

Maltrato al anciano desde la perspectiva bioética de la enfermería

M^a Dolores Espejo Arias.

Introducción

Mi preocupación por este tema viene desde antiguo por la relación profesional con personas mayores enfermas, o por relación social habitual con vecinos, familiares, etc. Pero solo desde el año 92 he empezado a cuestionarme la situación de maltrato, abuso y abandono de las personas que se encuentran en una edad avanzada respecto a su ciclo vital. Aún con más profundidad al ser invitada a formar parte de una de las tres Comisiones de estudio de la Conferencia de Consenso de Almería en el año 95.

En el primer punto de las conclusiones de esa Declaración se definía el maltrato al anciano de la siguiente forma:

“El maltrato al anciano se define como todo acto u omisión, sufrido por personas de 65 años o más; bien en el medio familiar, en la comunidad o en instituciones que vulnera o ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual o económica, incluidos el principio de autonomía y demás derechos fundamentales, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.”

Fue una interesante iniciativa para concienciar a la sociedad y a los poderes políticos del momento sobre una realidad trágica que se estaba produciendo en nuestra sociedad.

En Junio del 96, también en la misma Ciudad, se trató este tema desde la perspectiva de la Enfermería, dentro del II Congreso Nacional de Enfermería: Santiago Vergara.

Y de nuevo casi al año justo nos volvemos a reunir en equipo multidisciplinar, aunque organizado por Enfermería y a nivel Internacional, para hablar del mismo tema: el maltrato al anciano.

¿Que ocurre con nuestros ancianos?

Existen diversos estudios que nos indican el movimiento de la población, como puede ser el realizado por el equipo del defensor del pueblo andaluz en enero del 95, en el que se dice que dentro de 15 años, el 18% de la población tendrá más de 65 años de edad, incrementándose a un ritmo aproximado de 40.000 personas/año. Y que las propias condiciones psicofísicas derivadas de la edad, el estado y las barreras de las viviendas, la baja renta per capita de los ancianos andaluces y los propios cambios sociales, vislumbran que un alto porcentaje de ancianos van a necesitar ayuda y cuidados personales.

En el mismo estudio se plantea una alternativa a la “panacea” de las residencias para la tercera edad, que se refiere a la atención domiciliaria, que veremos más adelante.

No solo es importante plantear el problema social de esta cuestión, sobre qué hacer con las personas mayores; sino que se debe considerar cuales son los problemas personales de los mayores que no van, en muchas ocasiones, encaminados a conseguir un lugar para vivir sino a **quién** se ocupará de ellos. El maltrato físico a la persona mayor aún siendo importante no es el más grave, sino que podríamos considerar peor el maltrato de tipo psicológico por su gran componente emotivo.

En la Conferencia de Almería del 95, a la que antes me he referido, tuvieron el acierto de convocar a algunas de las personas afectadas por este problema para oír su opinión y que planteasen posibles soluciones. Los problemas que allí se detectaron fueron los siguientes:

- 1- El maltrato se observaba en todas las clases sociales y en cualquier nivel socio-económico.
- 2- Puede ocurrir tanto en instituciones públicas o privadas como en el domicilio.
- 3- Con frecuencia se encuentran implicados los familiares y los cuidadores.
- 4- El maltrato puede ser de tipo físico, síquico, económico o sexual, sufriendo a menudo un mismo anciano más de un tipo de maltrato.
- 5- Determinados factores de riesgo aumentan la probabilidad de sufrir maltrato. Por ejemplo la situación avanzada de enfermedad o en estadio terminal, las minusvalías, el bajo nivel cultural (analfabetismo), etc.
- 6- El desconocimiento de los problemas de los ancianos dificulta la prevención.
- 7- La negación de estos problemas dificulta la intervención
- 8- No se dispone de la legislación específica de protección a las personas ancianas contra los abusos.

Los problemas detectados desde la oficina del defensor del pueblo andaluz, publicados en el libro sobre “El informe de ayuda a domicilio en las capitales andaluzas”, se añaden a los anteriormente citados, y se sitúan en un plano de posterior actuación y provee que un alto porcentaje de ancianos va a necesitar ayuda y cuidados personales por los siguientes motivos:

- 1- Por sus propias condiciones psicofísicas derivadas de la edad
- 2- Por el estado y barreras de las viviendas
- 3- La baja renta per capita
- 4- Por los cambios sociales, como la reducción del entorno familiar.

Y por último expondré los problemas detectados en nuestra Unidad de MI-Rehabilitación, que con 41 camas tiene destinadas una media de 28 a MI y de 13 a Rehabilitación, siendo la media de edad de los enfermos de MI de 80 años y la de los enfermos de Rh. de 65,5 años.

Los problemas que habitualmente se encuentran están relacionados con el alta del enfermo por los siguientes motivos:

- 1- La familia no se hace cargo del enfermo al no haber sido posible su total recuperación, es decir que su autonomía ha quedado disminuida y con una mayor dependencia de otra persona. Esto hace que comience a verse al anciano como una carga familiar, cuando en algunas ocasiones hasta ese momento, había sido una ayuda por haber tenido responsabilidades propias o delegadas en el trabajo del hogar o en el cuidado de los nietos.
- 2- La familia no acepta el alta a una residencia por prejuicios sociales. “Que dirán”
- 3- En otros casos no tiene familia, al menos directa, y dada su patología no puede seguir viviendo sola o solo. En ocasiones nos encontramos que han sido los vecinos sus únicos cuidadores.
- 4- No existen plazas en residencias asistidas, donde puedan atenderles.
- 5- La familia no colabora con el equipo asistencial en la recuperación del enfermo, e incluso entorpece la evolución favorable del anciano para dilatar o evitar el alta.
- 6- Miedo de la familia de no saber dar la atención y los cuidados que necesitará el enfermo en el domicilio, y la dificultad de acceso a personal especializado: enfermera o médico, ante dudas en su actuación.

Todo lo expuesto desde estas tres perspectivas hace suponer que el anciano enfermo o no, está sufriendo una situación de abandono, rechazo social y soledad.

El **abandono** viene en la mayoría de los casos motivado por los siguientes aspectos:

- La laboralización de la mujer, que era quien históricamente se ocupaba de la atención integral de cada uno de los miembros de la familia, siendo esta tarea su función primordial.
- La mujer tiende a salir del hogar por motivo laboral o de realización social. El rol que hasta ese momento desempeña pasa a compartirlo con otra persona extraña al núcleo familiar, lo que además conlleva un aumento del gasto en la economía familiar.
- El varón no termina de asumir su responsabilidad en el cuidado de los niños, los ancianos, los miembros enfermos, que integran una determinada familia.
- Evolucionan el concepto de familia tradicional.

- Se da una situación de mayor independencia de cada uno de los miembros, dentro de la relación familiar.

- Y por último se ven reducidas las dimensiones de las viviendas de protección oficial.

Los motivos de **rechazo social** se manifiestan en los siguientes puntos:

- En la distribución de recursos económicos: con pensiones insuficientes en relación al nivel de vida actual.

- En lo social, en el insuficiente número de residencias de ancianos subvencionadas o públicas, y en el no control de calidad asistencial de las privadas, lo que con frecuencia lleva a un abuso sobre los recursos económicos del anciano y a una insuficiente cobertura de las necesidades básicas que pueda requerir según su capacidad de independencia, detectándose con excesiva frecuencia una baja calidad asistencial y que solo de forma esporádica trasciende a la sociedad por los medios de comunicación.

La Comunidad Económica Europea fija en un 5% el porcentaje idóneo para dotar de plazas residenciales a la población anciana. Sin embargo, los ancianos andaluces disponen de un conjunto de plazas que solo alcanza al 2,30% de la población anciana. Tomando la previsión del Plan de Servicios Sociales de 1993-1996, de dotar con un 3,5% de plazas, habrá existido en 1994, un déficit de 9.416, y en el año 1995 unas 14.088. Este índice tan bajo de plazas residenciales provoca lista de espera para acceder a ellas de hasta tres años, en algunas provincias, y condiciona un mayor número de población tributaria de asistencia a domicilio.

- A nivel sanitario continua sin desarrollarse de la misma forma, según las distintas Autonomías, la atención domiciliaria y favorecer las Residencias Geriátricas asistidas lo que llevaría a desbloquear las camas hospitalarias, ya que constituyen el 25% de las admisiones, ocupan el 50% de las camas y su estancia media es 3 veces superior a la de otros adultos por los problemas vistos anteriormente.

Aún no existe un abordaje integral y programado de sus problemas que desarrolle actividades de prevención, rehabilitación o educación para la salud. Tampoco hay una atención especial suficiente por acercar los servicios a los mayores que no llegan a los mismos, a causa de barreras relacionadas con la accesibilidad físico y/o cultural.

En aquellas prestaciones no cubiertas o deficientemente dotadas por la red pública como son la atención odontológica, podología o rehabilitación, nos encontramos por ejemplo que sólo el 50% de los andaluces mayores acuden al dentista. Se trata indudablemente de una situación ligada a la accesibilidad económica, por los bajos recursos de muchos de los mayores, lo que plantea serios problemas de equidad.

Las residencias se plantean como una necesidad que viene producida por el abandono del anciano, pero que no se puede valorar como la solución al verdadero problema ya que con frecuencia el conseguir una plaza en ellas supone algunas veces la

separación de los cónyuges, la salida de su hábitat, la separación de sus amistades. El 95% quiere envejecer dignamente en su casa, en su hábitat.

La institucionalización de los ancianos en residencias, provoca en las personas mayores problemas tanto a nivel personal (soledad, sensación de rechazo), como a nivel familiar.

En un artículo sobre “el personal sanitario ante la muerte en una residencia de ancianos”, publicado en la revista Bioética y Ciencias de la Salud de diciembre del 95, la autora describe las fases de: negación, ira, pacto, depresión, aceptación y esperanza, por las que atraviesa las personas que llegan como residentes. Estas fases están descritas por Kübler-Ros en su libro “Sobre la muerte y los moribundos”. Como se observa la autora, auxiliar experimentada en la acogida y trato con los que viven en estas residencias, relaciona las etapas del final de la vida, con las etapas por las que pasa el anciano al ingreso en una institución de este tipo.

Para la persona que decide por sí misma este lugar para vivir y que aún se encuentre en perfecto estado de salud tanto físico como síquico, la comparación no es útil, aunque sí le supondrá un tiempo de adaptación a convivir con una serie de personas desconocidas y además tendrá que adaptarse a un mínimo de reglas y horarios.

Aunque estos dos problemas de abandono y rechazo social son de apreciable envergadura, aún lo es más el de la **soledad**. Los motivos que aparentemente llevan a este tercer problema son:

- Con más frecuencia la falta del cónyuge; aunque en otras ocasiones la soledad la sufren juntos.

- También influye la disminución del número de hijos (uno o dos y menos frecuente tres).

- Las dificultades laborales, que alejan a los hijos de los padres al verse obligados a buscar trabajo en ciudades distintas a la de residencia habitual.

- Y el trato despersonalizado no solo en algunas instituciones como las residencias de ancianos, sino más grave el que reciben por parte de gente más joven al considerarlos como seres no productivos, dependientes de, que han dejado de ser “útiles”, que deben mantenerse al margen de los espacios que ocupan ellos (facultades, cafeterías, pubs, etc.). En definitiva barreras de comunicación que aíslan a unos de otros.

¿Qué supone para ellos?

Parte de lo expuesto hasta ahora se puede encontrar recogido en distintos estudios realizados por la Junta de Andalucía, el Defensor del Pueblo, o en el Sistema Gráfico de Información Sanitaria Nacional.

Los que estamos en el medio sanitario: atención primaria, urgencias, hospitalización, o residencias geriátricas, conocemos unas vivencias más crudas, más

humanas, más desgarradoras, más íntimas, más enternecedoras en otras muchas ocasiones

Las estadísticas ayudan a situarse en un tipo de realidad pero la verdadera realidad es la que muchas veces nos toca ayudar a asumir en el día a día. La verdad está fuera de los números, la encontramos en cada uno de esos que llaman **viejos** por pensar que **no tienen utilidad**, o que llamamos **ancianos** por haber sobrepasado la barrera de **65 años** de vida.

He tenido la posibilidad de seguir de cerca la jubilación de mi padre, sus amigos, algunos empleados de mi Hospital. Se podría contar una historia de cada uno de ellos. Y en todos ha sido decisivo el papel que ha ocupado la familia: el cónyuge, los hijos, los nietos...

La llegada a la jubilación supone cerrar una puerta a lo que ha sido una etapa de producción laboral, relaciones sociales, sentimientos de seguridad, de autoafirmación, etc. Comparable, al menos por mí, a la situación que vive la persona joven (25-40 años) a la que diagnostican una enfermedad mortal. Quizá nos cueste ver la similitud porque por el hecho de jubilarse nadie te está marcando una vida breve pero sí un declive, por otra parte natural-biológico, que al estar unido a la ruptura de un rol ejercido durante gran parte de la vida, ocasiona un replanteamiento de fondo para un número menor de años de los vividos hasta ahora, que va unido a un deterioro físico y síquico con una necesidad mayor de dependencia de otros.

Esta situación tan especial se puede convertir en un drama o convertirse en una nueva etapa tan apasionante como las anteriormente vividas. Lo que va a diferenciar una de otra será el apoyo que esa persona encuentre no sólo en el momento crucial sino a lo largo de los años que viva.

Al avanzar la edad y con ella el mayor o menor deterioro físico y síquico y hacerse cada vez más dependiente de los demás será cuando esos posibles signos de maltrato aparezcan de forma más evidente sobre todo si va unido a algún tipo de patología como el Alzheimer, o cualquier otra de tipo invalidante. Estos signos de maltrato a nivel de hospitalización están recogidos en varios estudios alguno de ellos realizado por personal de enfermería, como el llevado a cabo en un Hospital de Granada, en el que consideraron como señales de abuso o maltrato tres puntos de observación:

1- las consecuencias físicas de posibles negligencias como son las lesiones cutáneas, la deficiente higiene, el grado de desnutrición y de deshidratación.

2- el nivel de cumplimiento terapéutico

3- y la actitud del cuidador habitual.

El estudio lo realizaron sobre 60 enfermos, entre 65 y 91 años, y detectaron con este síndrome 4 enfermos.

¿Por qué el maltrato?

Por nuestra profesión de Enfermeras vivimos muy de cerca la etapa final de la vida de otros semejantes y sabemos, por experiencia, que no podemos ayudarles de forma adecuada si no tenemos asumida nuestra propia muerte. Nos hemos encontrado en la situación de no saber qué decir, qué hacer, ni ser apoyo cuando se presenta el duelo. Lo que hacemos es **huir**, rechazar lo que no sabemos cómo asumir sin perecer en el intento.

Esto se hace muy evidente en los profesionales recién terminados y en los que comienzan a realizar su trabajo en una Unidad de Cuidados Paliativos en los que la relación humana es más intensa y el índice de mortalidad elevado.

Al hilo de este planteamiento me asaltan algunos interrogantes:

¿Nos estará ocurriendo igual ante la persona mayor de 65 años?

¿Tenemos asumida la vejez?

¿Tenemos miedo al avance imparable del tiempo sobre nuestro cuerpo y nuestra vida?

Es difícil ayudar a envejecer si continuamente damos muestra de que para nosotros es un enemigo que se aproxima en la sombra, y que intentamos engañarlo por medio de cirugías, dietas, cosmética, no celebrar los cumpleaños, prohibir a los nietos que nos llamen abuelos/as, y actitudes similares que también podemos tener cualquiera de nosotros por motivos simplemente banales. Pero que en otras ocasiones puede tener un trasfondo de no querer que nos arrinconen, que no nos vean como un cacharro viejo, que nos sigan considerando como siempre lo hacían....., pueden ser algunos de estos, los motivos de ocultar la edad a cualquier precio. Se ha perdido la veneración a la persona mayor vista como un cúmulo de experiencia y de sabio consejo, en una sociedad acelerada en un hacer sin parar, en la que vales según tienes dinero, fuerza, belleza....Son signos de una mentalidad materialista y que tiene sus consecuencias también en nuestra actuación profesional, aunque no en todos los casos.

Desde el punto de vista social puede ocurrir algo similar respecto a nuestros mayores, conceptuándolos como personas de “categoría inferior”: no productivas que consumen gran parte de los recursos sanitarios y sociales, con una mentalidad economicista que llega a poner la edad cronológica como criterio de exclusión en la atención sanitaria.

Pienso que la solución no solo radica en planes que abarquen el plano social, el sanitario, etc., que son muy importantes, sino más bien en un cambio que sin incidir directamente en el rol actual individual, familiar, social, etc. venga a ser la solución al problema del maltrato al anciano que es el que nos ocupa en esta mesa redonda pero que podríamos tratar de forma muy similar si cambiamos “geriátrico” por “pediátrico” o por “deficientes” o por “enfermos de SIDA”. Me refiero a que no influye tanto el tipo de patología o deficiencia como a la dependencia de estas personas de otras que se verán obligadas, a nivel social o individual, a suplirles una necesidades que hasta un determinado momento no presentaban porque eran autosuficientes.

La clave podría estar en un planteamiento humanístico, personalista y solidario que afirma la dignidad plena de la persona humana. Y referido a un cambio de cultura social que debería empezar por un compromiso individual, que evidentemente se reflejaría en las medidas que se utilizarían para su solución.

El tema es tan serio que para llegar a una solución real hay que empezar por atajar el mal desde su raíz. Esto supone que las estrategias a pensar son mucho más costosas pero también resultarían más eficaces.

Para ello les invito a que entre todos las pensemos desde la perspectiva personalista antes mencionada.

Propuesta final

Mi propuesta para llegar a esa solución, que todos anhelamos, parte del Principio del **respeto y de la defensa de la vida física de cada individuo humano**, tomando como expresión de la vida física la corporeidad, que forma parte integrante de la persona humana como elemento consustancial de la persona en su totalidad. Como consecuencia tanto la supresión de la vida física como cualquier medio o acción que la agrieda representa una grave ofensa contra la persona.

Aquí se pueden presentar disquisiciones variadas sobre qué se entiende por persona. Para simplificar podemos utilizar el término ser humano para designar a ese ser que no puede dejar de ser lo que es, aunque en el estadio final de su vida esté en una situación degenerativa muy avanzada. Es un planteamiento más biologicista que filosófico pero en el que nadie puede dejar de estar de acuerdo y menos desde los grandes avances actuales en genética humana.

Recordemos que no solo hablamos del anciano autónomo sino también del que permanece postrado tras años de enfermedad y posiblemente en estado vegetativo. También en esta situación merecen el respeto debido al hecho de ser un semejante, de pertenecer a la raza humana.

- El **principio terapéutico**, que justifica y fundamenta la intervención médico-sanitaria a partir de la cura de la salud en sentido preventivo, curativo, rehabilitador y paliativo. Es necesario para su correcta aplicación condiciones muy precisas a cerca del tipo de intervención sanitaria, a los resultados que se pretenden conseguir, a la proporcionalidad del riesgo, al consentimiento informado.

El anciano por estar en situación de abandono no puede ser material de investigación sin contar con su consentimiento, como ha ocurrido ya en varias ocasiones. Recordemos como en un Hospital de Brooklin, en el año 1963, se inyectaron células tumorales en pacientes ancianos sin que ellos tuvieran conocimiento de que estaban formando parte de una experimentación. Es claramente una manipulación de quien está en inferioridad de condiciones.

Habrá que facilitar el acceso a la sanidad en aquellas especialidades que no están suficientemente cubiertas y que para la persona mayor tienen una mayor importancia

como puede ser la podología, odontología, unidades geriátricas, rehabilitación. Y el acceso a prótesis y otros medios que le faciliten mayor autonomía o mayor confort como pueden ser: sillas de ruedas, andadores, prótesis dentarias, gafas, camas articuladas, etc. Sabiendo que sus recursos económicos son mas limitados y sus necesidades cada vez mayores.

No es buena política la de impedir el acceso a algunas especialidades de la sanidad por razón únicamente de la edad cronológica alegando que los recursos públicos son muy limitados y se reservan para personas con más posibilidad de beneficio.

Es cierto que los recursos son limitados, pero también es cierto que la valoración se deberá hacer de forma individual sabiendo que con una misma edad cabe un amplio abanico de situaciones sociales, de cultura y de salud.

- El principio de **libertad-responsabilidad** que integra la relación interpersonal, la comunicación del paciente con el médico o con cualquier otro componente del equipo asistencial, así como la corresponsabilidad con otros componentes de la sociedad civil, jurídica y económica. Esta relación debe estar constituida sobre el bien objetivo de la persona.

No podemos olvidar que mientras la persona, aunque de edad avanzada, tenga la capacidad de discernir, estamos obligados a respetar su voluntad.

El principio de autonomía con frecuencia se arguye en el ambiente teórico de la bioética y debemos ayudar a aplicarlo, cuando presenciamos como la familia decide, por ejemplo sobre una intervención quirúrgica sin contar con la opinión de la persona afectada como si fuese incapaz, por el mero hecho de tener 80 o 92 años.

Con facilidad vemos como se erigen en jueces de lo que es más conveniente, por los riesgos, por las molestias que les ocasionará; sin tener en cuenta que el único que tiene derecho a decidir sobre lo que le conviene en un momento dado , o sobre su futuro, es quien sufrirá la intervención sanitaria.

La familia o responsables pueden actuar como tutores para evitar abusos de cualquier tipo, pero respetando la opinión del mayor.

- El **principio de socialidad-subsidiaridad** que abarca la organización de los servicios y la distribución de los recursos económicos que tienen una dimensión netamente social que debe ejercitarse a partir de la necesidad singular del individuo, interesándose por el bien social primario que supone la defensa, promoción y calidad de la vida y la salud del ciudadano sin discriminación por edad, raza, creencias, patologías, etc.

La sociedad debe hacerse cargo de las necesidades del individuo cuando éste no tenga capacidad de resolución por sí mismo.

La intervención más clara de la sociedad es el **voluntariado** que actúa tanto en Centros sanitarios, como a nivel de domicilios, y cuya función primordial es la de suplir a la familia en lo que a ella le resulta imposible llegar: compañía en esas largas horas de

soledad, acompañamiento a realizar tareas fuera de su domicilio, tareas domésticas, o facilitarle el acceso social que por desconocimiento o cultura nunca conseguirían.

Otra iniciativa, en algunas comunidades es la **residencia de estudiantes en domicilios de personas mayores que están solas**, y que parece está siendo de gran interés este tipo de convivencia que ayuda al mayor por estar acompañado y al joven por valorar el afecto de una persona que podría ser su abuelo/a con las connotaciones positivas que esta palabra tiene.

Las residencias geriátricas o de “3^a edad” no son de ninguna manera la panacea para el futuro residente. Sí se deben contemplar en casos especiales en que no exista la familia y la persona se encuentre con una dependencia que le haga imposible continuar viviendo sola. Y por su puesto las de tipo asistido.

Para la administración pública es más rentable, y existen estudios que así lo demuestran, el mantener al anciano en su domicilio. Para esto habrá que desarrollar más la **atención domiciliaria** que cubra todas las necesidades del anciano y colabore con la familia que posiblemente no pueda dedicarle todo su tiempo, o que haya tareas que le resulte imposible realizar sin ayuda de un experto. Aquí tiene un papel primordial la Enfermería y que aún habrá que desarrollar más.

También en este apartado se debe tener en cuenta el desgaste de la familia en la atención de sus mayores que le impidan dedicarse a otras tareas laborales, culturales, etc. No está de más y de hecho ya existen, **residencias de fin de semana** para enfermos de Alzheimer, o **de vacaciones**, que ofrecen la posibilidad de descanso a quien siempre está dedicado a su cuidado.

A nivel arquitectónico **evitar las barreras** urbanas, facilitarles el acceso a sus viviendas, condicionárselas, etc.

Por último, me gustaría terminar nombrando la “ley de la reciprocidad” que nos sitúa en el dar y el recibir, nos habla del don de sí mismo y de la acogida del otro apelando a la responsabilidad de cada uno por los demás. El cambio socio-cultural, debe comenzar por cada individuo.

Las Enfermeras desde nuestro lugar de privilegio junto al ser humano nos debemos plantear “...amar y respetar la vida de cada hombre de cada mujer y trabajar con constancia y valor, para que se instaure finalmente en nuestro tiempo, marcado por tantos signos de muerte, una cultura nueva de la vida, fruto de la cultura de la verdad....”

Bibliografía:

- “Declaración de Almería”, Bioética y Ciencias de la Salud, Vol.I nº2, pp56-57. SAIB.
- El Servicio de Ayuda a Domicilio en las Capitales Andaluzas. Informe al Parlamento de Andalucía, Enero-95.
- Plan andaluz de Salud. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.1993-1996.
- Mancheño, P.: “El personal sanitario ante la muerte en una residencia de ancianos”, Bioética y Ciencias de la Salud”, Vol.I nº3.SAIB.
- Hennezel De, M.: “La muerte íntima”. Plaza & Janes.
- “Síndrome de abuso en el anciano. Implicaciones en enfermería, Enfermería Científica nº166-167, Enero-Febrero 1996.
- Sgreccia E. “Manual de Bioética”. Ed. Diana, Méjico 1997.
- Sistema Gráfico de Información Sanitaria en España (ADOS-FIS), 1994.
- Camps V. Entrevista en la Revista del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, nº 8, Febrero-Marzo 1997
- Pérez Melero A. “Aspectos éticos del Cuidado de los Ancianos”, Etica y Legislación en Enfermería, Mosby-Doyma 1997.
- Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Oviedo, 4 de Abril de 1997.
- Melendo T., Millán-Puelles L. “Dignidad: ¿Una palabra vacía?, EUNSA, 1996.
- Juan Pablo II, Evangelium Vitae, “Ley de la reciprocidad” nº 76-77. Roma 1995.
- Barbero J.,”Problemas éticos en la atención al anciano enfermo”. Rev. Labor Hospitalaria, nº243, 1997.