



Francisco de Llanos Peña

Dpto. Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Correspondencia:

Francisco de Llanos Peña
E.U. Ciencias de la Salud
Avda. Sánchez Pizjuán s/n
41009-Sevilla
E-mail: fdellanos@telefonica.net

Razón ética del cuidado al anciano ante el fenómeno de los malos tratos

Ethical reason for the care of aged people with regard to the ill-treatment phenomenon

RESUMEN

En nuestro medio asistencial aparece cada día con mayor incidencia el hecho del maltrato que sufren las personas mayores. Ante este desafío, los profesionales de la enfermería geriátrica y gerontológica sentimos la necesidad de conocer el sentido profundo que da razón de la bondad interna de nuestros cuidados; y así, excluir cualquier derivación de malos tratos, algo naturalmente incompatible con nuestra conducta profesional. La cuestión, pues, que late al fondo de nuestras funciones es de raíz ética.

En el presente artículo, además de hacer presente el fenómeno de los malos tratos a los ancianos, iniciamos el diseño de un marco ético, de carácter normativo, que nos proporciona el sentido de los cuidados geriátricos, indicando cuatro elementos constitutivos de la conducta profesional: la alteridad real "del otro" ser humano; la vulnerabilidad que conlleva ser anciano; nuestra responsabilidad como profesionales del buen trato; y el principio de no-maleficencia que, en términos de justicia, debe vertebrar la atención de nuestros mayores.

Descubrir la bondad interna que "de suyo" acredita el cuidado a los mayores, nos permite descubrir también la imposibilidad de separar cuidados y buen trato a nuestros mayores.

SUMMARY

In our assistance environment, the fact of ill-treatment suffered by aged people appears with more incidences every day. With regard of this challenge, geriatric and gerontologic nursery professionals feel the need to know what reason gives sense to the inner goodness of our cares; and in that way, to exclude whatever derivation of ill-treatment, which is incompatible naturally with our professional behaviour. The question, in this sense, that beats at the bottom of our functions has an ethical root.

In the present article, as well as letting know the ill-treatment phenomenon suffered by aged people, we initiate an ethical framework design with normative character, that gives us the sense of the geriatric cares, denoting four constitutive elements of the professional behaviour: the real alterity of "the other" human being; the vulnerability that bears to be aged; our responsibility as professional of right-treatment; and the attention to our aged people.

To discover the inner goodness that "of itself" accredits the care to aged people, allows us to discover the non-separability between cares and right-treatment towards our aged people.

KEY WORDS

Ill-treatment to aged people, alterity of the other, assistance, vulnerability, responsibility, non-maleficence

Maltrato del anciano, alteridad del otro, socorro, vulnerabilidad, responsabilidad, no-maleficencia.

INTRODUCCIÓN

El hecho

Hace a penas veinticinco años que el mundo de la asistencia sanitaria sorprendía los inicios de nuestra andadura profesional con los casos de abandono y abuso infantil que demandaban nuestra asistencia, fenómeno incrementado hoy hasta niveles insospechados. Años después, llegaban a nuestros servicios de urgencia las víctimas del maltrato conyugal o de la violencia de género, convertido desgraciadamente en noticia nuestra de cada día. Y de un tiempo acá, estamos perplejos ante el creciente número de ancianos traídos a nuestro medio asistencial a causa del abandono, del abuso o de los malos tratos que reciben (1).

Para los profesionales de la enfermería geriátrica y gerontológica resulta especialmente doloroso admitir el hecho de que nuestros mayores sean maltratados. Entendemos que, junto a las naturales razones de afecto, está dejando de importar en nuestro medio social lo que podemos llamar “la cultura del reconocimiento” a quienes lo dieron todo por nosotros; cultura en la que hemos sido educados muchos de nosotros. Sea lo que fuere, se trata de un hecho incontestable, reconocido ya en el contexto científico internacional como un grave problema humano y social (2).

El problema

Estamos ante un problema que requiere la atención multidisciplinar por parte de cuantos profesionales integramos este mundo de la atención geriátrica y gerontológica (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, abogados, jueces, políticos, psicoterapeutas, educadores sociales y otros). Conviene hacer presente, de entrada, que la cuestión de los malos tratos no es, por supuesto, “algo social” inherente al proceso natu-

ral del envejecimiento, sino que es un problema añadido que ellos sufren. Es un problema que generamos quienes solemos intervenir con nuestro “modo de ser” profesional, o no profesional, respecto a la atención que ellos merecen o que les es debida.

La solución no está en que cada uno realice su “función propia” de la mejor manera posible si es que, aún así, el anciano sigue sufriendo malos tratos y, consecuentemente, se sigue conculcando lo que su dignidad merece como ser humano. No es éste, pues, un problema que pueda resolverse desde la actitud aséptica de nuestra barrera funcional. Es un problema que se instala en el quehacer mismo, o en la omisión, de la conducta geriátrico-gerontológica de quienes nos dedicamos a ello.

En lo que respecta concretamente a los profesionales de la enfermería geriátrica y gerontológica, tenemos la necesidad de conocer el sentido profundo que da razón de los cuidados a las personas mayores, con el fin de poder descubrir la bondad interna de los mismos; y así, situados en la naturaleza real de los cuidados, prevenir y evitar cualquier derivación de los malos tratos como algo incompatible con el desarrollo profesional de la enfermería geriátrica. El problema de los malos tratos a nuestros mayores desafía a cuantos nos dedicamos, de una u otra forma al cuidado de los mayores, a situarnos en el fondo mismo de nuestras respectivas funciones. Sólo desde ese fondo, nuestras funciones enfermeras con los ancianos adquieren sentido y eficacia, y lo que late en el fondo es una cuestión de raíz ética que busca expresiones legales. ¿Cuál es, entonces, ese fundamento último o razón ética de nuestro quehacer con los ancianos?

Para adentrarnos en la solución del problema necesitamos, además de conocer el fenómeno de los malos tratos a los mayores, contar con una reflexión ética fundamental, de carácter normativo, que nos haga descubrir esa bondad interna del cuidado a nuestros



183 mayores y garantice intelectivamente nuestra fidelidad profesional a la misma.

Objetivo

Por ello, en el presente artículo nos proponemos iniciar el diseño de un marco ético que nos proporcione el fundamento y el sentido de los cuidados geriátricos, empeñándonos en la reflexión de, al menos, cuatro elementos constitutivos de la conducta profesional de los buenos cuidadores: la alteridad real “del otro” ser humano, la vulnerabilidad que conlleva ser anciano, nuestra responsabilidad como profesionales del buen trato, y el principio de no-maleficencia que, en términos de justicia, debe vertebrar la atención de nuestros mayores.

Entendemos que éste es el camino por el que podemos, por una parte, ayudar a salvaguardar la dignidad humana de estas personas más vulnerables, respetando sus derechos y, por otra parte, acercarnos al fundamento ético que nos permita diseñar y ejercer una conducta profesional con nuestros mayores más correcta. La consecución de tal objetivo nos posibilitará igualmente tratar en otra ocasión los aspectos legales en que deben expresarse los derechos de estas personas mayores, así como el contexto jurídico desde el que debe contemplarse también la prestación de los cuidados.

Metodología

Generalmente un método es bueno si sirve para obtener un conocimiento nuevo, es decir, si ayuda a descubrir algo. En nuestro caso, teniendo presente la naturaleza de la cuestión tratada, hemos procedido, en la primera parte del artículo, a describir el fenómeno del maltrato a las personas mayores según lo percibimos en la función asistencial enfermera y según parece en la todavía escasa literatura que nos ofrecen los estudiosos del tema.

En la segunda parte del trabajo, hemos prescindido de desarrollar dictámenes éticos respecto al fenómeno descrito de los tratos de nuestros mayores desde los criterios morales o normas legales con que actualmen-

te podemos contar. Probablemente, surgirían muchas imprecisiones a la hora de enjuiciar éticamente muchos de los casos, pues los estudios epidemiológicos realizados hasta ahora, al menos en nuestro medio más cercano, aún son escasos. Por ello, como importante alternativa para la solución al problema planteado, hemos optado por instalarnos en la dimensión clínica de los cuidados geriátricos y gerontológicos, y hacer una propuesta intelectual de los mismos de raíz ética. La específica bondad que “de suyo” les acredita permite a los profesionales descubrir la identidad entre los cuidados a las personas mayores y el buen trato a las personas mayores. Desde esta opción metodológica podemos ayudar al mejor talante de los profesionales enfermeros en su atención a los mayores. Esto nos permitirá, posteriormente, tipificar con más precisión y exigencia los delitos, penas y sanciones que la ley debe contemplar cuando hablemos de malos tratos a los ancianos.

EL FENÓMENO DEL MALTRATO A LOS MAYORES

El maltrato como tal

Es común entender por maltrato “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente, o percibido subjetivamente” (3). Se trata de una definición muy amplia, descriptiva, que pretende recoger las manifestaciones más llamativas del maltrato a nuestros mayores, como son:

a) *Los abusos físicos*, que incluyen todos los actos que ocasionan dolor o daño físico: pegar, golpear, abofetear, pellizcar, empujar, forzar la alimentación, provocar quemaduras, posición incorrecta, uso inadecuado de sujeciones mecánicas. Las consecuencias de estos actos pueden traducirse en abrasiones, contusiones, hematomas, a veces fracturas u otras heridas. Aquí podemos incluir también el abuso sexual por lo que éste pueda tener de

18 contacto o exhibición sexual sin el consentimiento de la persona anciana.

b) *Los abusos psicológicos o emocionales*, que pueden manifestarse a través de insultos verbales (gritos, amenazas), rechazo activo, aislamiento, culpabilización. Destacan en este aspecto los “silencios ofensivos”, las humillaciones, y la infantilización que hacemos de las personas ancianas. Constituyen también una forma de abuso psicológico las amenazas de abandono o de institucionalización que solemos hacer a nuestros mayores.

c) *Los abusos económicos*, por ejemplo: los robos directos, el mal uso que se haga de su dinero, la explotación ilegal o inapropiada que se haga de sus fondos o de sus otros recursos (4).

Junto a este concepto descriptivo del maltrato, es importante distinguir la figura ético-legal de la negligencia, que significa el incumplimiento, voluntario o involuntario, de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios.

Se trata de un concepto que puede solaparse con el de los malos tratos, y que suele acarrear fatales consecuencias para con los ancianos: tanto a nivel físico (respecto a la alimentación, la higiene, vestido, administración de la medicación prescrita, no proporcionar gafas, prótesis auditivas o dentales, etc.), como a nivel del cuidado psico-afectivo (cuando nuestros mayores no reciben el afecto, el apoyo y la protección necesarios), y a nivel económico (como puede ser que no se utilicen los fondos disponibles o recursos necesarios para mantener o restablecer la salud y el bienestar de los mismos).

La negligencia es, probablemente, el abuso más frecuente que suele cometerse con las personas mayores; con el agravante, además, de que el propio cuidador no es consciente de estar actuando de manera negligente (5).

Es difícil saber la frecuencia real con que se producen los malos tratos, aunque los incipientes estudios nos refieren entre un 6 y un 10%. Sucede que en muchas ocasiones el anciano no se queja, y no llega a denunciar el problema por miedo a represalias por parte de quien les atiende; es más, a veces se dan sentimientos de culpabilidad asociados. Suele ocurrir, ade-

más, que los ancianos con demencia no entren en los grupos de estudio, cuando los ancianos con demencia son, precisamente, uno de los grupos con más riesgo de malos tratos.

Los riesgos de sufrir maltrato

Las situaciones que más predisponen al anciano a sufrir malos tratos son: el deterioro funcional, que les provoca una gran dependencia de los demás para desarrollar las actividades de la vida diaria; la alteración de las funciones cognitivas, con la consiguiente reducción de las capacidades intelectuales del anciano; el aislamiento social; la convivencia en el mismo domicilio con el supuesto responsable del abuso; el cuidador con alteraciones psicológicas; ambiente familiar perturbado por causas externas; y, generalmente, una historia previa de violencia familiar.

Suelen presentarse como “grupos de riesgo” de sufrir malos tratos, en primer lugar, los ancianos que viven en su domicilio, o en el del cuidador, que requieren numerosos cuidados y que, llegado un momento, son incapaces de asumirlos; en segundo lugar, los ancianos cuyos cuidadores expresan frustración respecto a su responsabilidad de asumir dicho papel, y muestran pérdida de control de la situación; así mismo, tienen riesgo de sufrir malos tratos aquellos ancianos cuyos cuidadores presentan signos de estrés; también los que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa); y por último, quienes viven en un entorno familiar perturbado con otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas) (6).

El anciano maltratado y el cuidador responsable

El anciano, afecto de abusos y malos tratos, suele presentar aproximadamente este perfil: mujer, de 75 años o más, viuda, con importante deterioro funcional por una enfermedad crónica y/o enfermedad progresiva (Alzheimer, Parkinson, AVC). Suele ser también una persona dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria; o portadora de problemas y conductas anómalas (incontinencia, agresividad,



185 agitación nocturna). Generalmente convive con un familiar que es el principal y único cuidador. No es infrecuente que presente signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene o intoxicación medicamentosa; y, socialmente, se encuentra aislada (7).

En lo que respecta al perfil del cuidador-responsable de los malos tratos, éste suele tener un parentesco cercano con el anciano, y no acepta el papel de cuidador ni asume la responsabilidad que conlleva. Tampoco es infrecuente que dependa del anciano desde el punto de vista económico y, además, suele vivir en la vivienda del anciano. Suele ser consumidor de fármacos, alcohol, drogas; con antecedentes de enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad, y con pobres contactos sociales. En las entrevistas que suelen mantener con él tiende a mostrarse hostil, irritable, suspicaz y, a veces, pierde el control de la situación. Al cuidador-responsable de malos tratos al anciano le acompaña, en ocasiones, una historia previa de violencia familiar; y junto a ello, puede sufrir estrés por haber perdido el trabajo o por tener problemas conyugales u otras causas.

Los lugares del maltrato

Cualquier lugar puede ser escenario del maltrato de los ancianos. El de más difícil acceso, lógicamente, es el domicilio; lugar donde no siempre es fácil conocer la verdad. Y junto a éste, el maltrato tiene lugar también en las diversas instituciones geriátricas; y de las cuales no podemos excluir las consideradas residencias de prestigio, o las dirigidas por personal sin ánimo de lucro ni a las que disponen de más personal cualificado. El tipo de maltrato que pueden recibir las personas mayores en todos estos sitios es, de hecho, muy cambiante en lo que se refiere a estilos de maltrato, a su misma dinámica y manifestaciones.

Otros escenarios del maltrato a los ancianos suelen darse en las barreras arquitectónicas de la calle, en los farragosos trámites administrativos, en la inexistencia de ropa y calzado adecuado, en la inaccesibilidad a los colchones anti-escaras, en las limitaciones para obtener pañales, en la sistemática desestimación de medidas preventivas de salud. Hasta el hecho de mirar con nues-

19 tros ojos lo que deberíamos ver con los ojos de ellos podría considerarse como otro escenario de maltrato. Y es que, quizá, a nuestra sociedad, agresiva, competitiva, joven, productiva, poseedora de muchos bienes materiales y triunfante, le pesan mucho los mayores.

ELEMENTOS CONSTITUYENTES DEL BUEN TRATO A LOS MAYORES

Respecto a la razón ética de los cuidados al anciano por parte de quienes nos dedicamos profesionalmente a ello, entendemos que son al menos cuatro los elementos que nos pueden ayudar, por una parte, a dar razón de este genuino comportamiento humano y, por otra, nos ayudarán también a perfilar el cuidado enfermero como buen trato con nuestros mayores.

La alteridad

El fundamento ético de la atención a las personas mayores radica, de entrada, en la alteridad, entendida ésta en un doble sentido. Una es la alteridad que nos proporciona la dinámica misma de la razón cuando nuestros actos intelectivos aprehenden la realidad. Hablamos de “la alteridad” de la razón humana refiriéndonos a los datos de la realidad que son previos a ella misma, y que constituyen el marco normativo de ella misma. Por ello, no es la razón la que nos obliga a actuar con bondad, sino que lo que nos obliga a actuar moralmente, a tener un buen comportamiento, un buen trato, es la fuerza de esa alteridad real que está ahí, previa a la razón, y esa alteridad real es la que da sentido a nuestra conducta.

El segundo sentido de la alteridad como fundamento ético de nuestra atención para con los mayores, que es el que ahora nos interesa aquí, es la alteridad “del otro que yo”, el otro, ser humano vulnerable por su ancianidad, sometido a malos tratos y, por ende, menesteroso de ayuda.

El ser humano es constitutivamente “versión al otro”; y esta constitutiva “versión a” no es, en primera línea, una cuestión vivencial, pues antes de que se tenga vivencia de los otros, estos han intervenido ya en su vida. La “versión a” los otros es, ante todo, una cuestión de realidad, es una

20 “versión a” real y física. No vivimos en el mundo ni vivimos entre los otros de una manera optativa, sino que nuestra relación con lo que nos rodea es esencial de nuestro ser persona y de nuestra personalidad. La relación, pues, en la persona es algo “de suyo” (8).

Entonces, cuando el ser humano tiene “de suyo” necesidad de los otros, está poniendo de manifiesto la necesidad de socorro (necesidad de ayuda) o la dimensión relacional de “socorrenia” que le constituye. Esta necesidad de ayuda o de socorro o “socorrenia”, se actualiza preponderantemente en el ser humano que sufre malos tratos por su condición de ser mayor y ser dependiente. Y desde esta alteridad real de la menesterosidad por el maltrato, abuso o negligencia sufridos, nuestros mayores *llaman*. Es esta llamada del otro, anciano maltratado o con riesgo de serlo, lo que constituye y argumenta la función profesional del cuidador geriátrico. Esta llamada de la alteridad menesterosa es lo que “de suyo” da razón de los cuidados geriátricos, y lo que “de suyo” debe orientar y normativizar el “modo de ser” o “carácter” del cuidado, del buen trato debido a los mayores. Ineludiblemente el “*ethos* clínico” en que ha de empeñarse el profesional de los cuidados de nuestros mayores no debe tener otra expresión, por naturaleza, que la del “buen trato” o cuidado correcto.

Consecuentemente, frente a los mayores que sufren abusos y malos tratos, el director de la residencia, la enfermera, el hijo, el concejal del ayuntamiento, el médico, el presidente de la diputación, la trabajadora social, el fiscal o el juez no pueden apartar la mirada como si nada pasara. Ante esta alteridad real, unos y otros descubrimos ahora el deber de responder a ese sufrimiento del maltrato con el deber del trato debido o del trato bueno. En esta ética de la alteridad, los “otros”, nuestros mayores, aunque no digan “físicamente” nada, hablan; sus rostros hablan, y hablan por sí mismos.

Vulnerabilidad

El rostro por el que “de suyo” hablan los ancianos es la vulnerabilidad. Ser anciano es ser vulnerable; ser

186 anciano conlleva estar expuesto a más erosión, a más desfeco en el diario vivir, a más soledad y, por consiguiente, ser anciano conlleva, en muchos casos, estar más expuesto a sufrir más malos tratos y más abusos. Entendemos por vulnerabilidad “aquella condición del ser humano por la que su vida sobrenada dentro de ciertos límites y exigiendo ciertos contenidos sin los cuales dejaría de ser tal (alimentos, casa, seguridad, libertad, valores, identidad cultural, plenitud espiritual)”.⁴

Tal vulnerabilidad real de nuestros mayores (“la alteridad real del otro”) irrumpe en nosotros con todo su carácter prescriptivo. Por ello, desde el punto de vista ético, frente a la vulnerabilidad de nuestros mayores, por la que estos sufren malos tratos, los profesionales de la enfermería geriátrica y gerontológica no podemos permanecer pasivos; debemos responder solidariamente, ayudándole a desarrollar su autonomía personal, física, moral e intelectual.

Establecemos, pues, el principio de la vulnerabilidad como el imperativo categórico de nuestro trato y atención para con los ancianos. “Imperativo categórico” que nos obliga a todos los profesionales a empeñarnos en la prevención, en la protección y en la esperanza vital que necesitan, es decir, nos obliga al buen trato. Consecuentemente, cuando un profesional de enfermería geriátrica se empeña en mitigar al menos el sufrimiento sufrido por nuestros mayores por los abusos y malos tratos recibidos, podemos decir, entonces, que en él tiene lugar la experiencia ética. La indiferencia, por el contrario, significará no sólo negar la experiencia ética, sino la imposibilidad de gozar de esta moral vivida (9).

Responsabilidad

Junto a la idea ética de la vulnerabilidad que acabamos de indicar, surge el principio de la responsabilidad del profesional de los cuidados geriátricos; entendida esta responsabilidad, no sólo en el sentido de ser responsable de la propia acción o ser responsable del deber-hacer, sino sobre todo ser responsable funcional-

⁴Concepto formulado a partir de la descripción del ser vulnerable que hace Dussel E, en “Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión”. Madrid. Editorial Trotta; 1998. Citado por Torralba F, en Antropología del cuidar. Barcelona. MAPFRE; 1998: 241-4.



187 mente del deber-ser de la persona mayor. Es el reconocimiento efectivo de la dignidad humana que conlleva todo ser humano vulnerable y anciano.

El desarrollo efectivo de esta responsabilidad constituye la alternativa del buen trato al de los “malos tratos” al anciano. Y la primera de todas las responsabilidades, la más elemental, es la preocupación por la vida del anciano, que no es nuestra, que nos ha sido encomendada por su vulnerabilidad y no podemos ponerla entre paréntesis con una actuación negligente o abusiva. La vida de nuestros mayores es un fin en sí mismo y nuestra responsabilidad es cuidarla.

Además de la responsabilidad contractual que conlleva el trabajo profesional con los ancianos, nuestra responsabilidad con los mayores que sufren malos tratos, bajo las figuras de la agresión, de la negligencia o del abuso, es tan incondicional o irrevocable como puedan serlo las establecidas por la naturaleza, o por la sangre. Razón: nuestra responsabilidad se relaciona directamente con el ejercicio del saber y del poder; y cuanto más saber, más poder y más capacidad para hacer y deshacer. Consecuentemente, nuestras acciones u omisiones tendrán mayor responsabilidad profesional respecto a las consecuencias negativas o positivas que puedan experimentar nuestros mayores por el trato recibido (9).

No-maleficencia

El cuarto elemento constitutivo del comportamiento ético de los enfermeros y enfermeras dedicados al cuidado de nuestros mayores está en el prin-

21 cipio ético de la no-maleficencia; y que implica el mayor grado de exigibilidad moral respecto a los malos tratos.

Desde la importancia que históricamente ha tenido en la clínica el “no dañar” como precepto técnico, afirmamos ahora su mayor radicalidad y categoría como precepto moral; pues, si no estuviéramos obligados primero a “no dañar”, no habría por qué ir buscando nuevas técnicas que reduzcan el daño.

No podemos hacer mal a nadie. Es un principio absoluto. Aunque los destinatarios de nuestras acciones llegasen a renunciar a ser tratados conforme a esa norma, estamos obligados a no hacerle nada malo a nadie. El “hacer daño” o el “hacer mal” no puede ser definido hoy día ni por el poder clínico del médico o del cuidador ni por lo que determine el sujeto, el anciano. El perímetro de la no-maleficencia no es otro que el de la justicia (10). Y la justicia obliga a poner entre paréntesis los intereses particulares de todos los participantes; y actuar con equidad, es decir, tratando a todos los seres humanos con igual consideración y respeto, sin establecer otras diferencias entre ellos que las que redunden en beneficio de todos, en especial de los menos favorecidos. Entonces, cuando no se cumple con este criterio, que es rigurosamente objetivo y tiene carácter absoluto, puede tenerse la seguridad de que se está haciendo mal a las personas, dañándolas injustamente y, por tanto, transgrediendo el principio de no-maleficencia.

Consecuentemente, todo conflicto ético relacionado con los malos tratos a los mayores debe ser resuelto, fundamentalmente, en términos de justicia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morillas Fernández D. Malos tratos a personas mayores: otra forma de violencia, RECPC, 2000, 02-r4: 1-5.
2. 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989; revisada en 126 Asamblea, Sesión Consejo Jerusalén, Israel, Marzo 1990.
3. <http://www.igerontologico.com/salud/Temas/mtratos>.
4. Cammer Paris BE, Meier DE, Goldstein T, Weiss M, Y Fein ED. Abuso y negligencia del anciano. Revista Modern Geriatrics (Ed. española); 7(9): 36-43.
5. Bazo T. Grupo de trabajo: Negligencia y maltrato a las personas ancianas. Memoria 1999. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
6. Lázaro del Nogal M. Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico. Madrid. An Med Interna (Sem) 2000; 17: 51-9.
7. Kessel H, Marin N, Maturana N *et al.* Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. Rev. Esp. Geriatría Gerontología 1996; 31: 367-73.
8. Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid. Alianza Editorial; 1986: 236.
9. Torralba F. Ética del cuidar. Madrid. Institut Borja Bioética y Fundación Mapfre Medicina; 2002: 71-4.
10. Gracia Guillén D. Primum non nocere (El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica). Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid; 1990.