeixem la magnitud del problema; els estudis realitzats en entorns socioculturals semblants donen una prevalença d'entre l'1% i el 4%, que és la que assumim com a aplicable al nostre medi ja que no tenim estudis propis que ens indiquin la descripció del que està passant.

Hi ha un debat constant en la comunitat científica referent al tema de les definicions i les tipologies del maltractament referides a la gent gran, motivat per la gran dificultat que representa arribar a un consens a causa de la seva multifactorialitat. En aquest estudi hem decidit accep-

tar la definició següent de maltractament en l'àmbit de la gent gran: "Tot acte o omissió sofert per persones grans en el medi familiar, en la comunitat o en institucions, que vulneri o posi en perill la seva integritat física, psíquica, sexual o econòmica, fins i tot el principi d'autonomia i altres drets fonamentals, constatable objectivament o percebut subjectivament per la persona." (Declaració d'Almeria, 1995).

Respecte a les tipologies del maltractament, hem fet servir les definicions estandarditzades pel National Center of Elder Abuse.

1. *Abús físic.* És l'ús de la força física que ocasiona ferides, dolors o lesions corporals. Inclou atacs amb o sense objecte (cops, empentes, cremades, bufetades, sacsejades, punxades, puntades, talls), l'ús inadequat de fàrmacs, l'alimentació forçada, els confinaments i restriccions amb mesures no adequades, i els càstigs físic de qualsevol tipus.

2. *Abús sexual.* Tot contacte sexual sense consentiment. Inclou violació, tocaments, atemptats contra el pudor com fer anar la persona despullada, assetjament, pornografia (com ara fer-li fotografies). Es considera abús sexual qualsevol contacte sexual amb una persona gran incapaç de donar el consentiment.

3. *Abús psicològic o emocional.* És causar angoixa, patiment o estrès. Inclou agressions verbals repetides, amenaces, intimidacions, humiliacions i persecucions, i també qualsevol privació que denigri la persona, fereixi la seva dignitat o l'autoestima, com no parlar-li o aïllar-la d'amis-

tats, o privar-la d'activitats habituals, o reforçar l'aïllament social. Així mateix s'inclou la infantilització.

4. *Abús econòmic o explotació.* És l'ús il·legal o indegut de propietats o finances o possessions. Inclou falsificacions de la signatura i malversació de fons, modificacions forçades del testament o documents jurídics, enganys, frau i furt, robatoris comesos per persones de confiança o acords poc equitatius respecte a la transmissió de béns.

5. *Negligència.* És no atendre les necessitats de la persona gran. Pot ser intencionada o no intencionada per manca de capacitat, informació, interès o recursos. Inclou no atendre les necessitats bàsiques de salut, roba, higiene personal, alimentació, habitatge, seguretat, confort, i el no compliment dels deures fiduciaris d'una persona (com pagar el lloguer, etc.). També es considera negligència la sobremedicació o la inframedicació.

6. *Autonegligència.* És el comportament d'una persona gran que amenaça la seva pròpia seguretat o salut, com la negació a proporcionar-se roba, aliments, abric, higiene o medicació quan està indicada. Queden excloses les situacions en què una persona gran competent pren de manera conscient aquesta decisió voluntàriament (encara que sigui per cridar l'atenció).

7. *Abandonament.* És la deserció per part del cuidador o cuidadora que té cura i custòdia de la persona gran i la desempaïllament voluntàriament.

8. *Vulneració dels drets.* És la manca de respecte a la intimitat i a les seves pertinences, la falta de consideració dels desigs

i decisions, els tractes discriminatoris i desconsiderats, i l'isolament.

Les conseqüències a llarg termini dels maltractaments de la gent gran poden ser determinants i molt diverses; entre d'altres, danys físics i psíquics definitius i irreversibles, tendència a la claudicació i per tant a l'autonegligència i l'abandonament personal, temptatives suïcides, pors patològiques i ansietat. Per tant, la prevenció i el suport, així com la intervenció necessària, psicològica, social, sanitària i jurídica, han de ser eficients, ràpids i dotats dels recursos necessaris per donar aquesta resposta.

L'Administració local necessita tenir coneixements reals de la situació concreta que afecta una part de la seva ciutadania, a fi d'elaborar i establir programes de prevenció i intervenció, serveis i altres dispositius que es considerin fonamentals per afrontar aquestes situacions que afecten les persones grans del seu territori.

## Objectius

Els objectius plantejats van ser els següents:

- La descripció de les característiques principals associades a les situacions detectades i tipificades com a maltractament a les persones grans que viuen al domicili, així com les situacions de sospita, per part dels professionals dels serveis socials i sanitaris d'atenció primària, i sociosanitaris, de diferents zones de la ciutat de Barcelona.

- La sensibilització i formació de professionals sobre la problemàtica del maltractament envers la gent gran, i la potenciació del treball interdisciplinari.

La possibilitat d'estimar les prevalències i incidències dels casos de maltractament en el nostre entorn quedava fora de l'abast d'aquest estudi, que es basava en l'anàlisi dels casos aportats pels serveis socials i de salut.

## Metodologia

Es va fer un estudi descriptiu de casos de maltractament o sospita de maltractament en gent gran que viu al domicili durant l'any 2002.

### Àmbit d'estudi

L'estudi es va emmarcar en dos territoris elegits i ben diferenciats com són el Districte de Sant Martí amb tots els seus barris, i el barri de Sant Gervasi de Cassolles, que pertany al Districte de Sarrià-Sant Gervasi.

### Població d'estudi

Persones de 65 anys o més que viuen en el domicili i que hagin estat considerades víctimes de maltractament domèstic, o que hi hagi la sospita de possible maltractament domèstic, pels professionals dels serveis socials o sanitaris d'atenció primària, els programes d'atenció domiciliària - equips de suport (PADES) i Càritas Diocesana de Barcelona dels districtes elegits.

S'estudien tots els casos que hagin estat vigents durant l'any 2002, amb expedient tancat o que roman obert. Queden exclosos els casos procedents d'institucio-

nalització (residència per a la gent gran o centre sociosanitari), i també els que provenen d'un àmbit territorial que no sigui el delimitat a l'estudi.

## Variables

Els diferents tipus de maltractament inclosos són: abús físic, abús psicològic, abús sexual, abús econòmic, negligència, autonegligència, abandonament i vulneració dels drets. Es considera cas la presència de com a mínim una de les tipologies descrites, tant confirmades com sospitades.

Les altres variables estudiades són: el circuit de detecció del maltractament, les característiques de la víctima (sociodemogràfiques, suport social, utilització de serveis sociosanitaris, vulnerabilitat física, psíquica o emocional, dades d'incapacitació jurídica i denúncies), les dades de la persona cuidadora principal, si n'hi ha, i les característiques de la persona agressora.

S'inclou un apartat de relat descriptiu que parteix d'un guió de preguntes bàsiques —escrit pel professional que aporta el cas— que fan referència al lloc, la freqüència, la durada, les relacions i circumstàncies en les quals es produeix el maltractament, els antecedents de conflictes no resolts entre la persona víctima i la persona agressora, o de violència intrafamiliar, si hi ha circumstàncies de pobresa extrema en relació amb l'entorn, les intervencions fetes fins al moment i l'accessibilitat i viabilitat de la intervenció plantejada, amb la valoració dels problemes associats a l'abordatge del maltractament.

També es recullen en les actes de les reunions amb els professionals, les opinions, observacions i impressions de les persones que han fet l'estudi, els problemes en la recollida de les dades i altres aspectes de relació que conformen l'aparatge de l'abordatge dels casos de maltractament per part de les persones que hi treballen.

#### Fonts d'informació i recollida de les dades

Per tal d'abastar totes les possibles fonts on es detecten casos de maltractament, s'ha buscat la col·laboració dels serveis següents: els serveis socials d'atenció primària, els serveis d'atenció primària de salut, PADES, Càritas i les empreses de contractació de les treballadores i treballadors familiars que treballen per als Serveis Socials d'Atenció Primària. Els professionals que van estar d'acord a participar-hi van rebre la formació específica. L'equip de recerca va elaborar un protocol per la recollida de dades. Després de la formació, en tots els grups es va treballar el document de recollida de dades a fi de garantir tant la idoneïtat en la formulació com la seva comprensió. Les correccions acordades es van incorporar al formulari a fi d'obtenir el model definitiu que havien d'emprar els mateixes persones que participaven en l'estudi.

El professional que treballava el cas és qui va omplir els fulls de recollida de dades, basant-se en la història social, clínica o de vida del cas. Una treballadora social experta en maltractaments revisà

tots els qüestionaris i, quan va caldre, va complementar la informació precisada, juntament amb el professional de referència.

#### Resultats

El nombre de casos de maltractaments detectats i vigents durant l'any 2002 al barri de Sant Gervasi de Cassoles i el Districte de Sant Martí ha estat de 178, dels quals el 84,8% pertanyia a aquest darrer.

Els casos treballats havien estat detectats majoritàriament pels serveis socials en el seu conjunt, encara que al barri de Sant Gervasi va ser el recurs sociosanitari del PADES qui en detectà més. La detecció dels maltractaments per part de persones no professionals o de la mateixa víctima, familiars o altres, va ser del 8,5% dels casos, tal com es pot veure a la taula 1.

#### Confirmació o sospita de maltractaments

En cada persona estudiada es pot trobar més d'un maltractament a la vegada, i aquests poden ser confirmats o sospitats. La població estudiada es va distribuir de la forma següent:

- *Casos confirmats*: el maltractament confirmat es va trobar en 108 persones (el 60,6% dels casos analitzats). D'aquests, un 20,2% presentava també sospita d'algun altre tipus de maltractament.

- *Casos sospitats*: de sospites de maltractament pendents de confirmació es van trobar 70 casos (el 39,3%).

#### Tipologies presents

Els diferents casos de maltractaments presents poden ser confirmats o sospitats.

**Taula 1.**  
**Detecció de casos confirmats o sospitats de maltractaments a persones majors de 65 anys. Districte de Sant Martí i barri de Sant Gervasi de Cassoles. Barcelona, 2002**

Agent detector	Barri de Sant Gervasi de Cassoles	Districte de Sant Martí	Total
<b>No professionals</b>			
La mateixa víctima	3 (11,1%)	5 (3,3%)	8 (4,5%)
Familiars de la víctima	1 (3,7%)	5 (3,3%)	6 (3,4%)
Altres no professionals	—	1 (0,7%)	1 (0,6%)
<b>Professionals</b>			
Serveis socials d'atenció primària	4 (14,8%)	132 (87,5%)	136 (76,4%)
Serveis de salut d'atenció primària	1 (3,7%)	7 (4,6%)	8 (4,5%)
PADES	17 (63%)	—	17 (9,6%)
Hospital	—	1 (0,7%)	1 (0,6%)
Càritas Diocesana de Barcelona	1 (3,7%)	—	1 (0,6%)
<b>Total</b>	<b>27 (15,2%)</b>	<b>151 (84,8%)</b>	<b>178</b>

PADES: programes d'atenció domiciliària - equips de suport.

La seva distribució per tipus queda reflectida a la taula 2.

Si tenim en compte conjuntament els casos confirmats i els sospitats, l'autonegligència és el tipus de maltractament més freqüent, seguit de la negligència, i tots dos sumen el 85,4%. A continuació hi ha el maltractament psicològic, que és el 43,3%, la vulneració de drets, amb el 23,6%, i l'econòmic, amb el 17,4%, per davant del mal tractament físic, amb el 16,9%.

Cal destacar que el 62,4% de les víctimes presenta més d'un tipus de maltractament alhora.

#### Característiques de les víctimes

- *Sexe*: femení en el 74,7% dels casos.
- *Mitjana d'edat*: 78,9 anys. No s'han trobat diferències d'edat segons el sexe.
- *Estat civil*: el 49% són persones vídues, el 34,3% casades i el 9,6% solteres.
- *Convivència*: viuen amb la família un 64,6%, amb un cuidador o cuidadora no familiar un 4% i sols o soles un 31,5%.

- *Domicili*: viuen en el domicili propi el 67%.

- *Residència*: el 93,8% tenen residència fixa.

- *Ingressos*:
  - El 93% cobren pensions.
  - Es desconeixen els ingressos anuals del 26% dels casos.

- Els ingressos anuals dels casos de qui tenim dades són iguals o inferiors a 6.000 euros en un 60%.

- *Prestació social*: el 17,4% reben alguna prestació social.

- *Suport social*: el 85,4% compten amb algun suport social.

- *Medicació*: el 83% dels casos prenen més de quatre medicaments al dia.

- *Vulnerabilitat*:
  - Física, el 83,2%.
  - Emocional, el 82%.
  - Psicològica o mental, el 63%.

- El 96,6% presenta algun tipus de vulnerabilitat.

- Hi ha 6 persones (3,4%) que no tenen cap tipus de vulnerabilitat detectada.

- Hi ha 86 persones (49%) que pateixen els tres tipus de vulnerabilitat.

- *Intervenció jurídica*:
  - Amb denúncia o en processos judicials, el 5,6%.

- Amb incapacitació jurídica o en procés, el 5%.

#### Característiques de les víctimes per tipus de maltractaments

Al'hora de relacionar les característiques de la víctima amb el tipus de maltractament (vegeu la taula 3), s'exclou l'abús sexual perquè només hi ha un cas sospitat en una dona de vuitanta anys i amb vulnerabilitat física, psíquica i emocional.

Pel que fa al sexe de la víctima, hi ha més proporció de dones en els maltractaments físic, psicològic, econòmic i negligència. L'edat de la víctima és superior a la de la resta en els casos de maltractament amb negligència, abandonament o vulneració de drets. La vulnerabilitat física es troba amb més freqüència en els casos de negligència, abandonament i maltractament econòmic. La vulnerabilitat psíquica es dona més sovint en els maltractaments físics, psicològics, econòmics, negligència i abandonament. La vulnerabilitat emocional és més freqüent en tots els tipus de maltractament menys en l'abandonament.

Com a diferències estadísticament significatives, destacaríem la mitjana d'edat més alta dels casos de negligència i abandonament, més vulnerabilitat física en els casos de negligència, més vulnerabilitat psíquica en els casos de maltractament físic, psicològic, negligència o abandonament, i més

**Taula 2.**  
Casos confirmats o sospitats de maltractaments a persones majors de 65 anys segons la tipologia. Districte de Sant Martí i barri de Sant Gervasi de Cassoles. Barcelona, 2002

Tipologia de maltractaments	Casos confirmats	Casos sospitats	Total
Físic	19 (10,7%)	11 (6,2%)	30 (16,9%)
Sexual	0	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Psicològic	34 (19,1%)	43 (24,2%)	77 (43,3%)
Econòmic	15 (8,4%)	16 (9,0%)	31 (17,4%)
Negligència	68 (38,2%)	30 (16,9%)	98 (55,1%)
Autonegligència	61 (34,3%)	49 (27,5%)	110 (61,8%)
Abandonament	9 (5,1%)	2 (1,1%)	11 (6,2%)
Vulneració de drets	20 (11,2%)	22 (12,4%)	42 (23,6%)

Taula 3.

Característiques de les víctimes segons els tipus de maltractaments a persones majors de 65 anys. Districte de Sant Martí i barri de Sant Gervasi de Cassoles. Barcelona, 2002

Tipologia de maltractaments		Dones (%)	Mitjana d'edat	Vulnerabilitat física (%)	Vulnerabilitat psíquica (%)	Vulnerabilitat emocional (%)
Físic	Sí	83,3	78,7	80	83,3*	90
	No	73	78,9	83,8	58,8	80,4
Psicològic	Sí	76,6	78,2	81,8	72,7*	90,9*
	No	73,3	79,5	84,2	55,4	75,2
Econòmic	Sí	87,1	78	83,9	77,4	83,9
	No	72,1	79,1	83	59,9	81,6
Negligència	Sí	75,5	79,8*	89,8*	75,5*	86,7
	No	73,8	77,8	75	47,5	76,3
Autonegligència	Sí	72,7	78,8	84,5	59,1	82,7
	No	77,9	79,1	80,9	69,1	80,9
Abandonament	Sí	72,7	83,5*	100	100*	81,8
	No	74,9	78,6	82	60,5	82
Vulneració de drets	Sí	73,8	79,8	78,6	69	88,1
	No	75	78,6	84,6	74,1	80,1

Diferències estadísticament significatives respecte a la resta del grup que no té aquell tipus de maltractament ( $p < 0,05$ ).

vulnerabilitat emocional de les persones maltractades des del punt vista psicològic.

### Característiques de les persones cuidadores

- Hi ha una persona cuidadora de la persona gran definida en el 55,1% dels casos.
- El més freqüent és la parella o els fills i filles en una proporció semblant.
- Pel que fa a les persones cuidadores, el 57% són dones.
- El 43% tenen una edat superior a 65 anys i el 21% tenen 76 anys o més.
- Persones cuidadores que treballin fora de casa hi ha un 19,4%.

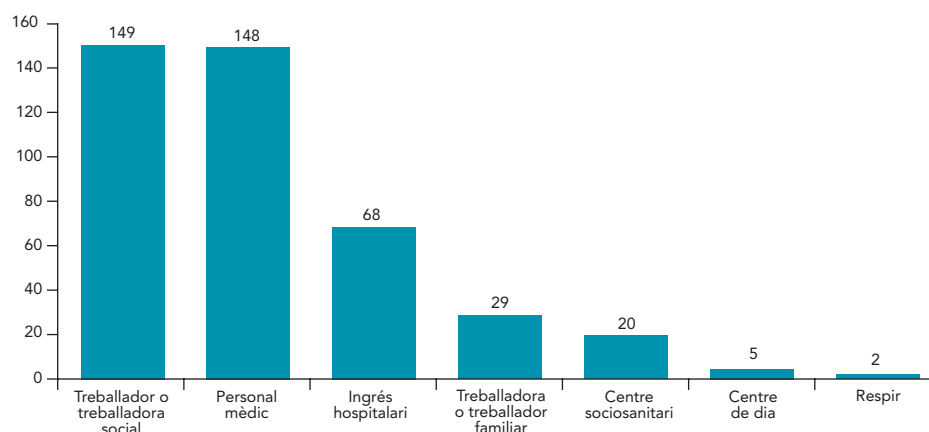
### Utilització de serveis i recursos

Ateses les característiques del circuit de detecció, el percentatge de casos en què s'ha fet servir algun dels serveis sociosanitaris previ a la detecció ha estat d'un 98,3 % (gràfic 1).

- El 83,1% havien estat visitats per un professional mèdic o d'infermeria l'últim any.
- El 83,7% havien estat visitats pel treballador/a social l'últim any.
- Un 38,2% havien estat ingressats al hospital l'últim any.

Gràfic 1.

Persones majors de 65 anys que han fet servir els diferents serveis sociosanitaris abans de la detecció del maltractament. Districte de Sant Martí i barri de Sant Gervasi de Cassoles. Barcelona, 2002



- Treballador/a familiar un 16,3%. En 12 casos s'ha sol·licitat el servei però estan en espera que es concedeixi.
- El 11,2% han estat ingressats en un centre sociosanitari l'últim any.
- El 2,8% han utilitzat els serveis d'un centre de dia.
- L'1,1% han utilitzat ingressos per respir.

### Característiques de les persones agressores

Per a aquest estudi s'ha acordat utilitzar el concepte "persona agressora" en

tots els casos, encara que el terme "agressió" representa una participació activa en qualsevol acte, i en les situacions de negligència la participació pot ser tant activa com passiva.

Amb vista a l'anàlisi de les característiques de la persona agressora, s'exclouen quaranta casos que s'han considerat únicament autonegligència. Així, resten 138 persones agressores, de les quals destaquem les dades següents:

- El 53,3% són homes i el 46,7% dones.
- La persona agressora és la persona cuidadora en el 51,4% dels casos, i és un familiar no cuidador en el 39,1%.

- L'edat estimada de les persones agressores supera els 65 anys en el 36,6% dels casos (el 18% són majors de 75 anys).

- En els casos en què la persona agressora és a més cuidadora, l'edat supera els 75 anys en un 22%.

- La relació de la persona agressora amb la víctima en el 87% queda dins la famí-

lia (el 56,5% són fill o filla, el 22,5% són cònjuges, el 2,2% són nora o gendre, el 5,8% són altres familiars).

- És un veí o veïna en l'1,4% dels casos i ho desconeixem en l'11,6%.

- No s'ha donat cap cas en què la persona agressora sigui el cuidador o cuidadora professional.

A la taula 4 presentem una llista amb tots els possibles factors de risc que en la literatura s'ha demostrat que tenen una relació d'associació amb la persona agressora.

Les característiques més freqüents de la persona agressora han estat els trastorns mentals, seguit de la poca preparació per tenir cura d'una persona malalta. Quan ana-

**Taula 4.**  
**Característiques de la persona agressora en els casos de maltractaments a persones majors de 65 anys per tipus de maltractament (n=138). Districte de Sant Martí i barri de Sant Gervasi de Cassoles. Barcelona, 2002**

Factors de risc	% total	Maltractament físic	Maltractament psicològic	Maltractament econòmic	Negligència	Abandonament	Vulneració de drets
Trastorns mentals i/o emocionals	47,1	73,3*	58,4*	48,4	50,0	18,2	45,2
Drogoaddiccions	15,9	36,7*	20,8	35,5*	17,3	9,1	16,7
Poca preparació per tenir cura d'un malalt	41,3	40,0	36,4	41,9	50,0*	45,5	40,5
Pocs recursos personals amb falses expectatives o incomprensió de la malaltia	35,5	36,7	35,1	32,3	38,8	36,4	38,1
És econòmicament dependent de la víctima	15,2	33,3*	20,8*	51,6*	14,3	0,0	16,7
Ha fet de cuidador/a durant més de 9 anys	14,5	20,0	15,6	9,7	16,3	27,3	19,0
Passa per crisis personals (divorci, dol, etc.)	21,7	26,7	26,0	22,6	24,5	9,1	31,0
Cuidador/a esgotat ("cremat")	16,7	23,3	14,3	9,7	22,4*	18,2	21,4
Cuidador/a que ho fa a disgust	14,5	13,3	16,9	25,8*	18,4*	18,2	19,0
Conflictes personals entre agressor/a i víctima	31,9	43,3	39,0*	41,9	31,6	18,2	26,2
Pobra relació interpersonal amb la víctima en el passat i/o manca de relació afectiva actual	23,2	16,7	27,3	29,0	26,5	18,2	21,4
Manca de recursos socials de suport del cuidador	15,2	6,7	11,7	3,2	16,3	27,3	21,4
L'agressor/a culpabilitza la persona gran de la situació	8,0	10,0	13,0*	12,9	8,2	0,0	11,9

\* Diferències estadísticament significatives respecte a la resta del grup que no té aquell tipus de maltractament (p < 0,05)



litzem aquestes característiques de la persona agressora segons la tipologia dels maltractaments obtenim aquesta informació:

- Maltractaments físics: les persones agressores tenen més trastorns mentals, problemes de drogoaddicció i dependència econòmica.

- Maltractaments psicològics: tenen més trastorns mentals, dependència econòmica, conflictes personals amb la víctima i la culpabilitzen de la situació.

- Maltractaments econòmics: tenen més problemes de drogoaddicció, dependència econòmica i estan a disgust com a agents cuidadors.

- Maltractaments per negligència: tenen poca preparació, estan esgotats i a disgust.

- L'abandonament i la vulneració de drets no presenten característiques estadísticament significatives quant a factors de risc de la persona agressora.

## Dades qualitatives

S'ha fet una fragmentació del corpus textual. S'identifiquen els elements que configuren les descripcions estudiant el discurs mitjançant una plantilla, recollint les paraules i frases clau i interpretant els arguments.

### 1. Context familiar

**1.1 La vida privada com a santuari, l'aïllament dels professionals i les seves dificultats per intervenir.** Es constata el fet de que hi ha persones i famílies que rebutgen qualsevol tipus d'ajuda exterior.

*“Sembla que té por i que alguna vegada l'han pegat. No dóna la informació fàcilment (la víctima) i la filla no sap res de la seva decisió. Quan li ho diu (a la filla) es disgusta i ara creu que no pot continuar. La filla és reticent a anar al servei.” “S'intenta fer un seguiment del cas i una visita domiciliària però no s'aconsegueix. A data d'avui encara no s'ha aconseguit veure la senyora gran. L'única informació que tenim de la senyora, ja que no es troben dades a la xarxa pública, ve donada pel forense.” “La filla no permet entrar els altres fills i convenç la mare perquè tampoc els deixi entrar. Tampoc deixen entrar cap professional.”*

#### 1.2 Història de violència domèstica.

La violència s'utilitza com un llenguatge intrafamiliar per donar resposta a situacions o conflictes que sorgeixen, de forma que es pot convertir en un patró de conducta i una forma de relació normalitzada.

*“La filla parla d'un maltractament de la mare vers ella.” “Durant tot el matrimoni hi ha hagut maltractaments físics i psicològics d'ell envers ella.”*

*“Els maltractaments es coneixen des de l'any 1998, però al gener de 2002, després d'haver-se separat, es continua donant l'abús físic i psicològic (li pega i l'amenaça).” “Durant tota la vida les relacions no han estat bones, hi ha sospites de maltractament físic però en la actualitat es dóna l'abús psicològic.”*

**1.3 Desvinculació de la família.** Els familiars (fills i filles, germans i germanes) que no conviuen a l'habitatge on s'esdevé el maltractament es desentenen totalment del problema, eludeixen les seves responsabilitats, que traspassen als serveis socials.

*“Senyor que fa deu anys que cuida la seva dona amb una gran disminució. Considerem que per part dels fills (quatre) hi ha una negligència en no donar suport al seu pare per cuidar la dona.” “Senyora de 79 anys que viu sola, amb tres fills que no l'atenen en cap sentit. Història de relació interpersonal pobra i manca de relació afectiva actual.”*

*“La filla diu explícitament que no vol que compti amb ella per a res, la qual cosa a més provoca un patiment emocional en la senyora.” “Els altres fills no actuen en res sobre la situació.” “Per part dels fills hi ha una negligència total ja que no atenen les necessitats físiques ni emocionals.”*

## 2. Recursos

### 2.1 Circuits legals, sanitaris i socials.

Es coordinen d'una manera poc àgil i en moltes ocasions gens efectiva. Es pot parlar de sectorització i transinstitucionalització. Els professionals que tracten les situacions de maltractament des de les diferents disciplines solament ho fan des de la seva pròpia vessant, i molts dels casos deixen de tenir un seguiment quan passen als serveis socials. S'especifiquen coordinacions amb les àrees bàsiques de salut, però sense planejar una estratègia d'intervenció conjunta.

### 3. La víctima

**3.1 Solitud i aïllament.** Les persones grans pateixen la solitud com a emoció i també en el sentit físic de estar sols, i aïllament sobretot si hi ha discapacitats que

dificulten les relacions, viuen sense connexió amb el medi, i amb escassa participació en activitats.

*“Un veí informa que la senyora està molt sola, diu que la relació amb els fills s’ha anat refredant, que no té res que la motivi.” “Una coneguda de la senyora ve a explicar que viu sola i no surt mai al carrer.” “Viu sola i arrel d’una intervenció d’urgència els bombers han vist el perill que estigui tota sola.”*

**3.2 Accessibilitat i rebuig.** Les dificultats per accedir a l’avaluació de la problemàtica i el rebuig a les intervencions són causats en molts casos per la mateixa víctima, que no és conscient de la situació i rebutja qualsevol tipus d’intervenció.

*“En la visita domiciliària es mostra molt desconfiada, no vol cap ajuda. El domicili està brut i desendregat.” “La senyora viu amb una filla alcohòlica que convenç la mare perquè no deixi entrar els germans a la casa ni cap professional; els veïns han denunciat la brutícia.” “El pacient no accepta l’ajuda externa. Falta d’higiene personal i del domicili.” “Una veïna denuncia la brutícia acumulada. Han intentat netejar el pati, però el senyor no els ho ha permès. No té aigua ni llum.”*

**3.3 Discapacitat, vulnerabilitat i dependència.** Aquests tres elements condueixen a una delegació de la presa de decisions i són altres persones les que poden decidir sobre aspectes rellevants en la vida de la persona gran. Quasi no hi ha processos d’incapacitació ni cap control extern de qui pren les decisions. Tampoc les persones grans no fan demandes per defensar els seus drets.

*“X no va deixar que s’utilitzessin tractaments (morfina) per evitar el dolor.”*

*“Negligència per falta d’atenció de necessitats bàsiques d’higiene... Es va fer l’ingrés a un centre sociosanitari però al cap de pocs dies el nebot la va treure perquè se sentia culpable.” “La filla es nega que el pacient sigui intervingut d’un problema ossi que milloraria la seva capacitat funcional i pal·liaria el dolor argumentant que si això es du a terme no podrà tenir cura d’ella.”*

**3.4 Suïcidi passiu, desig de mort.** El fet de patir maltractaments, no demanar ajuda o no tractar malalties greus d’una manera adequada condueix a una mort prematura. Deixar-se morir.

*“Feia dos mesos que havia caigut i s’havia fracturat el fèmur, i el procés d’abandonament personal juntament amb el risc de viure sola i la nul·la capacitat d’acceptar ajuda van provocar la seva mort.” “La senyora, arrel de la mort de la filla fa set anys, ha patit una depressió sense tractament, que ha provocat que, tot i tenir recursos econòmics, no acceptés la seva manca de capacitat física ni la utilització de recursos externs. Defunció.” “El senyor després de morir el seu fill va caure en una depressió que el va portar a deixar-se morir, sense acceptar tractaments ni visites mèdiques.”*

#### 4. La persona agressora

**4.1 Estrès, esgotament i manca de reconeixement social.** La tasca de tenir cura d’una persona gran, sobretot si és dependent, és dura, difícil i amb poques compensacions. El fet d’assumir la tasca de cuidador o cuidadora principal durant anys pot arribar a ocasionar una claudicació i renúncia total en la cura. Els suports

externs són puntuals i no adaptables a les circumstàncies personals.

*“Una de les filles (...) se sent desbordada per la situació i amb molta ansietat.” “El senyor fa deu anys que té cura de la seva dona (...); el marit pateix un esgotament com a cuidador que el fa provocar petites negligències.”*

**4.2 Trastorns psiquiàtrics (psicosis, depressions, ansietat, toxicomanies i trastorns emocionals per esdeveniments vitals) i dependències econòmiques.** Són fills o filles que s’han quedat amb els pares o bé han tornat a la casa dels pares davant de circumstàncies conflictives o problemàtiques. Aquests aspectes augmenten el risc de maltractaments.

*“No són conscients de la seva problemàtica de salut mental.” “La problemàtica de salut mental és present en tot moment.” “Fill que en situacions de crisi mental maltracta física i psíquicament.” “La senyora vivia amb un malalt d’esquizofrènia que l’agredia físicament.” “Senyora que viu amb filla alcohòlica. (...) La fa anar depressa pel carrer (ella no pot fer-ho, cau...) per anar als bars.” “Viu amb un fill de 30 anys que no treballa d’una manera continuada. (...) Ell porta tota l’economia de la casa però no està capacitat per fer-ho i se sospita que no administra bé.” “Viu amb un fill alcohòlic, els altres fills es desenten. S’observa i es detecta risc sobre control de medicació i dieta.”*

**4.3 Intencionalitat o no-intencionalitat dels maltractaments.** La no-intencionalitat no eximeix de la culpabilitat del maltractament però sí de la responsabilitat. Els diferents abusos poden ser per man-



ca de preparació o per incapacitat per tenir cura adequadament d'una altra persona.

*“El cuidador té un 78% de disminució i no pot oferir-li les atencions necessàries.” “Es tracta d'un cuidador sense preparació ni coneixements.” “Té una relació amb la seva mare amb uns vincles afectius molt grans que la porten a tenir actituds de sobreprotecció extrema.”*

## 5. Els professionals

**5.1 Dificultats i manca de suport.** El circuit d'accés, les gestions i les tramitacions judicials així com les dels recursos socials i sanitaris necessiten ser dotats de més agilitat i més sensibilitat envers la negligència i els abusos a la gent gran. Ha quedat palès que la demanda d'un servei de suport domiciliari tan bàsic com un treballador familiar per cobrir una situació d'urgència necessita sis mesos abans de ser concedit.

(Aquests comentaris s'extreuen de les actes de les reunions de formació.) *“Es va desestimar una demanda judicial per brutícia al domicili i el jutge va dir: ‘Senyora, el món està ple de porqueria’, com a explicació.” “Des de que es fa un tràmit de residència fins que la concedeixen la persona gran ja s'ha mort.”*

### 5.2. Avaluació global del context

Les treballadores i treballadors socials sovint han d'abordar un context que inclou situacions sanitàries i de malalties (tant de la víctima com de la persona agressora), avaluació psicològica del context familiar complet, avaluació social i anàlisi dels aspectes legals i les seves respectives conseqüències. Els treballadors/es socials afron-

ten *amb una gran solitud* una problemàtica en la qual haurien d'intervenir quatre disciplines (mèdica, psicològica, social i jurídica), i això genera un sentiment d'impotència i desesperació. Aquesta va ser una aportació reiterada i molt rellevant dels professionals.

## 6. Implicacions legals

Conèixer la normativa existent obre les possibilitats d'actuació jurídica. En general hi ha un desconeixement de les lleis per part de les persones grans i per part dels professionals.

### 6.1. Dret civil

• *Incapacitació judicial.* Mesura de protecció que emet un jutge. Comporta el fet que la manca de capacitat sigui suplida per institucions tutelars que tinguin cura de la guarda i protecció de la persona i els seus béns, a través de la tutela (persona i béns), la curatela (béns) i el defensor judicial (protecció provisional). Hi ha una manca d'agilitat del procés d'incapacitació judicial i també en ocasions s'observa un incompliment de les funcions del tutor o tutora. Recurs emprat en les diverses situacions estudiades.

*“Un dels fills va acceptar ésser el tutor del germà, però just després d'haver acceptat no va anar a veure la mare ni el germà. Tots dos han necessitat atenció mèdica urgent i mai no s'ha presentat el tutor ni s'hi ha interessat.”*

• *Pensions alimentàries.* Codi de família, Llei 9/1998, de 15 de juliol: comprèn el manteniment, l'habitatge, el vestit, l'assistència mèdica i les despeses funeràries de la per-

sona alimentada. No s'ha esmentat en cap dels casos de maltractament de l'estudi.

• *Autotutela.* Mesura preventiva que s'utilitza per determinar prèviament qui ha de prendre les decisions nomenant el tutor o tutora desitjat i les condicions de la tutoria. No s'ha esmentat en cap dels casos de maltractament de l'estudi.

• *Document de voluntats anticipades.* És preventiu i implica la vessant sanitària quant a tractaments que es vol rebre o no. No s'ha esmentat en cap dels casos de maltractament de l'estudi.

• *Llei de situacions d'ajuda mútua,* 19/1998, de 28 de desembre, i *Llei d'acolliment de persones grans,* 22/2000, de 29 de desembre. Poden ajudar les víctimes de maltractament allunyant-les de les persones agressores, evitant la solitud, obren el cercle de violència a la participació d'altres elements i poden evitar la institucionalització. Recursos no utilitzats en les situacions estudiades.

### 6.2. Dret penal

De manera genèrica es donen delictes o faltes com lesions, vexacions, abandonament i delictes de caire patrimonial, entre d'altres que apareixen en els casos estudiats. A continuació esmentem els articles del codi penal i el seu contingut en relació amb l'estudi.

Article 153: la violència física o psíquica en l'àmbit domèstic.

Articles 618, 229 i 25: l'abandonament de persones incapacitades.

Article 619: el fet de no donar assistència o auxili a una persona gran.

Article 224: la inducció a abandonar el domicili familiar.

Article 232: la utilització de la persona gran per pidolar.

Article 226: l'incompliment dels deures legals d'assistència a la tutela.

### 6.3. Dret administratiu

- *La Llei de serveis socials. Decrets de regulació i normatives específiques.*

Aquests documents expliciten els drets i deures de les persones usuàries dels serveis socials que configuren el Sistema Català de Serveis Socials. Entre d'altres, cal mencionar l'article 7 del Decret d'ordenació dels serveis socials, on queda explicitada la voluntarietat d'ingressar en un centre residencial. L'article 5 del mateix document deixa constància de quins són els drets de les persones usuàries dels serveis socials, i destaquem el dret a no ser immobilitzat ni patir cap restricció física o farmacològica sense prescripció mèdica i supervisió.

*“Té deliris i el renebot diu que el metge ha prescrit antipsicòtics i hipnòtics; al matí s'observa que està molt sedada.”*

- *Supressió de barreres arquitectòniques i arranament dels habitatges.* S'ha utilitzat en dos dels casos analitzats.

- *Responsabilitat de les administracions* en la formació específica dels professionals en aquest tema i a oferir els recursos necessaris perquè puguin dur a terme la seva tasca, i així afavorir la qualitat de vida de la ciutadania. També, en la supervisió i la inspecció dels diferents equipaments dirigits a la gent gran a fi de garantir-ne el bon funcionament.

### 6.4. Dret constitucional

La Constitució espanyola de l'any 1978 és la base de tots els altres drets, però pel fet que la vulneració és constant i històri-

ca, s'enuncien els drets vulnerats, la majoria per les mateixes institucions.

Aquests són: *a)* a la dignitat; *b)* a la vida i la integritat física; *c)* a la intimitat personal; *d)* al secret de les comunicacions; *e)* a la tutela judicial efectiva; *f)* a la propietat privada; *g)* a la protecció social, econòmica i jurídica de la família; *h)* a la protecció a la salut; *i)* a un habitatge digne i adequat; *j)* a una pensió adequada; *k)* a uns serveis socials que atenguin els problemes de salut, habitatge, cultura i oci.

Exemples de vulneració dels drets dintre de la família: *“Estan molt aïllats, no es relacionen amb la família, (...) no fomenten una relació amb el seu entorn.”* *“La filla no permet entrar als altres fills i convenç la mare perquè tampoc els deixi entrar.”*

### Discussió

La diferència en l'aportació de casos als dos districtes —més elevada a Sant Martí— pot ser deguda al fet que són contextos socials diferents o bé que es fa un ús distint dels serveis socials. La utilització de serveis públics és tradicionalment més elevada en barris socialment i econòmicament més deprimits, com Sant Martí respecte a Sant Gervasi, i això pot comportar una possibilitat més alta de detectar-hi casos. També, la mateixa decisió dels professionals d'incloure o no els seus casos en l'estudi pot no haver estat igual segons el barri. Tot i que el contingut de la recerca interessa i alhora preocupa molt els professionals, hi ha una percepció general entre tots ells d'un excés de tasca i responsabilitat, i això fa que la participació en l'estudi es consi-

deri interessant però alhora hi tinguin reticències; preocupa mantenir la confidencialitat, no solament sobre les persones objecte de situacions de maltractament, sinó també en la identificació dels mateixos professionals.

L'estudi analitza conjuntament les sospites de maltractament i els casos confirmats. Es considera sospita quan apareixen alguns indicadors, encara que manqui treball per estar segurs de l'existència de tota la relació de fets que configura el maltractament. Moltes vegades no es disposa d'experiència ni de recursos per confirmar la sospita (això queda molt clar en l'abús econòmic).

Les víctimes són majoritàriament dones molt grans i vulnerables (dependents) per a tots els tipus de maltractament. Per tipologies, l'abús físic i psicològic afecta més les dones i la negligència afecta més els homes. Aquest fet es podria entendre dins un marc conceptual en què els homes podrien fer servir més el poder físic i les dones maltractarien deixant de tenir cura.

Els tipus de maltractament més freqüent que hem trobat ha estat la negligència i l'autonegligència (aquest darrer, en l'estudi es considera un tipus però en la literatura s'inclou com a subtipus de la negligència). Aquest resultat coincideix amb el dels estudis publicats a la literatura, per la qual cosa podríem assumir que, encara que hem trobat molts menys casos dels esperats, no sembla que haguem tingut *a priori* un biaix important en la selecció dels mateixos.

Les característiques de les persones agressores són analitzades en tots els casos

excepte en els d'autonegligència. Aquests són majoritàriament familiars fills, seguit d'esposos. Els maltractaments físics s'associen més a drogodependències, trastorns mentals i dependència econòmica, mentre que la negligència s'associa més a poca preparació per tenir cura d'una persona gran malalta, la qual cosa alerta sobre la necessitat d'intervenir en l'alcoholisme i altres toxicomanies amb programes de detecció i tractament, i així millorar els programes de preparació de les persones cuidadores de gent gran dependent.

Les persones cuidadores són les agressores en la meitat dels casos. La cura d'una persona gran dependent produeix un desgast que condueix a la seva claudicació o afectació emocional. La manca de preparació, suport i estímuls o reconeixement de la tasca de cura, fa que les persones cuidadores s'esgotin amb el pas del temps. D'altra banda, l'existència de persones amb problemes greus de salut mental que exerceixen de cuidadors comporta una situació de risc sobre la qual cal intervenir per prevenir el maltractament.

Els professionals que estan implicats en l'abordatge del maltractament no han rebut una formació específica sobre el tema. Cal disposar de coneixement teòric sobre les tipologies i els indicadors, així com una sensibilització per implicar tots els professionals en una sola estratègia de treball.

Els recursos socials existents són molt variats, però l'accés és deficient i no arriben a les persones grans o bé hi arriben amb lentitud. És necessari millorar la disponibilitat per optimitzar els recursos que ja es tenen i també crear-ne de nous.

A l'estudi s'observa un nombre important de delictes i faltes però poques denúncies, cap reclamació de la llei d'aliments i cap cas de demanda de reclamació per danys i prejudicis pels maltractaments rebuts. L'explicació pot estar en la complexitat de les relacions humanes i sobretot familiars. La necessitat que la víctima i la persona agressora convisquin fins que no hi ha una resolució legal —que comporta sovint una espera perllongada— pot frenar la denúncia, i també les conseqüències que pot portar la resolució, que en molts casos són la institucionalització de la víctima. També les conseqüències legals que recauen en la persona agressora, amb l'estigmatització que suposa complir una pena o una sanció per un delicte, quan es tracta d'un fill o filla o un parent. Però també pot ser deguda als trets culturals característics de la nostra societat, que no acostuma a resoldre els seus conflictes en els tribunals, o al desconeixement que té la gent gran dels seus propis drets.

L'estudi tracta d'aportar llum als significats de les vivències i valors de les persones grans, de les famílies, els professionals i la societat on es produeix el maltractament, però la validesa dels resultats vindrà donada a mesura que es vagi coneixent millor la realitat dels maltractaments en tots els contextos.

### **Limitacions de l'estudi**

La recollida dels casos, que s'ha dut a terme a través dels professionals que han col·laborat en l'estudi i que han estat els responsables del seu seguiment des dels

seus centres de treball, pot haver comportat algun biaix d'informació.

Malgrat que hem intentat incloure en l'estudi tots els professionals i les fonts d'informació que treballen en els districtes estudiats, no tothom ha volgut o ha pogut participar-hi. Aquests factors esmentats limiten la possibilitat d'estimar prevalences i incidències poblacionals.

L'anàlisi qualitativa s'ha basat en les descripcions escrites pels professionals i en molts casos no s'ha obtingut un material d'anàlisi descriptiva exhaustiu. El qüestionari forma part dels fulls de recollida de dades quantitatives, està situat al final i consta de cinc apartats. El fet de recopilar tanta informació n'ha fet perdre a l'apartat descriptiu, per tant, algunes observacions qualitatives es fonamenten en els comentaris de les sessions de formació i en la base teòrica del personal expert, així com en els resultats quantitius.

### **Conclusions**

1. Les víctimes de maltractament que es donen en els casos presentats al Districte de Sant Martí i al barri de Sant Gervasi de Cassoles són dones en un 75%, de 79 anys d'edat de mitjana, vídues, que tenen residència fixa, viuen amb la família en un domicili propi i presenten dependència i fragilitat.

2. El tipus de maltractament confirmat més freqüent és la negligència, seguit de l'autonegligència i el maltractament psicològic. Si considerem també les sospites, l'autonegligència passa a ser la tipologia més freqüent.

3. Tenen un cuidador definit el 55% de les víctimes, que és la parella o el fill o filla en la gran majoria dels casos. El 51% de les víctimes són maltractades per la persona que les cuida habitualment.

4. Les persones agressores que són perpetradores del maltractament sovint pateixen trastorns mentals o tenen poca preparació per tenir cura d'una persona dependent.

5. Quant a l'actuació dels professionals, s'observa una manca d'estratègia d'intervenció interdisciplinària.

6. S'observa una infrautilització del ventall de recursos existents, tant socio-sanitaris com legals.



## Bibliografia

BENNETT, G.; KINGSTON, P. *Elder abuse. Concepts, theories and interventions*. Londres: Chapman and Hall, 1993

CORSI, J. *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós, 1997

DECALEMER, P.; GLENDENNING, F. *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós Trabajo Social núm. 8, 2000

HUGONOT, R. *La vieillesse maltraitée*. París: Dunod, 1998

NACIONES UNIDAS. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. *El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder el maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Informe del secretario general. Nueva York, 2002

NACIONES UNIDAS. *Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento*. Madrid, 2002

QUINN, M.J.; TOMITA, S.K. *Elder abuse and neglect: causes, diagnosis, and intervention strategies*. Nueva York: Springer Publishing Co., 1997 (2ª ed.)

ARAVANIS, S.H.; ADELMAN, R.D.; BRECKMAN, R.; FULMER, T.T.; HOLDER E.; LACHS, M. et al. «Diagnosis and treatment guidelines on elder abuse and neglect». *Arch Fam Med*, núm. 2 (1993), p. 371-388

BAZO, M.T. «Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, núm. 36 (1) (2001), p. 8-14

BRADIEY, M. «Elder abuse». *British Medical Journal*, núm. 313 (1996), p. 548-550

CABALLERO, J.C.; REMOLAR, M.I. «Consideraciones sobre el maltrato al anciano». *Rev Mult Gerontol*, núm. 10 (3) (2000), p. 177-188

CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. «Periodic health examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment». *Canadian Medical Association Journal*, núm. 151 (1994), p. 1413-1420.

CONSEIL DE L'EUROPE. «La violence envers les personnes âgées. Rapport établi par le Grup d'étude sur la violence envers les personnes âgées». Estrasburg, 1992

COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. «Elder abuse and neglect». *JAMA* núm. 257 (7) (1987), p. 966-971

CRAIG, F.; THOMPSON, F.; ATKINS, D.; PATTERSON, C.; MACMILLAN, H.I.; MACMILLAN, Jh.; OFFORD, DR. «Violencia familiar». A: US Preventive Services Task Force, ed. *Guía de medicina clínica preventiva. Recomendaciones del PAPPs (ed. esp.)*. Barcelona: Medical Trends, 1998

DECLARACIÓN DE ALMERÍA. «Panel multidisciplinario de expertos del país y ancianos». *Bioética y ciencias de la salud*, núm. 1 (2) (1996), p. 56-57

GIURANI, F.; HASAN, M. «Abuse in elderly people: the Granny Battering revisited». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, núm. 31 (3) (2000), p. 215-220.

KESSEL, H.; MARIÑ, N.; MATURANA, N.; CASTAÑEDA, L.; PAGEO, M.; LARRIÓN, J.L. «Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, núm. 31 (6) (1996), p. 367-372

LACHS, M.S.; WILLIAMS, C.; O'BRIEN, S.; PILLEMER, K. «Charlson Me. The Mortality of elder mistreatment». *JAMA* núm. 280: 5 (1998), p. 428-432

LACHS, M.S.; PILLEMER, K. «Abuse and neglect of elderly persons». *N Engl J Med* núm. 332 (1995), p. 437-443

MCREADIE, C.; BENNETT, J.G.; TINKER, A. *General practitioner's knowledge and experience of the abuse of older people in the community: report of an exploratory research study in the inner-London borough of Tower Hamlets*. *British Journal of General Practice* (1998) núm. 48, p. 1687-1688

MOLINA HERNÁNDEZ, M.P.; GARCÍA ROA, M. «Programa de actuación del trabajador social en situaciones de riesgo de maltrato». *Revista de Trabajo Social y Salud*, núm. 37. Saragossa, 2000  
MORILLAS FERNANDEZ, D. «Malos tratos a personas mayores: otra forma de violencia». *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 2000

NEALE, A.V.; HWALEK, M.; SENGSTOCK, M.C.; STAHL, C. «Validation of the Hwalek-Sengstok Elder Abuse Screening Test». *J Appl Gerontology*, núm. 10 (4) (1991), p. 406-418

OGG, J.; BENNETT, G.C.J. «Elder abuse in Britain». *BMJ*. núm. 305 (1992), p. 998-999

PILLEMER, K.; FINKELHOR, D. «The prevalence of elder abuse: a random sample survey». *Gerontologist*, núm. 28 (1988), p. 51-57

PODNIIECKS, E. «National Survey on Abuse on the Elderly in Canada». *J Elder Abuse Neglect*, núm. 4 (1992), p. 5-58.

REIS, M.; NAHMIASH, D. «Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen». *The Gerontologist*, núm. 38 (1998), p. 471-480

RUIZ, A.; COMA, M.; BONCOMPTE, P.; ALTET, J.; PORTA, N.; DUASO, P.; POSTIGO, P. «El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos». *Atención Primaria*, núm. 26 (9) (2000), p. 641-646

TABUEÑA, C.M. «Activitats preventives per a la gent gran» a *Llibre blanc. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social*. Barcelona, 1999

TABUEÑA, C.M. «Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores». *Medicina Clínica*, núm.116 (1) (2001), p. 137-139

TABUEÑA, C.M. «El maltrato en el anciano: un punto de vista interdisciplinario». *Servicios sociales y política social*. 57. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social (2002), p.103-117

WOLF, R.; Special Research Review Section. Risk Assessment Instruments, NCEA Newsletter. Setembre de 2000. <http://www.elderabusecenter.org/> (consulta: març de 2002).

## Pàgines web

National Clearinghouse on Family Violence. Health Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence>

Organització Mundial de la Salut (OMS), Campanya Mundial de Prevenció de la Violència: <http://www.who.int/violence>

The National Center on Elder Abuse (NCEA), American Public Welfare Association (NCEA) 1996: <http://www.elderabusecenter.org/>

The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report: <http://www.aoa.gov/naiic>