

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS
GUANTÁNAMO**

ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL ANCIANO MALTRATADO

Dra. Marisel García Collado¹, Dra. Anselma Betancourt Pulsan², Lic. Niovis Medina Sánchez³, Lic. Nuria Realín Hernández⁴, Lic. Gisela Paredes Rodríguez.²

1 Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Especialista de I Grado en Anatomía. Asistente.

2 Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Drogadicción y Salud Ambiental. Especialista de II Grado en Fisiología. Profesor Auxiliar.

3 Licenciada en Filosofía. Profesor Auxiliar.

4 Máster en Arte de la Filosofía. Licenciada en Filosofía. Asistente.

5 Máster en Gestión del Conocimiento. Licenciada en Comunismo Científico. Profesor Auxiliar.

RESUMEN

El avance de las ciencias biomédicas y la tecnología han retrasado la muerte natural y han aumentado la esperanza de vida. Esto no siempre es visto como un logro sino como una carga social y es experimentada de modo negativo por la propia persona, la familia y la sociedad en general, pues pueden llegar hasta la violencia en su trato con las personas de la tercera edad. Este trabajo tiene como objetivo evaluar los aspectos bioéticos en la atención del anciano maltratado para garantizar su dignidad y reconocer en ellos una oportunidad para emplear la experiencia adquirida en el transcurso de la vida.

Palabras clave: anciano, violencia, bioética.

INTRODUCCIÓN

Existe un desafío mundial planteado por el envejecimiento de las naciones. De las cavernas a nuestra era, la evolución del ser humano y el desarrollo paulatino de la ciencia y la técnica han permitido ir alargando la expectativa de vida disminuyendo notablemente la tasa de mortalidad, la cual acompañada de un descenso de la tasa de natalidad ha hecho que la composición de las edades se haya modificado, aumentando el grupo de los de más edad.

Según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) el número de los mayores de 65 años aumentará en el año 2010 en 14.5 millones y en el año 2050 en 21 millones. La mayor de estas cifras se concentrará, por supuesto, en el mundo desarrollado, ya que los mínimos recursos de los países Tercer Mundo, el hambre, la miseria, la subcultura y el limitado acceso a los servicios de salud crean desigualdad en estos países. Sin embargo, esto no quiere decir que esto no concierne al Tercer Mundo pues en los próximos 40 años, 8 de los 11 países más envejecidos pertenecerán al grupo de países en vías de desarrollo.

En nuestro país se espera que para el 2020, uno de cada cuatro personas tenga 60 años y más; y para el 2050, uno de cada cuatro cubanos tendrá más de 80, así la Mayor de las Antillas se enfrenta a este desafío.

El proceso de envejecimiento es un proceso muy complejo que se origina en el individuo pero que tiene connotaciones sociales, económicas, laborales y familiares. No es sólo biológico sino también mental, espiritual, social, ambiental, económico y cultural. Desde el punto de vista biológico, a vejez es una involución, un deterioro general; en la esfera personal y como consecuencia de eso, los ancianos pasan de ser miembros activos y productivos, a jubilados y dependientes del público o de la economía familiar. Esa situación puede hacer que comiencen a ser considerados como una carga y les reduzcan al mínimo de cuidado y los servicios que se les prestan, pudiendo llegar incluso a ejercer la violencia contra los mismos.

Cada año alrededor de un millón de ancianos son dañados físicamente o descuidados por un miembro de su familia. En Cuba, resulta difícil estimar la magnitud de la violencia contra el anciano por falta de datos registrados.

Tanto las instituciones médicas como los organismos sociales reconocen cada vez más el fenómeno del maltrato físico y psicológico que se da a

los gerentes. En todos los casos esto implica una agresión a la integridad y autonomía del anciano.

DESARROLLO

Las personas ancianas son un colectivo muy extendido en nuestras sociedades contemporáneas dado que los medios científicos de que hoy disponemos para alargar la vida son excelentes.

El proceso de envejecimiento es un proceso muy complejo caracterizado por todas las modificaciones morfofisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen sobre los seres vivos por la acción del tiempo.

La mayoría de los hombres aman la vida y rechazan la muerte, pero al mismo tiempo, no quieren ser viejos ya que hay poco encanto o excitación asociados al hecho de envejecer; para muchos, hacerse viejos es sinónimo de incapacidades físicas y mentales y un conflicto para mantener la independencia y la confianza en sí mismo. Cicerón apreció cuatro razones por las que la ancianidad era contemplada en su día como un tiempo infeliz:

- a) Nos aparta del trabajo activo.
- b) Debilita el cuerpo.
- c) Nos priva prácticamente de todos los placeres físicos.
- d) No está lejos de la muerte.

Sin embargo, no en todos los tiempos ni en todas las sociedades la posición del anciano es la misma. En una sociedad homogénea, donde no existan las diferencias de clases, el primer factor de distinción social es la edad, es decir, la sobrevivencia; ella distinguió a los ancianos que fueron objeto de veneración y respeto ganado más bien por el prestigio y no por la riqueza.

Algunas sociedades capitalistas, especialmente los países más industrializados, exhiben conductas de rechazo al anciano. En esas sociedades, la entronización de los valores individuales a partir del modelo económico neoliberal, con sus conceptualizaciones acerca de la competitividad, consumismo, vitalidad y belleza, rechazan al anciano por considerarlo inútil e improductivo. De objeto de respeto y veneración se convierte en un ser inútil que representa una carga que no produce; ya no es la edad lo que da el prestigio sino en manos de quién está la riqueza. Existe un sistema de valores enajenados marcándose la diferencia entre el anciano propietario y el anciano desposeído, siendo en este último donde recae la mayor violencia. Pero, ¿qué se entiende por violencia en el anciano?

La OMS define **violencia** como: "El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte."

Aunque todas las personas pueden ser afectadas por ella, las mujeres, los niños y los ancianos son sus víctimas principales.

Al igual que el maltrato de menores, el maltrato de ancianos comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, así como el abandono. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos.

Maltrato económico: Inexplicable incapacidad para pagar cuentas, retirar dinero de las cuentas, disparidad entre la posición financiera y las condiciones de vida. En este tipo de maltrato hay uso inadecuado de los fondos y recursos de los ancianos por parte de parientes u otros cuidadores.

Maltrato físico: Quemaduras, fracturas y luxaciones, laceraciones, malnutrición, mal uso de los medicamentos, inexplicables enfermedades venéreas, inusuales infecciones genitales, verdugones, signos de restricción física o confinamiento.

Maltrato psicológico: Insomnio o necesidad excesiva de dormir, inusual ganancia o pérdida de peso, paranoia inexplicable, miedo excesivo, depresión, confusión, resignación, baja autoestima.

Se dispone de poca información sobre la magnitud del maltrato de ancianos. Las escasas encuestas de base poblacional sobre esta cuestión indican que entre el 4 y 6 % de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar y que esta situación podría ser más frecuente de lo que se cree en las residencias de ancianos.

En una encuesta realizada en los Estados Unidos, por ejemplo, el 36 % del personal de enfermería de un estado señalaba haber sido testigo de al menos un incidente de maltrato físico a un paciente anciano durante el año anterior; el 10 % admitía haber cometido ellos mismos al menos un acto de maltrato físico, y el 40 % reconocía haber maltratado psíquicamente a pacientes. En las residencias de ancianos el maltrato consiste en emplear medios físicos de coerción, privar a los pacientes de su dignidad y de la posibilidad de decidir en asuntos cotidianos o dispensarles una atención deficiente (por ejemplo, permitir la aparición de úlceras de decúbito).

Estos incidentes violentos no son denunciados a la policía porque los centros de salud enfocan su trabajo en las víctimas y no en los victimarios.

Muchas víctimas no denuncian la violencia en su contra, ni formulan quejas que pudieran dar lugar a una acción policial por diversas causas, tales como:

- El paciente puede estar confuso e ignorante.
- Puede estar incapacitado por sus heridas.
- Puede tener miedo a las represalias.
- Puede sentir vergüenza y culpabilidad.
- Por miedo de que las alternativas sean peores que la situación existente.
- Por estar acostumbrado a la violencia.
- Por mantener una relación duradera con sus agresores: psicológica y/o económica.
- Miedo al aparato judicial.
- No saber a quién dirigirse o a qué servicios acudir.

Papel del trabajador de la salud ante el maltrato a los ancianos

En primer lugar, es necesaria la sensibilización por parte de los profesionales: la violencia doméstica es un problema de salud y como tal nos atañe.

"El médico puede ser la única persona fuera de la familia a la que un anciano le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir."

Por eso recomendamos a los médicos permanecer alerta en busca de síntomas de maltrato, e incluir algunas preguntas en relación a esto como parte de la historia rutinaria en pacientes adultos.

Recomendaciones básicas para los profesionales de atención primaria

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
- Identificar ancianos de riesgo: dependencia, baja autoestima, aislamiento, historia de maltrato en la familia de origen.
- Identificar cuidadores con perfil de riesgo de maltratadores (personas violentas y controladoras, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos en la familia de origen, abuso de alcohol, pérdida de empleo, consumo de drogas, conflictos, pérdidas o fracasos, separación, disfunción familiar).
- Estar alerta ante demandas que puedan ser una petición de ayuda no expresada.

- Una vez diagnosticado el maltrato poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, agresor y familia en general: Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (teniendo en cuenta la opinión del anciano y los apoyos con los que cuenta).
- Es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo inmediato, es decir riesgo vital por las lesiones, riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones y riesgo de suicidio.
- Identificación de trastornos psicopatológicos en la víctima y el agresor.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el geriatra si fuera necesario.
- Realizar el informe médico legal si procede.

Principios éticos clave en la atención del anciano maltratado

a) Principio de la autonomía.

Según el norteamericano Edmund D. Pellegrino, líder mundial de la bioética, este principio es "...capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de sus propios sistemas de valores". Su sujeto agente es el paciente."

El anciano debe elegir siempre que tenga la capacidad para ello entre la decisión de denunciar o no a su agresor, decidir en tomar o no la alternativa propuesta por el médico, familiar o trabajador social ante el cambio de residencia alejado de su victimario.

Indisolublemente unido al principio de la autonomía, se encuentra *el procedimiento del consentimiento informado*, que se refiere al deber que tiene el médico de obtener la aprobación del paciente para aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para solucionar los problemas de salud que confronta el anciano, mediante la presentación de una información objetiva, clara, progresiva, sin contradicciones, veraz del estado en que se encuentra, eligiendo el momento idóneo para la entrevista; la información dada no es sólo relacionada con sus lesiones y pronóstico de las mismas sino también en relación al tratamiento que se le va a aplicar.

b) Principio de beneficencia.

Independientemente de la decisión del anciano el médico debe actuar por el bien de su paciente, respondiendo a sus necesidades físicas como a las exigencias sociales, emocionales y espirituales.

c) Principio de no maleficencia.

Defender a la persona anciana de abusos, negligencias que aparecen cada vez con mayor frecuencia en entornos familiares y residencias geriátricas.

d) Principio de la discreción.

El personal sanitario debe respetar el secreto de las confidencias hechas por los ancianos. No obstante, pueden presentarse algunas dudas cuando exista riesgo para la vida.

e) Principio de la justicia.

Los principios de igualdad e imparcialidad significan en realidad promover una equitativa repartición de las cargas y de los beneficios entre todos los miembros de la sociedad. Se refiere a la necesidad de distribuir con equidad los recursos en salud y de tomar decisiones acertadas y equilibradas en la solución de los dilemas de la asistencia médica. Éste constituye el principio de equilibrio entre la beneficencia y la autonomía en los casos en que existan conflictos éticos entre los médicos y los pacientes. Por eso el sujeto agente de este principio es la sociedad, la cual junto al personal sanitario deben garantizar todos los medios para que los ancianos puedan tener acceso a los cuidados necesarios sin prejuicios de ningún tipo como:

- *Edad*: Algunos autores plantean que ya los ancianos han recibido y se han beneficiado durante su vida de muchos recursos y ahora tienen menos derecho a que se invierta en ellos. Otros opinan que el anciano exige mayores apoyos y cuidados en cuanto son merecedores de un respeto social particular. Nuestra opinión es que la edad por sí misma no es en general un factor determinante que pueda adoptarse para la decisión médica, debemos recordar que incluso hay enfermedades que tienen mejor evolución y pronóstico en ancianos que en jóvenes.
- *Reanimación cardiopulmonar*: Desde el punto de vista ético la norma fundamental es intentar siempre la reanimación teniendo en cuenta las condiciones clínicas del paciente prescindiendo de

otros criterios. Es fundamental proteger la dignidad de la persona contra el tecnicismo que tiene el riesgo de ser abusivo cuando se desea mantener la vida aún en casos perdidos. Recordar que el derecho a morir no significa buscar o procurar la muerte cuando se desee o retardarla a toda costa cuando no hay solución real sino el derecho a morir con serenidad.

- *Soporte nutricional:* La nutrición e hidratación artificial son soportes vitales; por lo tanto son recursos que no deben ser suspendidos nunca en el anciano que lo requiera.
- *Uso de fármacos:* Los medicamentos no deben ser administrados como "medicación de confort". Deben darse los analgésicos y sedantes que necesite el anciano y NO el que necesite la familia o personal sanitario para descansar de la carga que puede suponer la atención continua del paciente.
- *Rehabilitación:* Es uno de los aspectos más importantes de los cuidados que reciben los ancianos que han sido víctimas de la violencia para ayudarlos a vivir con la mayor autonomía posible. Esto debe llevarse a cabo mediante programas interdisciplinarios con especialistas en fisioterapia, psicólogos, enfermeros, geriatras, miembros de organizaciones de masas. Un equipo debe tener en cuenta para intervenir la globalidad de la persona en todas sus dimensiones.

f) Principio de la relación interpersonal.

Este último punto es añadido por los autores. La tarea de la ética consiste en encontrarle sentido a la vida en solitario, conectándola con la vida de los demás. Es inevitable nuestra dependencia de los otros para sobrevivir. Más aún, la vida realizada es impensable al margen de la comunidad. Es a los otros a los que recurrimos cuando nos sentimos tristes, desorientados o abatidos. Pero, también, compartimos con ellos, nuestros triunfos, nuestras alegrías y nuestros sentimientos más optimistas. Como dice la máxima popular: las alegrías compartidas son mayores alegrías y los sufrimientos en común se soportan mejor.

De todos es conocido que muchas personas ancianas mueren, no por falta de cuidados o medios de subsistencia sino por sentirse abandonadas, solas o despreciadas. Matan más las penas que el hambre. Si es verdad que a lo largo de nuestra existencia no podemos pasar sin el cariño y el afecto de aquellos con quienes compartimos nuestras vivencias, no es menos cierto que cuando nos acercamos al final de la vida, estos sentimientos se hacen

indispensables. Hasta tal punto esto es así, que resulta imposible vivir dignamente y con un mínimo de calidad cuando alguien experimenta el abandono total de los seres queridos.

Es del todo imprescindible para poder vivir dignamente que el anciano no pierda su autoestima, puesto que esto conlleva una sensación de inutilidad, de estorbo, de inoperancia y de desprecio que pueden sumirle en la depresión.

Superar esta situación es complicado, pero hay que hacer lo posible para que estas personas recuperen la autoestima, el afecto perdido y la felicidad. Para ello, conviene dar, entre otros, los siguientes pasos:

- 1) Ayudar al anciano a valorarse, dándole la oportunidad de formar parte del sistema productivo en aquellas actividades para las que tenga aptitudes.
- 2) La familia debe contribuir a que el anciano recupere su rol y su función concreta en la que se sienta seguro y necesario, debido a su experiencia y buen saber.
- 3) Escuchar al adulto mayor, no sólo en cuanto a sus necesidades y dolencias sino también en sus opiniones y expectativas; es decir, que experimente que los demás miembros de la familia cuentan con él a la hora de tomar decisiones que a todos afectan.
- 4) Aunque parezca lo más obvio, es necesario que el integrante de la tercera edad perciba de forma real que es querido y respetado en su familia, que los que le asisten lo hagan con aprecio y respeto, que se valore lo que ha hecho y que lo que percibe como pensión no es un regalo, sino algo que se le debe en justicia y equidad.

Dignidad y valor en la tercera edad

Reflexionando un poco más en este tema nos damos cuenta que tenemos que acabar con el mito de que las personas mayores no tengan nada que aportar a la sociedad. Un error frecuente en la civilización occidental es la confusión entre vida productiva y vida activa, que conduce a valorar a las personas solo por lo que producen sin reconocer que en la vejez no sólo hay pérdidas sino también ganancias. El envejecimiento no es una enfermedad sino que, en muchas ocasiones, es la oportunidad de emplear la experiencia adquirida en el transcurso de la vida.

Muchas veces los ancianos contribuyen a que sus hijos puedan despreocuparse de sus obligaciones domésticas y acudir tranquilos al trabajo, pues ellos se encargan de la educación de los nietos, de recogerlos del colegio, de realizar labores en el hogar y de hacer las compras diarias, incluso atender pequeños negocios familiares; en otras

ocasiones, los ahorros de los abuelos han contribuido a mejorar su calidad de vida si están solos o a mejorar la renta de los propios hijos o nietos si viven con ellos.

En algunos casos, el reparto de la herencia en vida, en beneficio de sus hijos, ha contribuido a mejorar sensiblemente la estabilidad económica de los mismos, por ejemplo, en la compra o reforma de una vivienda, en la ampliación del negocio o en la ayuda a los estudios de los nietos.

El mundo de los mayores no es un mundo pasivo ni superfluo para la sociedad sino un grupo necesario para que ésta experimente su humanidad y agradecimiento. No es de bien nacidos olvidar a los mayores como si fueran una carga innecesaria e improductiva. Una comunidad que se precie de humana y ética debe saber compaginar la responsabilidad del quehacer presente con el recuerdo y la estima a la tradición. Los mayores son la personificación de esa tradición y ese saber a los que nunca podemos renunciar si no queremos perder la dignidad de humanos. La sociedad siempre deberá arbitrar modos de atención y reconocimiento a los ancianos por deber y justicia.

CONSIDERACIONES FINALES

Las personas ancianas son un colectivo muy extendido en el mundo actual dado que los medios científicos que hoy disponemos para alargar la vida son excelentes, sin embargo, este núcleo poblacional es visto por muchos como una carga familiar y/o social y sometida con frecuencia a actos de violencia.

El médico y el personal de salud juegan un papel preponderante en la prevención, atención y rehabilitación de un anciano maltratado.

En la atención de los gerontes debemos tener en cuenta los aspectos bioéticos relacionados con la violencia y así brindar a los mismos el soporte necesario que les ayude a mejorar la calidad de sus vidas.

Los ancianos merecen nuestro respeto y gratitud por sus múltiples aportes a la familia y a la sociedad en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuenca Molina A. Calidad de vida en la Tercera Edad. Cuad Bioét. 271(XIX).
2. Sanches AP, Lebrão ML, Duarte YA. Violência contra idosos: uma questão nova?. Saúde Soc. 2008; 17(3):90-100.
3. Urrusuno Carvajal F, Rodríguez Fernández R, Vázquez Abreu RL. Violencia doméstica en la tercera edad. Rev Cubana Salud Pública[serie en Internet]. 2010[citada: 13 nov 2010]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_02_10/spu16210.htm
4. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Cardona Sanson Y, Inclán Ravelo L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(1-2).
5. Francis RM. Age Ageing. 2008 Mar; 37(2):127.
6. Cape R. Geriatria. España: Salvat Editores, S. A; 1982.p. 1-13.
7. Marx C, Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. En: Obras Escogidas. tIII. Moscú : Progreso 1986.p. 201-354.
8. Holkup PA, Salois EM, Tripp-Reimer T, Weinert C. Drawing on wisdom from the past: an elder abuse intervention with tribal communities. Gerontologist. 2007 Apr; 47(2):248-54.
9. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Couto MT. Violence and health: recent scientific studies. Rev Saude Publica. 2006 Aug; 40 (Spec no) :112-20.
10. Hardin E, Khan-Hudson A. Elder abuse "society's dilemma". J Natl Med Assoc. 2005 Jan;97(1):91-4.
11. Gomes L, Vianna C. Violência contra o ancião. J bras med. 2008; 94(1/2): 26-28.
12. Castro Toschi R. La sociedad frente al abuso, el maltrato y la violencia con los mayores. Rev Esc Salud Pública. 2009;13(2):53-58.
13. Porto I, Koller S. Violência contra idosos institucionalizados. Psic rev psicol vetor ed. 2008;9(1):1-9.

14. Florêncio MV, Ferreira Filha M, Sá L. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Rev eletrônica enferm.* 2007;9(3):847-857.
15. Chan TC, Luk JK, Liu A, Chiu PK, Chan FH, Chu LW. Financial abuse in a mentally incapacitated old man. *Hong Kong Med J.* 2009 Jun;15(3):213-6.
16. Wagenaar DB, Rosenbaum R, Herman S, Page C. Elder abuse education in primary care residency programs: a cluster group analysis. *Fam Med.* 2009 Jul-Aug;41(7):481-6.
17. McCool JJ, Jogerst GJ, Daly JM, Xu Y. Multidisciplinary reports of nursing home mistreatment. *J Am Med Dir Assoc.* 2009 Mar; 10(3):174-80. Epub 2009 Jan 8.
18. Gibbs LM, Mosqueda L. The importance of reporting mistreatment of the elderly. *Am Fam Physician.* 2007 Mar 1;75(5):628.
19. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Mistreatment of the elderly. Possibilities of intervention from primary care (I). *Aten Primaria.* 2006 Jan; 37(1):56-9.
20. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clin Interv Aging.* 2007;2(3):441-52.
21. Saliba O, Garbin CA, Garbin AJ, Dossi AP. Responsibility of health providers in domestic violence reporting. *Rev Saude Publica.* 2007 Jun;41(3):472-7.
22. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med.* 2006 Sep-Oct; 4(5):403-9.
23. Laks J, Werner J, de Miranda-Sá LS. Forensic psychiatry and human rights along the course of life: children, adolescents and elderly. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006 Oct; 28 Suppl 2:S80-5.
24. Christie J, Smith GR, Williamson GM, Lance CE, Shovali TE, Silva LC. Quality of informal care is multidimensional. *Rehabil Psychol.* 2009 May;54(2):173-81.
25. Martínez C, Pérez V, Cardona Y, Inclán L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(1-2).

26. Mesías M, Vidal E. Maltrato a personas mayores. Medicina de Familia y Comunitaria. Guías Clínicas. 2006; 6 (13).
27. Coma M, Muñoz J, Postigo P. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sanit. 2007 mayo-jun; 21(3).