

ANÁLISIS DE LA AUTONEGLIGENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

ANALYSIS OF ELDER SELF-NEGLECT

Carmen Touza Garma
Universidad de Islas Baleares

Resumen: Este artículo analiza la autonegligencia en las personas mayores, con el objetivo de promover la investigación y la intervención ante este desafío planteado a los servicios socio-sanitarios por el envejecimiento de la población. Se examinan aspectos sobre su conceptualización y la heterogeneidad de las personas mayores autonegligentes. Se analizan datos de prevalencia, los resultados de las investigaciones sobre las consecuencias producidas y los estudios que muestran que se trata de un síndrome geriátrico multifactorial. Se discute la dificultad de las intervenciones para conseguir el equilibrio entre los derechos de las personas mayores y la obligación de los profesionales de garantizar su bienestar. Finalmente, se expone la tendencia actual a establecer una atención integral a la salud física y mental en el nivel de atención primaria y a hacer participar a las personas en su autocuidado.

Palabras clave: Autonegligencia, Personas mayores, Atención primaria integral.

Abstract: This article analyses self-neglect in elder people, aiming to promote research and intervention in response to this challenge posed to socio-health services due to the aging of the population. Different aspects related to the conceptualization of self-neglect and the heterogeneity of self-neglecting seniors are examined. Prevalence data, research results about consequences, and research results reflecting a multifactorial geriatric syndrome are analysed. The difficulty of interventions in order to balance the elder people's rights and professionals' obligation to guarantee their well-being is discussed. Finally, the current tendency to establish an integrated care to physical and mental health at the primary care level and to involve people in their self-care is exposed.

Keywords: Self-neglect, Elder people, Integrated primary care.

| Recibido: 05/02/2019 | Revisado: 22/04/2019 | Aceptado: 21/05/2019 | Publicado: 31/05/2019 |

Correspondencia: Carmen Touza. Departamento de Pedagogía y Didácticas Específicas (Universidad de las Islas Baleares. Tfno: 971172492. Email: carmen.touza@uib.es. Fax: 9711731.90. Cra. de Valldemossa, Km. 7,5. Edificio Guillmen Cifre de Colonya. 07122 Palma de Mallorca.

Referencia normalizada: Touza, C. (2019). Análisis de la autonegligencia en las personas mayores. *Trabajo Social Hoy*, 87, 73-84. doi: 10.12960/TSH.2019.0011

1. INTRODUCCIÓN

Como señala la Organización Mundial de la Salud (2018):

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (para. 1).

Uno de los retos que el envejecimiento de la población está planteando a los profesionales sociosanitarios es la autonegligencia, considerada como un problema de salud pública que afecta a millones de personas mayores cada año (Dong, 2017). Las personas autonegligentes no llevan a cabo las tareas de la vida diaria que les garantizarían su bienestar y seguridad, ni disponen de los servicios de apoyo que las realicen por ellas. No se produce únicamente en la vejez, pero, al envejecer, las personas pueden experimentar un mayor riesgo de discapacidad física, deterioro cognitivo y aislamiento social, lo que, a su vez, puede incrementar el riesgo de que aparezcan comportamientos autonegligentes (Dong, 2016).

A pesar de la relevancia del problema, las investigaciones son escasas y se enfrentan a importantes dificultades. La primera de ellas es la diversidad de definiciones que hace difícil comparar los resultados obtenidos. Por otra parte, las características de los estudios realizados (Hildebrand et al., 2014) pueden limitar el conocimiento actual sobre la autonegligencia. En este sentido, hay que tener en cuenta que la mayoría de las investigaciones han utilizado un diseño transversal y se necesitan más estudios longitudinales para conocer la trayectoria seguida por la autonegligencia. Asimismo, aunque se considera un síndrome multifactorial, se desconoce la relación entre los distintos factores. También son escasos los estudios sobre mecanismos protectores (Hei y Dong, 2017). Estas dos circunstancias dificultan el conocimiento de su etiología. Otra limitación es que la mayoría de los estudios se han realizado con poblaciones caucásicas y afroamericanas urbanas. Faltan datos sobre poblaciones de otras etnias y de entornos rurales. También la mayoría de las investigaciones se han realizado con casos notificados a los servicios de protección de adultos y con personas mayores que han accedido a participar en ellas. Esta circunstancia hace que estén infrarrepresentados tanto los casos leves, como los más graves. Finalmente, es importante destacar que se han realizado muy pocas investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones. Como indican Hildebrand y colaboradores (2014) las investigaciones sobre personas autonegligentes que son capaces de vivir seguras en la comunidad con apoyo aportarían mucha información sobre este aspecto.

Teniendo en cuenta las dificultades y limitaciones señaladas, el objetivo de este artículo es analizar los aspectos planteados en las investigaciones actuales sobre la autonegligencia con la finalidad de que este análisis pueda ser útil para fomentar la investigación y la intervención que mejoren la calidad de vida de las personas mayores.

2. ¿QUÉ ES LA AUTONEGLIGENCIA?

La autonegligencia ha sido definida como la falta de capacidad (intencionada o no intencionada) para mantener los estándares de autocuidado social y culturalmente aceptados, lo que puede suponer consecuencias graves para la propia salud y bienestar de la persona, e incluso, de su comunidad (Gibbons et al., 2006). Para Pavlou y Lachs (2006, 2008), las personas mayores autonegligentes presentan una o más de las siguientes características: (1) falta continuada de atención a la higiene personal y/o a la ambiental; (2) rechazo reiterado a alguno o a todos los servicios que podrían mejorar su calidad de vida y (3) la persona se pone a sí misma en peligro con comportamientos inseguros. El *National Center on Elder Abuse* (2018) define la autonegligencia como el comportamiento de la persona mayor que amenaza su salud y su seguridad. Generalmente se manifiesta como el rechazo o el fracaso para proveerse a uno mismo de la adecuada alimentación, agua, ropa, alojamiento, higiene personal, medicación (cuando está indicada) y medidas de seguridad. Esta definición excluye las situaciones en las que una persona mayor mentalmente competente, que comprende las consecuencias de sus decisiones, decide de forma consciente y voluntaria participar en actos que amenazan su salud o seguridad como una elección personal.

Las áreas que se han considerado fundamentales para valorar una posible situación de autonegligencia son el deterioro de la higiene personal (incumplimiento de normas básicas de higiene personal, ropa sucia...), el inadecuado cuidado de la salud de uno mismo (alimentación inadecuada, deshidratación, incumplimiento medicación prescrita, falta de ayudas...), el deterioro de la vivienda y de las propiedades (insalubridad, inseguridad, falta o inadecuación de instalaciones, acumulación de objetos o de animales domésticos...) y las dificultades para percibir la situación y para aceptar ayuda (Band-Winterstein et al., 2012; Dong et al., 2012; Dyer et al., 2006; Nathanson, 2009; Turner et al., 2012).

La autonegligencia se ha considerado un síndrome que a veces coexiste con otros síndromes geriátricos como el trastorno de acumulación. Esta acumulación se ha relacionado con una forma específica de autonegligencia severa, como es el Síndrome de Diógenes, que se caracteriza por una higiene extremadamente pobre y una incapacidad para mantener rutinas adecuadas de autocuidado, junto con la silogomanía (Roane et al., 2017).

Pero la autonegligencia no es un fenómeno homogéneo. Las personas que mantienen conductas autonegligentes son un grupo muy heterogéneo, ya que la falta de cuidados puede producirse en diferentes áreas, por diferentes causas y con diferente grado de severidad. Burnett y colaboradores (2014) han identificado cuatro subtipos de autonegligencia, en función de las áreas en las que la persona no es capaz de garantizarse el cuidado. Según esta clasificación, es posible encontrar casos de autonegligencia financiera, ambiental, física y médica o global. Otra posible clasificación de tipologías es la señalada en la definición de Gibbons et al., (2006) expuesta anteriormente, que contempla la existencia de situaciones de autonegligencia intencionales y no intencionales.

La heterogeneidad también podría afectar a los motivos que subyacen a los comportamientos autonegligentes. Estos comportamientos pueden producir daños en las personas que los realizan, pero la intencionalidad que subyace a esas conductas no siempre tiene que ser dañarse a uno mismo. Wand y colaboradores (2018) señalan que, a diferencia de la conducta suicida cuyo propósito es la autodestrucción o la terminación del sufrimiento, la autonegligencia puede ser una respuesta ante situaciones en las que la persona ve amenazada su libertad personal, ante situaciones que amenazan la propia identidad y el sentido de continuidad y en otros casos es una manifestación de dificultades para la resolución de problemas debido a un deterioro cognitivo.

Otro aspecto relevante para conceptualizar la autonegligencia es acercarse a la discusión de si se considera o no un tipo de malos tratos. En algunos países, como es el caso de los Estados Unidos, la autonegligencia es considerada una tipología de malos tratos a las personas mayores o a los adultos vulnerables, mientras que en otros, como Australia o Irlanda, no lo es. La razón de esta discrepancia es si se establece o no como requisito de las situaciones maltratadoras el que se produzcan en un contexto de interacción entre dos partes entre las que existe una relación de confianza, tal y como establecen definiciones como las de la Organización Mundial de la Salud (2002). En los casos de autonegligencia no hay un cuidador identificable u otra persona que sea la que inflija el maltrato o que sea responsable de las condiciones negligentes.

Desde el punto de vista de la intervención, la consideración de la autonegligencia como una tipología de malos tratos, ha permitido que los casos sean competencia de los servicios de protección de adultos. Debido a su falta de capacidad para protegerse de posibles daños producidos por otras personas o por sí mismos, las personas autonegligentes son consideradas personas en riesgo desde el punto de vista de los sistemas desarrollados para la protección de los adultos. Ejemplos de ello son las normativas desarrolladas en Inglaterra (*Care Act 2014*) o en Escocia (*Adult Support and Protection Act 2007*).

3. PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS

La autonegligencia es el tipo de maltrato más frecuentemente atendido por los servicios de protección de adultos estadounidenses, representando más de la mitad del resto de tipos de malos tratos considerados conjuntamente. Por otra parte, el número de notificaciones ha ido aumentando (Dong, 2016; Dong y Simon, 2016).

Algunos estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos han encontrado índices de prevalencia del 9 % en personas mayores que viven en la comunidad (Dong, 2014). Sin embargo, estudios con minorías étnicas ofrecen cifras algo más altas, lo que podría indicar que los niveles de pobreza y las barreras culturales y lingüísticas pueden dificultar el poder contratar cuidados en el hogar y acceder a los servicios de salud (Dong y Simon, 2016). En Corea del Sur se ha informado de índices de prevalencia del 4,1 % (Lee y Kim, 2014). En Europa nos encontramos con tasas de prevalencia de 166 a 211 casos por 100 000 habitantes en Escocia (Lauder y Roxburgh, 2012), o de 142 por 100 000 habitantes en Irlanda (Day et al., 2016).

Es probable que las tasas de incidencia y de prevalencia de la autonegligencia se incrementen en los países en los que se está produciendo un proceso de envejecimiento de la población, como ocurre en España, en la que se ha estimado que en torno al año 2050 vivirán unos 15 millones de personas mayores y un 37 % de ellas superarán los 80 años (Causapié et al., 2011).

La autonegligencia debería ser considerada un grave problema sociosanitario debido no solo a la frecuencia con la que parece producirse, sino también por las graves consecuencias que se han asociado a la misma. Las investigaciones han relacionado la autonegligencia con problemas de salud; con el incremento del riesgo de mortalidad, especialmente el año siguiente a la detección y notificación (6 veces más y 15 más en los casos de autonegligencia severa); con la utilización de servicios de cuidados paliativos y con estancias más cortas en los mismos antecediendo a la defunción; con la utilización de servicios de urgencias, hospitalizaciones e ingreso en residencias; con sufrir malos tratos (negligencia, explotación económica, maltrato físico); y convertirse en una persona sin hogar (Day et al., 2015; Dong y Simon, 2013; Halphen y Burnett, 2014; Hansen et al., 2016). Además, los estudios han encontrado que la gravedad de los comportamientos autonegligentes se relaciona con la gravedad de las consecuencias producidas (Dong et al., 2012).

4. ETIOLOGÍA

Aunque no existe un acuerdo unánime en los resultados, las investigaciones sobre factores de riesgo han relacionado la autonegligencia con la fragilidad, la hipertensión, las deficiencias nutricionales, la depresión, la demencia, los déficits en la función ejecutiva,

las dificultades para el desarrollo de actividades de la vida diaria, las dificultades para el desarrollo de actividades instrumentales, el consumo de alcohol u otras drogas, haber mostrado comportamientos autonegligentes en otros momentos anteriores a la vejez, haber vivido experiencias traumáticas (malos tratos, ser veterano de guerra, etc.), vivir solo, la falta de apoyo social, la pobreza y otras variables sociodemográficas como la edad (ser mayor de 80 años) y el nivel educativo (nivel educativo bajo) (Day et al., 2015; Dong, 2016; Dyer et al., 2007; Halphen, y Burnett, 2014; Hildebrand et al., 2014; Lee et al., 2016; Lien et al., 2016; Wilkins et al., 2014).

El deterioro cognitivo es uno de los factores más estudiados. La función ejecutiva parece ser requisito específico para la resolución de problemas y para la toma de decisiones necesarias para un autocuidado adecuado. Los problemas cognitivos podrían producir la autonegligencia o, al contrario, la falta de cuidados adecuados podría producir un declive cognitivo. También la relación podría ser bidireccional. La mayoría de los estudios realizados han utilizado un diseño transversal, lo que no permite establecer la direccionalidad de la relación (Hildebrand et al., 2014).

Dyer et al. (2007) proponen un modelo explicativo en el que la autonegligencia deriva de una serie de etiologías médicas que producirían un deterioro en la función ejecutiva que empeoraría las habilidades de la persona para realizar las actividades instrumentales y de la vida diaria. Además de este declive cognitivo y funcional, muchas personas mayores carecen de apoyo social, recursos económicos y de la habilidad para obtener ayuda de fuentes externas, lo que llevaría a la autonegligencia. Por lo tanto, el desarrollo de la autonegligencia se plantea dentro de un marco biopsicosocial, enfatizando particularmente el papel de la disfunción ejecutiva y el apoyo social. Es importante tener en cuenta que, aunque es frecuente la autonegligencia debida al deterioro cognitivo, este no es una condición preexistente necesaria para que ocurra. La autonegligencia puede ser causada por limitaciones psiquiátricas y/o físicas en adultos mayores con una cognición intacta (Wilkins et al., 2014).

5. CÓMO ORIENTAR LA INTERVENCIÓN

La intervención con personas mayores autonegligentes es éticamente compleja porque está intrínsecamente relacionada con la autonomía, la intencionalidad y la capacidad. Además, puede requerir la adopción de medidas que limiten la independencia (Hildebrand et al., 2014). Esta complejidad de las situaciones puede estar relacionada con el estrés y los sentimientos de frustración que los casos de autonegligencia pueden provocar en los profesionales. Para los profesionales resulta más frustrante enfrentarse a casos de autonegligencia que a otros tipo de casos clínicos (O'Brien et al., 2013).

Una cuestión central es cómo los servicios pueden respetar la autonomía individual, pero, al mismo tiempo ejercer su deber de protección en un contexto de riesgos significativos y de negativa a participar por parte de la persona mayor. Se trata de situaciones muy complejas en las que se corre el riesgo de no respetar los derechos de las personas. También se corre el riesgo de utilizar la libertad de decisión como una excusa para no intervenir. Con relación a este último riesgo, es posible que la combinación de un usuario reacio a participar en la intervención, junto a un sistema sobrecargado por las demandas, produzca como resultado que el profesional considere el “no” inicial del usuario al servicio como una respuesta definitiva y abandone la intervención (Braye et al., 2017).

Otro aspecto central para la intervención de los profesionales es la valoración de la capacidad de la persona mayor para tomar decisiones libres e informadas sobre su forma de vida y sobre su bienestar. Una vez que se detecta autonegligencia relacionada con un deterioro cognitivo, es recomendable valorar la capacidad de la persona para gestionar su económica, su salud y sus condiciones de vida (Wilkins et al., 2014).

La capacidad mental es específica en el tiempo y para un tipo de decisiones, lo que significa que una persona puede ser capaz de tomar algunas decisiones pero no otras en un momento determinado, lo que dificulta su evaluación (Watson, 2014). Además, no es suficiente con la valoración del funcionamiento cognitivo global, sino que también es necesario valorar componentes específicos como la función ejecutiva y la capacidad para tomar decisiones. Algunas deficiencias en la función ejecutiva no dificultan que los individuos puedan razonar cuando toman decisiones en abstracto, como se requiere en las valoraciones del funcionamiento cognitivo global, pero les dificulta evaluar cuándo deberían actuar según esa decisión o procesar información en el momento en el que se requiere esa acción. En algunos casos, esto podría explicar mejor por qué se mantienen los comportamientos autonegligentes en lugar de considerar que son el resultado de decisiones conscientes y reflexionadas (Braye et al., 2017).

Finalmente, con relación a la valoración de la capacidad para tomar decisiones, también habría que tener en cuenta que las experiencias pasadas, el aislamiento social o los sentimientos de indefensión pueden influir en el hecho de que la persona no considere problemática su situación o no sea capaz o no quiera afrontarla (Braye et al., 2015b).

La investigación y la práctica profesional también indica cómo orientar las intervenciones. Plantean (Braye et al., 2015a, 2015c, 2017; Wilkins et al., 2014) que se requiere el trabajo en equipo con un enfoque multidisciplinar basado en evaluaciones de la capacidad adecuadas y oportunas y en el conocimiento de la normativa existente. Asimismo, las intervenciones deben ser individualizadas y basadas en la persona. Preferentemente se debe intervenir con su consentimiento, invirtiendo tiempo y esfuerzo en

la construcción de la relación de apoyo y negociando para preservar su sentimiento de control. Es necesario trabajar proactivamente para que la persona analice los riesgos que corre e identifique los medios para mitigarlos. Si es posible, también es conveniente implicar a la familia y a otros sistemas de apoyo.

Algunos autores (Rathbone-McCuan, 2014) apoyan la tendencia actual a establecer en el nivel de atención primaria una atención interdisciplinar que integra la salud física y la mental y que se orienta hacia el autocuidado. Este tipo de atención integral es útil para personas con problemas de salud mental, como la depresión o el consumo de sustancias, que pueden limitar la capacidad de autocuidado y favorecer la autonegligencia. Puede facilitar el acceso a las intervenciones de salud mental a las que las personas a menudo se oponen firmemente si dicha atención se ofrece solo dentro del contexto de la atención psiquiátrica. Uno de los objetivos de los profesionales es proporcionar un plan coordinado que aliente a los pacientes a tomar decisiones decididas, activas y viables para crear una rutina de vida diaria que mantenga su bienestar en niveles óptimos. Para algunos pacientes, la meta del equipo de profesionales será redirigir los patrones de comportamientos autonegligentes que son contrarios a los objetivos de autocuidado.

6. CONCLUSIONES

La autonegligencia supone un reto para las sociedades en las que se está produciendo un envejecimiento de la población. Aunque no existe una definición consensuada, existe bastante acuerdo en considerar que se trata de un síndrome geriátrico con una etiología multifactorial que puede producir graves consecuencias.

El conocimiento actual sobre el tipo de intervenciones que pueden ser eficaces es limitado, pero los estudios actuales muestran que es necesario plantear intervenciones multidisciplinares que integren distintos puntos de vista sobre la autonomía y la autodeterminación. Este enfoque requiere el trabajo en equipo y la coordinación entre instituciones o entidades. Por otra parte, las intervenciones deben garantizar los derechos de las personas mayores, al tiempo que se consigue su bienestar, por lo que, siempre que sea posible, deben acordarse con cada usuario y adaptarse a sus características.

Para terminar, consideramos fundamental seguir avanzando en las investigaciones sobre la autonegligencia y superar las limitaciones de los estudios actuales para disponer de conocimiento más fundamentado para mejorar la calidad de vida y garantizar los derechos de las personas mayores.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Band-Winterstein, T., Doron, I., y Naim, S. (2012). Elder self neglect: A geriatric syndrome or a life course story? *Journal of Aging Studies*, 26, 109–118.
doi: 10.1016/j.jaging.2011.10.001
- Braye, S., Orr, D., y Preston-Shoot, M. (2015a). Learning lessons about self-neglect? An analysis of serious case reviews. *Journal of Adult Protection*, 17, 3-18.
doi: 10.1108/JAP-05-2014-0014
- Braye, S., Orr, D., y Preston-Shoot, M. (2015b). *Self-neglect policy and practice: re-search messages for practitioners*. London: Social Care Institute for Excellence.
- Braye, S., Orr, D., y Preston-Shoot, M. (2015c). Serious case review findings on the challenges of self-neglect: indicators for good practice. *Journal of Adult Protection*, 17, 75-87. doi: 10.1108/JAP-05-2014-0015
- Braye, S., Orr, D., y Preston-Shoot, M. (2017). Autonomy and protection in self-neglect work: The ethical complexity of decision-making. *Ethics And Social Welfare*, 11, 320-335. doi: 10.1080/17496535.2017.1290814
- Burnett, J., Dyer, C. B., Halphen, J. M., Achenbaum, W. A., Green, C. E., Booker, J. G., y Diamond, P. M. (2014). Four subtypes of self-neglect in older adults: Results of a latent class analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 1127-1132.
doi: 10.1111/jgs.12832
- Causapié, P., Balbotín, A., Porrás, M., y Mateo, A. (Dirs.) (2011). *Envejecimiento activo. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Day, M. R., Mulcahy, H., y Leahy-Warren, P. (2016). Prevalence of self-neglect on public health nurses caseloads. *British Journal of Community Nursing*, 21, 31-35.
doi: 10.12968/bjcn.2016.21.1.31
- Day, M. R., Mulcahy, H., Leahy-Warren, P., y Downey, J. (2015). Self-neglect: A case study and implications for clinical practice. *British Journal of Community Nursing*, 20, 110-115. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.3.110
- Dong, X. (2014). Self-Neglect in an elderly community-dwelling U.S. Chinese population: Findings from the population study of Chinese Elderly in Chicago Study. *Journal of The American Geriatrics Society*, 62, 2391-2397. doi: 10.1111/jgs.13140
- Dong, X. (2016). Sociodemographic and socioeconomic characteristics of elder self-neglect in an US Chinese aging population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 82–89. doi: 10.1016/j.archger.2016.01.007
- Dong, X. (2017). Elder self-neglect: Research and practice. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 949–954. doi: 10.2147/CIA.S103359
- Dong, X., y Simon, M. (2013). Association between elder self-neglect and hospice utilization in a community population. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 56, 192-198. doi: 10.1016/j.archger.2012.06.008
- Dong, X., y Simon, M. (2016). Prevalence of elder self-neglect in a Chicago Chinese po-

- pulation: The role of cognitive physical and mental health. *Geriatrics & Gerontology International*, 16, 1051-1062. doi: 10.1111/ggi.12598
- Dong, X., Simon, M. A., y Evans, D. (2012). Elder self-neglect and hospitalization: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 202-209. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03821.x
- Dyer, C. B., Goodwin, J. S., Pickens-Pace, S., Burnett, J., y Kelly, P. A. (2007). Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97, 1671-1676. doi: 10.2105/AJPH.2006.097113
- Dyer, C. B., Kelly, A., Pavlik, V. N., Lee, J., Doody, R. S., Regev ... Smith, S. M. (2006). The making of a Self-Neglect Severity Scale. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18, 13-23. doi: 10.1300/J084v18n04_03
- Gibbons, S., Lauder, W., y Ludwick, R. (2006). Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 10-18. doi: 10.1111/j.1744-618X.2006.00018.x
- Halphen, J. M., y Burnett, J. (2014). Elder abuse and neglect: Appearances can be deceptive. *Psychiatric Times*, 31, 1-5.
- Hansen, M. C., Flores, D. V., Coverdale, J., y Burnett, J. (2016). Correlates of depression in self-neglecting older adults: A cross-sectional study examining the role of alcohol abuse and pain in increasing vulnerability. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 28, 41-56. doi: 10.1080/08946566.2015.1136252
- Hei, A., y Dong, X. (2017). Association between neighborhood cohesion and self-neglect in Chinese-American older adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 65, 2720-2726. doi: 10.1111/jgs.15147
- Hildebrand, C., Taylor, M., y Bradway, C. (2014). Elder self-neglect: The failure of coping because of cognitive and functional impairments. *Journal of The American Association of Nurse Practitioners*, 26, 452-462. doi: 10.1002/2327-6924.12045
- Lauder, W., y Roxburgh, M. (2012). Self-neglect consultation rates and comorbidities in primary care. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 454-461. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02065.x
- Lee, J. L., Burnett, J., y Dyer, C. B. (2016). Frailty in self-neglecting older adults: A secondary analysis. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 28(3), 152-162. doi: 10.1080/08946566.2016.1185986
- Lee, M., y Kim, K. (2014). Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea. *International Journal of Ageing and Human Development*, 78, 115-131. doi: 10.2190/AG.78.2.b
- Lien, C., Rosen, T., Bloemen, E. M., Abrams, R. C., Pavlou, M., y Lachs, M. S. (2016). Narratives of self-neglect: Patterns of traumatic personal experiences and maladaptive behaviors in cognitively intact older adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 64, e195-e200. doi: 10.1111/jgs.14524
- Nathanson, J. N. (2009). Animal hoarding: Slipping into the darkness of comorbid animal and self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 307-324. doi: 10.1080/08946560903004839

- National Center on Elder Abuse (2018). *Types of abuse*. Recuperado de <https://ncea.acl.gov/faq/abusetypes.html>
- O'Brien, J. G., Cooney, C., Bartley, M., y O'Neill, D. (2013). Self-neglect: A survey of old age psychiatrists in Ireland. *International Psychogeriatrics*, 25, 2088-2090. doi: 10.1017/S1041610213000999
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2018): *Temas de salud. Envejecimiento*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Pavlou, M. P., y Lachs M. S. (2006). Could self-neglect in older geriatric subjects be a geriatric syndrome? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 831-842. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00661.x
- Pavlou, M. P., y Lachs, M. S. (2008). Self-neglect in older adults: A primer for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1841-1846. doi: 10.1007/s11606-008-0717-7
- Rathbone-McCuan, E. (2014). An improved approach to treating elder self-neglect: The self-care Framework. *Generations*, 38, 80-85.
- Roane, D. M., Landers, A., Sherratt, J., y Wilson, G. S. (2017). Hoarding in the elderly: A critical review of the recent literature. *International Psychogeriatrics*, 29(7), 1077-1084. doi: 10.1017/S1041610216002465
- Turner, A., Hochschild, A., Burnett, J., Zulfiqar, A., y Dyer, C. B. (2012). High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. *Drugs & Aging*, 29, 741-749. doi: 10.1007/s40266-012-0007-2
- Wand, A. F., Peisah, C., Draper, B., y Brodaty, H. (2018). Understanding self-harm in older people: a systematic review of qualitative studies. *Aging & Mental Health*, 22, 289-298. doi: 10.1080/13607863.2017.1304522
- Watson, S. (2014). HIV and the adult at risk: a safeguarding issue. *HIV Nursing*, 14, 20-24.
- Wilkins, S. S., Horning, S., Castle, S., Leff, A., Hahn, T. J., y Chodosh, J. (2014). Challenges and management of self-neglect in older adults with cognitive impairment. *Annals of Long Term Care*, 22, 30-34.