

# DESVELANDO UNA REALIDAD OCULTA: DETECCIÓN Y ABORDAJE DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR AL ANCIANO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Trabajo de Fin de Grado



## Revisión Crítica de la Literatura

Autora: Valeria Ugartondo.

Directora: Salomé Basurto.

Vitoria 10/05/2017.

6483 Palabras.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE  
VITORIA-GASTEIZ



## **Agradecimientos**

A mis padres por apoyarme y creer en mí, en momentos en los que ni yo misma lo hacía.

A mis amigas, incansables compañeras de viaje. ¡Lo logramos!, a por la siguiente aventura.

A mi tutora por su consejo y ayuda a lo largo de este arduo camino.

La violencia no es solo matar a otro. Hay violencia cuando usamos una palabra denigrante, cuando hacemos gestos para despreciar a otra persona, cuando obedece porque tiene miedo. La violencia es mucho más sutil, mucho más profunda.

*Jiddu Krishnamurti.*

# Índice

Introducción .....	5
Marco Conceptual y Justificación .....	6
Objetivos .....	10
Metodología.....	11
Resultados y discusión .....	14
Detección .....	14
Estrategias de abordaje.....	20
Conclusiones .....	22
Limitaciones .....	23
Bibliografía .....	25
Anexos.....	29
Anexo 1: Tabla de conceptos y palabras clave. ....	29
Anexo 2: Tabla del proceso de búsqueda bibliográfica. ....	31
Anexo 3: Flujograma.....	41
Anexo 4: Tabla resumen de la bibliografía consultada. ....	42
Anexo 5: Guion de lectura crítica de la literatura .....	53
Anexo 6: Árbol Categorial.....	58
Anexo 7: Resumen de Escalas .....	59
Anexo 8: Escalas .....	60

## **Introducción**

El maltrato al anciano es un fenómeno de reciente aparición en la literatura científica, no siendo hasta 1970 cuando se llevó a cabo la primera investigación sobre este tema. Esta relativa novedad, es la causa de que todavía existan muchos vacíos e imprecisiones respecto a su definición, prevalencia, clasificación y modelo causal. En el caso de España la definición de la OMS (acción única o repetida, o a la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde haya una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a un mayor) se usa de forma conjunta con la extraída de la Declaración de Almería de 1995, ésta última a diferencia de la anterior, incluye el concepto de intencionalidad, la percepción subjetiva del maltrato, y define de forma clara el tipo de víctima (mayores de 65 años).

Al igual que otros tipos de violencia doméstica, el maltrato a los ancianos es un problema difícil de detectar y abordar, debido al carácter privado y hermético del hogar, así como también a los dilemas éticos que pueden surgir del manejo de este tipo de situaciones. Por ello, resulta imprescindible disponer de herramientas de detección confiables y válidas, a la vez que de directrices de intervención claras que sirvan de guía a los profesionales. Por este motivo, el presente estudio, próximo a una revisión crítica de la literatura, tiene como objetivo el identificar los métodos de detección y las estrategias de abordaje disponibles para los profesionales de atención primaria.

La metodología empleada consistió en un proceso de búsqueda planificado y estructurado, en el que se consultaron diversas bases de datos y revistas. Tras analizar la información obtenida, se ha puesto de manifiesto que no existe un método universalmente aceptado en la detección del maltrato a los mayores, siendo los más usados escalas con baja validez y fiabilidad, de las cuales sólo dos han sido validadas al castellano. Por otro lado, la mayoría de las intervenciones propuestas por la literatura son recomendaciones de expertos, las cuáles no han sido sometidas a procesos de investigación exhaustivos que demuestren su efectividad.

## Marco Conceptual y Justificación

Tradicionalmente, el anciano ha gozado de reconocimiento social, respeto y poder, al ser el garante de la transmisión del conocimiento en una sociedad donde la experiencia ligada a la edad era considerada un valor<sup>1</sup>. Sin embargo, el progresivo envejecimiento de la población, junto con determinados cambios socioculturales como: la reducción del tamaño de las familias, el aumento de la esperanza de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral o el excesivo valor social que se otorga a la juventud, al logro individual y a la productividad han socavado el estatus de las personas mayores<sup>1, 2,3</sup>. Este nuevo clima social actúa como caldo de cultivo para el maltrato al anciano (MA), fenómeno creciente en los países occidentales desarrollados<sup>1, 3,4</sup>.

En la actualidad no existe consenso sobre cuál es la definición más apropiada para el MA, siendo la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de Toronto del 2002, acción única o repetida, o a la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde haya una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a un mayor, una de las más utilizadas a nivel mundial<sup>4, 5, 6, 7,8</sup>. En el caso España, la definición de la OMS se usa conjuntamente con la extraída de la Declaración de Almería de 1995<sup>8</sup>, según la cual el MA es cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, 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 derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente<sup>1,8,3</sup>.

Aunque, el MA no posee un modelo causal propio, son muchas las teorías que intentan explicar la etiología de este tipo de violencia, siendo los modelos situacional y feminista, los más recurrentes en la literatura<sup>3, 9,10</sup>. La teoría situacional, identifica el estrés como origen del maltrato, afirmación calificada de inadecuada por muchos autores, ya que con ella se corre el riesgo de culpabilizar a la víctima por ser la fuente de dicho estrés<sup>3, 9,10</sup>. Por su parte, el modelo feminista señala el desequilibrio de poder existente entre hombres y mujeres como origen del MA, esta teoría es acusada de incurrir en el sesgo sexista de no reconocer a los hombres como víctimas de maltrato<sup>3, 9,10</sup>. El desconocimiento sobre las causas del MA, ha llevado a los investigadores a

centrar sus esfuerzos en la identificación de una serie de factores, que si bien su existencia no condiciona la aparición del problema, sí que aumenta la probabilidad de que éste se produzca<sup>1</sup>. Estos factores de riesgo se clasifican según pertenezcan a la víctima, al agresor, al ambiente o a la sociedad<sup>1,5</sup>.

En primer lugar, en cuanto a los factores referentes a la víctima, el ser mujer, tener una edad avanzada (más de 85 años), déficits cognitivos, bajo nivel educativo, comportamientos agresivos o ser dependiente para las actividades de la vida diaria se asocia con un mayor riesgo de experimentar abusos<sup>2, 5, 11,12</sup>. Por otro lado, en lo que respecta a los factores situacionales o ambientales, el vivir con familiares, la viudedad, la existencia de una relación de dependencia económica entre la víctima y el agresor, la mala relación entre los miembros del hogar, el aislamiento social o la existencia de antecedentes de violencia familiar, predisponen la aparición del MA<sup>2,5,11</sup>. Por otra parte, los factores de riesgo relacionados con el agresor son: el estrés, los trastornos psicológicos, el consumo de sustancias psicoactivas, la falta de conocimientos y habilidades, y los sentimientos de rabia u hostilidad hacia el anciano<sup>2, 13</sup>. Por último, el edadismo, conjunto de estereotipos negativos y erróneos asociados a la vejez, distorsiona la percepción social de los ancianos<sup>3,14</sup>, como lo refleja el hecho de que el 36,2% de los españoles identifiquen a los mayores como un colectivo incapaz de valerse por sí mismo y que necesita cuidados<sup>3</sup>. Estas concepciones llevan a la sociedad a presentar un grado de tolerancia excesivo ante situaciones que en cualquier otro grupo de edad serían inadmisibles como por ejemplo: el no dejar que los ancianos tomen sus propias decisiones, regañarlos, usar lenguaje infantilizador con diminutivos, etc<sup>3,14</sup>.

Las formas más frecuentes de presentación del MA son el maltrato físico, psicológico, sexual, económico y la negligencia<sup>1, 2, 13,15</sup>. Entendemos por maltrato físico toda acción voluntaria que provoque, o pueda provocar, daño o lesiones físicas<sup>3,15</sup>, dentro de esta categoría se incluyen golpes, quemaduras, fracturas y restricciones físicas o químicas sin una prescripción adecuada<sup>1, 5,15</sup>. Por otro lado, el maltrato psicológico se define como cualquier acto o actitud que pueda provocar o provoque daño psicológico en la persona mayor, como por ejemplo: la intimidación, las humillaciones, la infantilización, el chantaje afectivo, la privación del poder de decisión o el desprecio<sup>1, 5, 15,16</sup>. Por su parte, el abuso económico consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos materiales del anciano<sup>15,16</sup>. En lo concerniente al abuso sexual, éste se refiere a

cualquier contacto íntimo no deseado en el que la persona mayor sea el medio usado para obtener gratificación o estimulación sexual <sup>1, 5,15</sup>. En último lugar, la negligencia, es el fallo, intencionado o no, en la satisfacción de las necesidades diarias del anciano. <sup>5,4</sup>. Aunque, algunos estudios consideran a la autonegligencia, falta de capacidad para satisfacer de forma adecuada las propias necesidades, poniendo en peligro la salud y seguridad de uno mismo<sup>5</sup>, como una forma de MA, en este trabajo no se abordará como tal, ya que ésta posee una serie de características especiales (agresor y víctima son una misma persona, inexistencia de una relación de confianza), que provocan que su detección y abordaje difieran totalmente de los otros cinco tipos de MA.

En cuanto a la prevalencia del MA, se desconoce la magnitud real de este problema, lo que ha llevado a catalogarlo como fenómeno icerberg <sup>4, 7, 13,16</sup>. Se estima que entre el 1 y el 10% de los ancianos sufren algún tipo de maltrato a nivel mundial, siendo el ámbito doméstico el escenario más común de este fenómeno con una prevalencia aproximada del 2 al 6%, datos que se elevan hasta situarse entre el 3 y el 25% en el caso de los mayores dependientes <sup>1,13</sup> En España, los estudios epidemiológicos y demográficos que se han realizado aportan cifras de prevalencia del 0.8%, 4.7%,12.1% y 52.8% <sup>2,8</sup>. Esta discordancia en los datos se debe a que la definición de maltrato, los instrumentos de medición empleados y los objetivos planteados difieren de un artículo a otro <sup>13,5</sup>. Así como también, al escaso número de denuncias y a la baja tasa de detección <sup>1,13</sup>. Según el tipo de maltrato las tasas de prevalencia se sitúan en el: 11.5% para el psicológico, siendo la forma más frecuente de MA en España, seguido del maltrato físico y sexual con un 2.95% cada uno, situando por tanto, a la negligencia con un 2.07% y al abuso económico con un 1.11% en cuarto y quinto lugar respectivamente <sup>2</sup>. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Pérez Cárcelos et al, quien en un estudio realizado en España en el 2008 identificaba a la negligencia como la presentación más común de maltrato<sup>5</sup>.

El MA conllevan una gran variedad de secuelas que afectan negativamente la calidad de vida de los ancianos, éstas se extienden desde las evidentes lesiones traumáticas, situaciones de desnutrición y deshidratación, úlceras, quemaduras, intoxicaciones, fracturas, hasta las repercusiones psicológicas como la ansiedad, la depresión, las somatizaciones, el sufrimiento emocional e incluso la ideación suicida <sup>1,8,11,12</sup>. Además, el MA se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad prematura en la víctima

<sup>12, 16</sup>. Si bien no fue posible encontrar cifras exactas sobre los costes económicos del MA, diversos autores lo asocian con un incremento del consumo de recursos sanitarios y sociales, debido a un aumento en el uso de los servicios de urgencias y hospitalización<sup>1, 11, 16, 12</sup>.

Aunque el MA puede tener lugar en diferentes contextos, este trabajo se centrará en el ámbito familiar, ya que el hogar es el lugar donde más agresiones se producen, siendo hijos (34%) y cónyuges (66%) los atacantes más frecuentes<sup>1, 13</sup>. En este marco, los profesionales de atención primaria, en especial las enfermeras, poseen una posición privilegiada para detectar e intervenir ante este tipo de situaciones, puesto que tienen acceso tanto a las víctimas como a sus familiares y al entorno físico (domicilio) de éstos<sup>15, 19</sup>. Sin embargo, factores como la falta de concienciación, el desconocimiento sobre cómo abordar y detectar situaciones del maltrato o la presencia de dilemas éticos como la negativa del anciano a recibir ayuda, llevan a que muchos casos de MA pasen desapercibidos para los profesionales, sólo se detecta 1 de cada 5 casos, a la vez que los hace reticentes a involucrarse en su manejo<sup>19, 20</sup>.

El MA es un atentado contra los derechos humanos y una vulneración de los principios bioéticos de no maleficencia y justicia<sup>11, 15</sup>, que choca frontalmente con la ética profesional de la Enfermería, según la cual las enfermeras deben proteger a los pacientes de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrenta a su dignidad personal y deben ser garantes de su seguridad<sup>17</sup>, tal y como lo recoge el Código Deontológico de la profesión. Además, el MA es un delito, que si bien no posee una legislación específica en España, existen varias leyes, recogidas tanto en el código penal como en el civil que son aplicables a esta problemática<sup>12, 18</sup>. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente resulta llamativo el hecho de que algunas enfermeras consideren que el MA no pertenece a su campo competencial y por tanto, no deben desempeñar un rol de liderazgo ante este fenómeno<sup>19</sup>.

Por todo ello, el presente trabajo pretende ampliar el campo de conocimientos enfermero, dando a conocer las estrategias de intervención y de detección del MA existentes para el contexto de atención primaria, a la vez que aumenta la concienciación y reivindica el rol de los profesionales de enfermería en el abordaje de este problema sociosanitario.

## **Objetivos**

- Identificar los métodos de detección del maltrato al anciano más adecuados para su uso en atención primaria.
- Identificar las intervenciones existentes en la literatura para el manejo del maltrato al anciano desde la atención primaria.

## Metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados se ha elaborado el presente trabajo, cercano a una revisión de la literatura. Para ello, primero se desglosó el tema de estudio, en una serie de palabras básicas, a las que se añadió posteriormente sus respectivos sinónimos y antónimos en castellano. Tras esto, se procedió a traducir dichos términos al inglés, con el fin de facilitar la identificación de sus equivalentes en lenguaje controlado (Anexo 1).

A continuación, se consultaron 8 bases de datos (PubMed, Chorane Plus, Cuiden, Ovid, Science Direct, Cinahl y Wiley), a las cuales se accedió a través de la plataforma de My Athens o de la biblioteca virtual de la Universidad del País Vasco. Además, también se realizaron búsquedas manuales en Journal of Elder Abuse & Neglect, The Gerontologist, Fistera y en Google Académico. En total se ensayaron 30 ecuaciones de búsqueda, 3 de ellas fueron rechazadas por arrojar resultados muy amplios (más de 89 publicaciones), las 27 restantes aportaron un total de 406 artículos, los cuales se analizaron en función de su título y abstract, y de los siguientes criterios de inclusión/ exclusión (Anexo 2).

### Criterios de inclusión:

- **Población:** hombres y mujeres mayores de 60 años con independencia de raza, estado de salud o nivel socioeconómico, los cuáles vivan con sus familiares en la comunidad (no institucionalizados).
- **Tipo de publicación:** artículos cualitativos, revisiones sistemáticas y narrativas, ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, estudios piloto y cuasi- experimentales. Todos ellos publicados y accesibles a texto completo, que den respuesta al objetivo del presente estudio.
- **Antigüedad:** artículos publicados entre el 2006 y el 2016.
- **Idioma:** castellano/inglés.

### Criterios de exclusión:

- **Lugar de detección:** No se han incluido artículos que describían la detección o manejo del MA en los servicios hospitalarios, debido a que este trabajo se centra en el contexto de la atención primaria.

- **Agresor:** no se han aceptado publicaciones en las que el maltrato era realizado por personas ajenas al núcleo familiar.
- **Tipo de profesional:** se han excluido aquellas publicaciones que abordan el rol de profesionales no sanitarios como abogados, policías, jueces, etc, o no pertenecientes a la atención primaria como: dermatólogos, forenses, etc.
- **Tipo de publicación:** artículos de opinión, ensayos, cartas libros y literatura gris como: actas de congresos, pósteres o tesis doctorales.
- **Procedencia de los artículos:** No se han aceptado artículos procedentes de China, Japón o Corea, ya que el aspecto confuciano de la piedad filial presente en estas sociedades provoca que el fenómeno del MA posea características únicas.
- **Autonegligencia:** se han excluido aquellas publicaciones cuyo objeto de estudio era la autonegligencia, debido a que existen opiniones diversas sobre la idoneidad de incluirlo o no como un tipo de MA.

Tras esta primera selección de la literatura disponible se realizó una segunda lectura más profunda de los 61 artículos aceptados (100%) al ser susceptibles de aportar datos de interés al estudio. Por diversas razones se excluyeron 44, reduciendo así el tamaño de la muestra el 72%. Este proceso de selección de la literatura está reflejado en el diagrama de flujo (Anexo 3).

Finalmente se escogieron 17 artículos (28%) para conformar la presente revisión, de éstos se extrajeron los hallazgos más significativos para elaborar las tablas resumen de la literatura consultada y así conseguir una primera idea general de los temas expuestos en cada uno de ellos (Anexo 4). Además, se aplicó el guion de lectura crítica de la literatura a un total de 1 publicación, ya que el resto no eran ensayos clínicos (Anexo 5). Seguidamente, se realizó una segunda lectura con el fin de identificar las áreas temáticas comunes a las distintas publicaciones, las cuales se organizaron en el árbol categorial (Anexo 6)

Tras este análisis, se identificaron 2 áreas temáticas claras: métodos de detección e intervenciones. A su vez dentro de la primera de ellas se identificaron un total de 11 escalas, de las cuales en este trabajo se han incluido 7 escalas, 6 por ser las más recurrentes en la bibliografía consultada y 1 por estar dirigida a las enfermeras de

atención primaria de nuestro país. Con el fin de identificar de la manera más rigurosa posible las herramientas de cribado más apropiadas para la detección del MA en atención primaria (objetivo del presente trabajo), las 7 escalas elegidas fueron comparadas entre sí en función del el grado de validez (capacidad de la variable para medir aquello para lo que fue diseñada) y fiabilidad (capacidad para medir una variable de manera constante) de cada una de ellas<sup>21</sup>.

## Resultados y discusión

Los resultados que se presentan a continuación están basados en la información recogida en los 20 artículos seleccionados (Anexo 4). Con el objetivo de exponerlos de manera clara y sencilla, primero se abordarán los métodos de detección y posteriormente las estrategias de intervención.

### Detección

Para la detección del MA desde atención primaria, se han identificado 2 estrategias principales: escalas de cribado y signos y síntomas<sup>22, 23, 24</sup>.

A continuación se exponen las 7 escalas seleccionadas, según los criterios explicados en la metodología:

- Hwalek Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS-EAST)<sup>22,23</sup>: breve instrumento diseñado para la identificación de situaciones potencialmente abusivas o negligentes en ancianos sin alteraciones cognitivas, formado por 15 preguntas directas que abordan 3 dominios distintos: violación de los derechos personales o abuso directo (¿alguien cercano le ha hecho daño últimamente?); características de vulnerabilidad (¿se encuentra triste o solo muy a menudo?) y situaciones de riesgo potencial (¿está ayudando a alguien económicamente?). La puntuación final es la suma de las respuesta positivas. Resultados iguales o superiores a 3 son indicativos de un alto riesgo de abuso. Requiere un tiempo estimado de entre 5 y 10 minutos para su realización.

Con el objetivo de medir su validez y fiabilidad se han realizado numerosos estudios, en uno de ellos obtuvo un alfa de Cronbach del 0,29 respecto a su fiabilidad<sup>23</sup>. Algunos autores atribuyen esta baja puntuación (se considera que una escala es fiable con valores  $>0.7$ <sup>21</sup>), al hecho de que esta escala aborda más de un tipo de maltrato a los ancianos<sup>23</sup>. Posteriormente, en el 2009 un estudio realizado en EEUU concluyó que la HSEAST no tiene poder discriminativo para el cribado del abuso a las personas mayores, debido al gran número de falsos – positivos que genera<sup>23, 25</sup>. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cautela, ya que el tamaño de muestra era pequeño (70 personas) y la escala se realizó a través del teléfono.

- Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS)<sup>22, 23</sup>: adaptación de la escala HS-EAST, apropiada para la realización de un cribado rápido. La forman 12 preguntas, 10 de ellas pertenecientes a la HS-EAST y 2 cuestiones adicionales (¿le teme a alguien de su familia?, ¿alguien cercano se ha burlado de usted o le ha hecho sentirse mal?). Aborda 4 áreas distintas: vulnerabilidad, coerción, dependencia y abatimiento.

Los estudios realizados indican una confiabilidad interna de moderada a buena para la identificación de la dependencia, no así para la detección de situaciones de coerción, con valores de alfa de Cronbach de 0.74 y 0.31 respectivamente<sup>23</sup>. Por otra parte, la vulnerabilidad mostró una gran correlación con la percepción de los ancianos respecto a la calidad de relación que mantienen con los miembros de la familia y amigos<sup>22</sup>. A pesar de que los resultados obtenidos respecto a su confiabilidad son mejores que los de su predecesora (HS-EAST), la falta de consistencia interna y confiabilidad del factor coerción, así como el desconocimiento existente respecto a su sensibilidad (capacidad para detectar el MA) y especificidad (capacidad para detectar a los ancianos no maltratados), afectan negativamente su capacidad para detectar el MA<sup>21</sup>.

- Elder Abuse Suspicion Index (EASI)<sup>22, 23</sup>: herramienta dirigida a detectar el riesgo de sufrir abusos y no al establecimiento de un diagnóstico, en ancianos sin deterioro cognitivo. Conformada por 6 preguntas, 5 cuestiones dicotómicas (sí/no) dirigidas a los ancianos, las cuales abordan la posible presencia de agresiones y el nivel de dependencia del sujeto (¿necesita ayuda para la realización de sus actividades diarias?)<sup>22,23</sup>. Además, es la primera escala que incluye un interrogante reservado para que el profesional sanitario plasme sus observaciones respecto a la apariencia y comportamiento de la posible víctima, con este último ítem se pretende recoger los signos visibles del maltrato.

Con el fin de comprobar su validez, Yaffe et al comparó los resultados obtenidos por el EASI con los de la Social Worker Evaluation (SWE, escala utilizada por trabajadores sociales de 60 minutos de duración), a la cual consideraron como herramienta Gold standard en una muestra de 663 ancianos<sup>26</sup>. Según, este estudio el EASI es poco eficaz en la identificación de situaciones potenciales de maltrato, ya que obtuvo una sensibilidad del 0.47. Desde mi punto de vista, este bajo resultado puede ser debido a la ausencia de criterios estandarizados para el

diagnóstico del MA, así como también a la falta de consenso sobre la definición y los tipos de maltrato. Otro aspecto que pudo haber influenciado este resultado es el hecho de que la SWE es una escala mucho más extensa (67 preguntas) que la EASI<sup>22</sup>. A pesar de esto, su alta especificidad (0.75), abre la puerta a su uso en el diagnóstico diferencial del riesgo de padecer MA, ya que permite identificar a los ancianos que tienen pocas probabilidades de ser víctimas de violencia<sup>23,26</sup>.

En España, Pérez Rojo et al, realizaron una adaptación lingüística y cultural del EASI y del SWE. Para ello, ambos cuestionarios fueron traducidos al castellano por un experto en el tema del maltrato hacia las personas mayores, esta traducción fue pasada de nuevo al inglés<sup>27, 28</sup>. Posteriormente, los miembros del equipo de investigación compararon la traducción inversa con la inicial, con el objetivo de identificar ítems no equivalentes o problemáticos y proponer soluciones alternativas<sup>27, 28</sup>. La adaptación española del EASI demostró mayor sensibilidad (0.51) y especificidad (0.95) que la original<sup>27, 28</sup>, con un índice de fiabilidad moderado, convirtiéndola en la mejor escala analizada hasta el momento.

Por otra parte, la EASI también posee una versión (EASI- SA) diseñada para ser auto administrada por los ancianos, con una estructura idéntica a la EASI, excepto por la eliminación de la pregunta dirigida al profesional sanitario<sup>29</sup>. Este cambio provocó una disminución en la sensibilidad y un aumento de la especificidad del 0.01 respecto a los valores obtenidos por la EASI<sup>29</sup>, esta disminución de la sensibilidad puede deberse a que esta sexta pregunta es la que recoge las posibles manifestaciones del maltrato en los ancianos. Una de las grandes ventajas de la EASI-SA es el poco tiempo que requiere su realización (menos de 2 minutos) y la posibilidad de que se realice sin la presencia de un profesional sanitario, por ejemplo en el estudio realizado por Yaffe et al, las escalas eran realizadas en las salas de espera de los centros de salud<sup>29</sup>. Además, se relaciona con un aumento significativo ( $p < 0.0001$ ) en la concienciación sobre los malos tratos en ancianos<sup>29</sup>, lo que puede llevar a las posibles víctimas a buscar ayuda, ya que el desconocimiento es una de las causas a las que se atribuye la baja tasa de denuncias como se indicó en el marco teórico.

-Caregiver Abuse Screen(CASE)<sup>22,23</sup>: cuestionario formado por 6 ítems dirigidos a los cuidadores y diseñado para la detección de posibles situaciones de maltrato

en ancianos con deterioro cognitivo. Con el fin de que las personas cuestionadas se sientan cómodas y respondan de manera sincera, no se incluyen preguntas que pueden llevar a una confrontación directa. Cada respuesta positiva equivale a 1 punto, resultados iguales o superiores a 4 son indicadores de una probable situación de abuso. Sin embargo, es necesario realizar una valoración a fondo en caso de obtener alguna respuesta afirmativa<sup>22, 23</sup>.

En un estudio realizado por Nelson et al, en el que se pasó la escala CASE a 139 cuidadores, los cuales se clasificaron en: grupo intervención (44 agresores) y 2 grupos control formados por 45 y 50 cuidadores respectivamente, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.75 y se observó una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre los grupos control y el grupo intervención<sup>23</sup>. Además, las puntuaciones obtenidas por ambos grupos control fueron parecidas.

En el 2015 Pérez Rojo et al, adaptaron este instrumento al contexto español, convirtiéndose así en la primera escala validada para identificar situaciones de riesgo en ancianos con déficits cognitivos en castellano<sup>27</sup>. La versión española de la CASE presentó mayor fiabilidad y consistencia interna que la original (alfa de Cronbach 0.84)<sup>27</sup>.

-Indicators of Abuse (IOA)<sup>22,23</sup>: primera herramienta validada específicamente para identificar factores de riesgo. Consiste en una checklist de 48 ítems diseñada para ser realizada en el contexto de una visita domiciliaria basándose en el modelo teórico de Kosberg y Nahmiash<sup>23</sup>. El IOA posee gran poder discriminativo, un 84% en la identificación de víctimas y de un 99% en los casos de no violencia y alta fiabilidad interna. Su principal desventaja es que su administración la debe realizar un profesional entrenado, ya que resultados pueden variar drásticamente en función de las habilidades del entrevistador<sup>23</sup>.

Existe una versión extensa del IOA<sup>30</sup>, en la cual los ítems se dividen en una serie de subindicadores, para facilitar la cuantificación del grado de riesgo de cada indicador. La graduación del riesgo se realiza a través de la asignación de un número del 1 al 4 (inexistentes y habituales) en relación con la frecuencia de los comportamientos violentos<sup>30</sup>. La quinta posibilidad recoge la opción de “no es posible recoger información”<sup>30</sup>.

La validez de esta herramienta denominada E-OIA, fue confirmada a través de la realización de un estudio en una pequeña muestra de tan solo 22 personas, 11 de las cuales eran víctimas de maltrato (grupo intervención)<sup>23</sup>. Posteriormente, un estudio de cohortes Israelí confirmó la validez discriminativa de este instrumento mediante el uso del análisis discriminante, técnica estadística que identifica las variables que permiten diferenciar a los grupos y cuántas de estas variables son necesarias para alcanzar la mejor clasificación posible, ya que el E-OIA fue capaz de clasificar el 92.9% de las posibles víctimas y el 97.9% de los sujetos menos probables a padecer malos tratos<sup>30</sup>. Además, su gran poder de discriminación se vio reforzado al someterse a la curva ROC (representación gráfica de la sensibilidad frente a la especificidad<sup>21</sup>), ya que obtuvo un intervalo de confianza del 0.82 al 1.02<sup>23</sup>. La validez y fiabilidad fue confirmada por otro estudio realizado por Cohen et al con una muestra poblacional de 1370 ancianos mayores de 70 años<sup>22</sup>.

- Cuestionario de ayuda al Profesional de Enfermería de Atención Primaria para la Detección del Maltrato en las Personas Mayores<sup>18</sup>: escala diseñada por Torres Prados et al en el 2015 para la detección de maltrato en personas mayores de 65 años. Esta herramienta de cribado consta de dos partes, la primera de ellas es administrada por las enfermeras al posible sospechoso, mientras que la segunda debe ser auto-rellenada por el usuario. Además, incluye un apartado de observaciones, para, argumentar y determinar la actuación a seguir una vez se obtengan los resultados del test<sup>18</sup>.

Aunque, este cuestionario aún está pendiente de validar en la práctica clínica (no existen datos respecto a su validez y fiabilidad), supone un gran avance en el campo de detección del MA en España, ya que es el único instrumento diseñado originalmente en castellano y dirigido exclusivamente al personal de enfermería.

El segundo grupo de estrategias de detección lo forman las manifestaciones de los distintos tipos de maltrato. La mayoría de los signos descritos por la literatura han sido contruidos en base a la experiencia de los profesionales sanitarios, pero no cuentan con un proceso de validación<sup>24, 31</sup>:

Manifestaciones de maltrato físico: abrasiones, laceraciones, moratones, quemaduras, dolor, depresión, fracturas, delirio con o sin relación con la demencia son los signos más comunes<sup>24</sup>. Un estudio conducido en EEUU

comparó la localización y tamaño de las lesiones físicas ocasionadas de forma accidental con las debidas a malos tratos físicos. Los resultados demostraron que los moratones causadas por violencia física contra los ancianos suelen medir más de 5cm y situarse en la cara, espalda y zonas laterales de los brazos<sup>31</sup>. Además, fracturas de la mandíbula y del zigomático son probablemente el resultado de un puñetazo, ya que en los golpes accidentales se suelen producir lesiones en los huesos nasales o en el orbital<sup>24, 31</sup>.

En ocasiones puede resultar difícil discernir si las lesiones presentadas por el anciano son el resultado de situaciones de abuso o no. Por este motivo, muchos autores coinciden en que la mejor manera de diferenciar ambos fenómenos es el preguntar a la posible víctima cómo sucedieron los hechos y valorar si la explicación proporcionada es coherente o no con las observaciones realizadas<sup>24</sup>.

-Manifestaciones de abuso psicológico<sup>24, 31</sup>: presencia de ansiedad, depresión o de ambos. Signos de intimidación o coerción como puede ser el mirar al cuidador antes de contestar las preguntas o que éste interrumpa de forma continua las respuestas del anciano<sup>24</sup>. Cabe señalar que estas dos últimas manifestaciones son muy cuestionadas en la literatura, ya que algunos autores las achacan a cuidadores sobreprotectores o mecanismos compensatorios en el caso de personas con deterioro cognitivo<sup>31</sup>. Desde mi punto de vista, estos comportamientos también puede ser el resultado de la infantilización de las personas mayores, lo que lleva a que sean percibidos como seres indefensos e incapaces de valerse por sí mismos.

-Manifestaciones de abuso sexual<sup>24,31</sup>: Los signos del abuso sexual en ancianos son similares a las manifestaciones presentes en víctimas más jóvenes, moratones, abrasiones o laceraciones en la zona genital u abdominal, infecciones de transmisión sexual recientes (ITS) e infecciones urinarias de repetición<sup>24</sup>. Las personas mayores con demencia suponen un reto especial, debido a la dificultad que entraña el asegurar la capacidad de éstos para consentir cualquier tipo de actividad sexual<sup>24, 31</sup>.

-Manifestaciones de maltrato financiero<sup>24,31</sup>: incapacidad para pagar la comida, el alquiler o los servicios públicos, falta de adherencia a la medicación o al régimen terapéutico, depresión, ansiedad, comentarios realizados por los ancianos.

-Manifestaciones de negligencia<sup>24,31</sup>: úlceras, malnutrición, deshidratación, falta de higiene, falta de adherencia al régimen terapéutico.

### **Estrategias de abordaje**

La literatura consultada propone una gran variedad de intervenciones para abordar el MA, las cuáles se pueden clasificar en función de la forma de maltrato que sufra el anciano o según el estado cognitivo de éste<sup>31,32</sup>:

Una revisión de la literatura realizada por Lachs et al, agrupa las intervenciones en función del tipo de abuso que se ha identificado<sup>24</sup>. Por ejemplo en el caso de la negligencia se recomienda realizar un seguimiento, identificando las causas del maltrato (estrés, falta conocimiento) y poniéndoles solución, ya sea a través de proporcionar educación al cuidador o de la puesta en contacto con los servicios sociales<sup>24</sup>. Actuaciones como las separación o extracción del anciano de su entorno, quedan relegadas para aquellos casos en los que la víctima corra un peligro inminente<sup>24</sup>.

Por otra parte algunos estudios señalan que todas las intervenciones tiene una serie de puntos comunes con independencia del tipo de maltrato del que se trate, este es el caso de Ploeg et al<sup>32</sup>, según los cuales el primer componente de cualquier estrategia de abordaje es el desarrollo de una relación o alianza entre el profesional sanitario y la persona vulnerable, familiares o cuidadores de ancianos con déficits cognitivos<sup>32</sup>. Esta relación es crucial para entender la situación en la que se ha dado el maltrato, identificar las necesidades y deseos de la víctima, y facilitar que ésta se muestre dispuesta a recibir asistencia<sup>32</sup>. Sin embargo, los profesionales deben tener en cuenta que el establecimiento de esta alianza puede ser complicada, no es un proceso rápido, ya que a los ancianos al igual que otras víctimas de maltrato les cuesta volver a confiar en otra persona<sup>32</sup>.

En el caso de los ancianos con déficits cognitivos, los artículos consultados señalan que el objetivo de los profesionales en estas situaciones consiste en asegurar que las necesidades básicas de los ancianos están cubiertas<sup>32, 33,34</sup>. Por este motivo, las intervenciones se basan en intentar mejorar la situación, mediante el apoyo al cuidador, la monitorización de la evolución del caso, el ofrecimiento de servicios de relevo: como la ayuda a domicilio, centros de día, etc<sup>24,34</sup>. Según los artículos consultados, la manera más adecuada de abordar este tipo de situaciones es a través de un equipo multidisciplinar<sup>24, 34,35</sup>.

Autores como Norcross et al, defienden que intervenciones no adecuadas al estado de cambio en el que se encuentra la víctima tienen mayor posibilidad de ser rechazadas por ésta<sup>36</sup>. Siguiendo esta premisa se desarrolló en Florida un programa de atención a los ancianos que habían sufrido malos tratos a través de entrevistas motivacionales, el éxito de este estudio se midió en función del progreso que iba realizando cada sujeto en las etapas de cambio de Prochaska<sup>36</sup>. Por ejemplo, la intervención en el estado de contemplación, consistía estimular al paciente a discutir sus problemas, centrándose en el reconocimiento de las situaciones de maltrato. Para aquellos que se encontraban en la etapa de contemplación, se realizaba un balance de los beneficios y los perjuicios que les supondría el recibir ayuda<sup>36</sup>. Además, en aquellos casos que fuese necesario se elaboraba un plan de seguridad (albergues de emergencia, número de contacto policial, etc)<sup>36</sup>. En aquellos sujetos en fase de preparación se les educaba acerca de los diferentes recursos disponibles y se les ayudaba a eliminar aquellas barreras que impidiesen la acción. En este penúltimo, estadio la intervención incluía en ayudar al individuo superar los obstáculos y la frustración que puede suponer el cambio. Por último, la fase de mantenimiento consistía en un seguimiento telefónico y presencial, el cual se iría espaciando en el tiempo en función de los requerimientos de la víctima<sup>36</sup>.

Por último, un ensayo clínico aleatorizado realizado en Irán, demostró la efectividad de una intervención con enfoque cognitivo – conductual en la reducción de todos los tipos de MA<sup>37</sup>, a excepción del maltrato físico, siendo esta intervención la única que cuenta con evidencia que demuestra su efectividad, ya que el resto de las estrategias antes planteadas se basan en recomendaciones realizadas por expertos<sup>24, 31, 33</sup>.

## Conclusiones

La literatura consultada ofrece 2 métodos de detección del MA intrafamiliar desde atención primaria. El primero de ellos, lo integran las escalas de cribado, las cuales en su mayoría presentan una baja sensibilidad y especificidad a la identificación de las situaciones de abuso (Anexo 7), lo que dificulta el establecimiento de una recomendación explícita de alguna de ellas para detectar el MA.

De las escalas analizadas (Anexo 8), las que presentaron mejores datos respecto a los factores de fiabilidad y validez fueron la EASI y la IOA en el caso de los ancianos sin deterioro cognitivo y la CASE en el caso de aquellos con deterioro cognitivo. Si bien es cierto que la escala EASI no detecta el MA, sino situaciones de riesgo, ésta presenta una alta especificidad (0.75), lo que permitiría usarla como un instrumento de diagnóstico discriminativo. Por su parte, la IOA cuenta con un gran poder discriminativo y una alta fiabilidad interna, sin embargo, el hecho de que sus resultados varíen tanto en función de las habilidades del entrevistador, supone una desventaja importante. En cuanto a la identificación del MA en ancianos con déficit cognitivos, la escala CASE demostró una gran fiabilidad (0.75).

Por otro lado, en lo concerniente a los signos y síntomas del maltrato, no se encontraron estudios que demostraran su validez a excepción de los signos del maltrato físico, lo cual resulta llamativo, ya que este tipo de maltrato es uno de los menos prevalentes según los estudios consultados.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y el hecho de que las escalas EASI y CASE cuentan con versiones adaptadas y validadas al contexto español, las cuales cuentan con datos de fiabilidad y especificidad superiores a las originales (Case 0.84, EASI 0.95, 0.51), resulta apropiado recomendar su uso en las consultas de atención primaria españolas, de forma conjunta con los signos y síntomas del MA, ya que éstos últimos aportan una parte objetiva imprescindible para el diagnóstico del MA.

En lo que respecta a las intervenciones, la mayoría de las estrategias de abordaje propuestas no están validadas, siendo las entrevistas motivacionales y aquellas adaptados al estado de cambio de la víctima las que mayor nivel de evidencia

demuestran (Evidencia C), junto con el enfoque cognitivo conductual (único ensayo clínico). En lo que sí coinciden la mayor parte de los autores, es en la importancia de valorar las consecuencias de los malos tratos y de las posibles intervenciones, así como también siempre que sea posible incorporar al anciano en la elaboración del plan de actuación. Por otro lado, en cuanto al tipo de estrategias las más utilizadas y más recomendadas son: el seguimiento, utilización de servicios de apoyo que reduzcan la carga del cuidado o la educación en el caso de la negligencia. Por su parte, la extracción de la víctima de su entorno queda relegado para aquellos casos en los que haya un riesgo inminente para la persona o en el que las consecuencias del maltrato le resulten insoportables.

En conclusión, el maltrato al anciano necesita mayor investigación en aspectos como la validez de las escalas, especialmente en el caso de España donde sólo fue posible encontrar 2 escalas validadas al castellano para su uso en atención primaria. Así como también, sería aconsejable realizar estudios que certifiquen el nivel de evidencia de las intervenciones propuestas y el grado de eficacia de las mismas. Además, en investigaciones futuras, sería interesante incluir la visión de ancianos víctimas de maltrato, ya que resulta llamativa la ausencia de su perspectiva en los estudios, así como también seguir explorando el campo de las escalas de auto –administración en las salas de espera de los centros de salud, ya que su uso puede suponer un paso importante para aumentar la visibilidad social del problema.

## **Limitaciones**

En cuanto a la detección, la falta de escalas validadas en castellano y la escasa uniformidad respecto a los métodos de validación, dificulta la recomendación sobre el uso de una escala concreta. A esto se debe sumar el hecho, que para algunos casos como el de los pacientes con déficits cognitivos sólo existe una escala disponible.

En lo que respecta a las intervenciones, el pequeño tamaño de las muestras poblacionales, las dificultades en la recolección de los datos y el diseño de los estudios (cualitativos), provoca que el nivel de evidencia de las estrategias propuestas por estos sea bajo. Otra inconsistencia que presentan estos trabajos es la falta de datos sobre el

estado cognitivo y la red social de los participantes, lo cual puede ser un sesgo respecto a la homogeneidad de los grupos.

Por otro lado, la usencia de ensayos experimentales aleatorizados, falta de consenso respecto a la definición del MA e inexactitud de los datos de prevalencia afecta considerablemente la calidad de la información disponible y por consiguiente de los resultados expuestos en este trabajo.

## **Bibliografía**

1. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez. Maltrato en el anciano posibilidades de intervención desde la atención primaria. *Aten Primaria*.2006; 37(1):56-9.
2. Pérez Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of Elder Abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr*.2009; 49(1):132-7.
3. Pérez Rojo G, Chulián Horrillo A. Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y utopía. Rev Cienc Soc*. 2013; (41): 127-67.
4. Phelan A. Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of the older person. *Int J Older People Nurs*.2009; 4(2): 115-9.
5. Kissal A, Beser A. Elder Abuse and Neglect in a Population Offering Care by a Primary Care Center in Izmir, Turkey. *Soc Work Health Care*.2011; 50 (2): 158-75.
6. Mysyuk Y, Westendorp R, Lindenberg J. Added Value of Elder Abuse Definitions: A review. *Ageing Res Rev*.2013; 12(1):50-7.
7. Phelan A. Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: implications for nursing discourse. *Nurs Inq*.2008; 15(4): 320-9.
8. Crome P, Moulias R, Sánchez Catellano C, Tilvis R, Arora A, Busby F, et al. Elder abuse in Finland, France, Spain and United Kingdom. *Eur Geriatr Med*.2014; 5(4):277-84.
9. Ziminski Pickering CE, Phillips LR. Development of a Causal model for Elder Mistreatment. *Public Health Nurs*.2014; 31(4):363-72.
10. Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA, Ibrahim R. Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*.2013; 13(3):182-88.
11. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of self-reported Elder Abuse: A 12 year Prospective Investigation.*JAGCS*.2013; 61(5):679-85.

12. Dong X. Elder Abuse: Research, Practice, and Health Policy. *Gerontologist*. 2014; 54(2):153-62.
13. Pérez Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin*.2013; 141(12):522-26.
14. Castellano CL, Miguel Negrado A. Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *Int Psicol Ter Psicol [Revista en línea]* 2010. [acceso 20 de noviembre de 2016]; 10 (2):259-78. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/261/estereotipos-viejistas-en-ancianos-actualizaci-ES.pdf>
15. Olson JM, Hoglund BA. Elder Abuse: Speak Out For Justice. *JCN*.2014; 31(1):14-21.
16. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanitaria*.2007; 21(3):235- 41.
17. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. 1998.
18. Torres Prados MT, Estrella González IM. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*.2015; 26(3):79-83.
19. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl*.2012; 24(1): 17-36.
20. Sandmoe A, Kirkevol M, Ballantyne A. Challenges in handling elder abuse in community care. An exploratory study among nurses and care coordinators in Norway and Australia. *J Clin Nurs*. 2011; 20(23): 3351-63.
21. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra [Online]*.2011

[citado 2017 Enero 09]; 34 (1):63-72. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007)

22. Cohen M. Screening Tools For The Identification of Elder Abuse. JCOM.2011; 18(6): 261-70.
23. Gallione C, Dal Molin A, Cristina F, Herns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. J Clin Nurs. 2016;1-23.
24. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. N Engl J Med. 2015;12(20): 1947-56.
25. Buri HM, Daly JM and Jogerst GJ. Elder abuse telephone screen reliability and validity. J Elder Abuse Negl. 2009;21(1):58-73
26. Yaffe M, Wolfson C, Litwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). J Elder Abuse Negl. 2008;20(3):276-300
27. Pérez Rojo G, Sancho Castiello MT, Aranda Jaquotot MT. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol.2008; 43(3):180-8.
28. Pérez Rojo G, Izal MM, Sancho MT. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol.2010; 45(4):213-8.
29. Yaffe MJ, Weiss D, Lithwick M. Seniors' self- administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. J elder Abuse Negle.2012; 24(4):277-92.
30. Lindenbach J, Larocque S, Lavoie AM, Garceau ML. Older Adult Mistreatment Risk Screening: Contribution to the validation of a Screening Tool in a Domestic Setting. 2012.31(2):235-52.
31. Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. CMAJ.2015; 187(8):575-81.

32. Ploeg J, Fear J, Hutchison B, MacMillan H, Bolan G. A systematic review of interventions for elder abuse. *J Elder Abuse Negl.* 2009; 21(3): 187-210.
33. Prévile M, Mechakra SD, Vsiadis HM, Matheiu V, Quesnel L, Gontijo Guerrera S, et al. Family violence among older adult patients consulting in primary care clinics: Results from the ESA. *Can J Psychiatry.* 2014;59(8): 426-33.
34. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. 2014; 89(6):453-60.
35. Killick C, Taylor BJ. Professional decision making on elder abuse: systematic narrative review. *J Elder Abuse Negl.* 2009; 21(3):211-38.
36. Mariam LM, McClure R, Robinson JB, Yang JA. Eliciting change in at risk elders (ECARE): evaluation of an elder abuse intervention programme. *J elder Abuse Negl.* 2015; 27(1): 19-33.
37. Khanlary Z, Maarefvand M, Biglarian A, Heravi Karimooi M. The effect of a family based intervention with a cognitive – behavioral approach on elder abuse. *J Elder Abuse Negl.* 2016; 28(2):114-26.

## Anexos

### Anexo 1: Tabla de conceptos y palabras clave.

Concepto	Sinónimo	Antónimo	Inglés	Palabra clave	Otras sugerencias
<b>Maltrato al anciano</b>	Violencia contra los mayores  Abuso hacia los ancianos		Elder abuse Elder maltreatment. Elder mistreatment.	<b>Pubmed, Ovid, Cinhal</b> <b>Cochrane:</b> Elder abuse  <b>Cuiden:</b> Maltrato Violencia	<b>Cuiden:</b> Violencia intrafamiliar al anciano
<b>Detección</b>	Identificar Descubrir Diagnosticar Localizar		Discover Identify Recognize Diagnosis Disclose Reveal Notice	<b>Pubmed,Ovid,</b> <b>Cinahl, Cochrane:</b> Diagnosis  <b>Cuiden:</b> Diagnóstico	<b>Pubmed:</b> Nursing Diagnosis
	Estrategia		Approach	<b>Pubmed:</b> Practice Guidelines	<b>Cinahl:</b> Nursing intervention

<b>Intervención</b>	Curso de acción		Handle Intervention Guidelines	<b>Cinahl:</b> Intervention strategies. <b>Cuiden:</b> Intervenciones enfermeras	
<b>Atención primaria</b>	Comunitaria		Community health ser- vices Primary care Home health	<b>Pubmed, Ovid,</b> <b>Cinhal, Cochrane:</b> Community health services  Primary health care. <b>Cuiden:</b> Atención primaria de salud	<b>Pubmed:</b> Community health nursing.

**Anexo 2: Tabla del proceso de búsqueda bibliográfica.**

Base de Datos	Ecuación de búsqueda	Nº de resultados	Aceptados por título y abstract	Comentarios
Pubmed	Primary Health Care"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh) AND "Elder Abuse"[Mesh]	261	0	Búsqueda muy amplia, no aceptada. Se rehace la ecuación de búsqueda, cambiando el boleano “or” por “and” y creando 2 nuevas ecuaciones con cada término, con el fin de reducir el número de artículos
	("Elder Abuse"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]  <u>Filtros:</u> 2006- 2016.	16	2	Búsqueda aceptada. <b>14 Artículos rechazados</b> , por los siguientes motivos: 4 No tienen relación con el tema del TFG. 4 Abordan el maltrato a los ancianos, pero no están encaminados al objetivo del TFG (incluidos en el marco teórico). 2 Idioma diferente del castellano/ ingles. 1 Cumple criterio de exclusión por autonegligencia 1 Profesional perteneciente a un área distinta de atención primaria. 2 Contexto de detección distinto a la atención primaria.
	("Elder Abuse"[Mesh]) AND "Community Health Services"[Mesh]  <u>Filtros:</u> texto completo, abstract, 2006-2016.	53	11	Búsqueda aceptada. <b>42 Artículos rechazados:</b> 13 Artículos revisados en la búsqueda anterior. 5 No se puede acceder al artículo completo. 11 No tiene relación con el tema del TFG. 6 Contexto distinto a la atención primaria.

<b>Pubmed</b>				<p>5 No se encaminan al objetivo del TFG.</p> <p>1 No cumple criterio de profesionales (brokers)</p> <p>1 Cumple criterio de exclusión por autonegligencia.</p>
	<p>"Elder Abuse"[Mesh] AND "Community Health Nursing"[Mesh]</p> <p><u>Filtros:</u> texto completo, abstract, 2006-2016.</p>	<b>10</b>	<b>0</b>	<p>Búsqueda aceptada, aunque muy limitada.</p> <p><b>10 artículos rechazados:</b></p> <p>3 Revisados en búsquedas anteriores.</p> <p>1 Cumple criterio de exclusión por autonegligencia.</p> <p>3 No se puede acceder al texto.</p> <p>3 No responde al objetivo del TFG.</p>
	<p>"Elder Abuse"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]</p> <p><u>Filtros:</u> texto completo, abstract y 10 años de antigüedad.</p>	<b>36</b>	<b>3</b>	<p>Búsqueda aceptada.</p> <p><b>33 artículos rechazados,</b> por los siguientes motivos:</p> <p>6 No tiene relación con el tema del TFG.</p> <p>1 El maltrato ocurre fuera del entorno familiar.</p> <p>5 Contexto diferente a la atención primaria.</p> <p>10 No están encaminados al objetivo del TFG.</p> <p>1 Cumple criterio de exclusión de autonegligencia.</p> <p>10 Artículos revisados en búsquedas anteriores.</p>
	<p>("Elder Abuse"[Mesh]) AND "Diagnosis"[Mesh]</p> <p><u>Filtros:</u> texto completo, abstract y 10 años de</p>	<b>52</b>	<b>16</b>	<p>Búsqueda aceptada.</p> <p><b>36 artículos rechazados:</b></p> <p>7 No responde al objetivo del TFG.</p>

	antigüedad.			<p>6 No tiene relación con el tema del TFG.</p> <p>4 Cumple criterio de exclusión por idioma.</p> <p>7 Contexto distinto a la atención primaria.</p> <p>4 Profesionales diferentes a las enfermeras de atención primaria.</p> <p>1 Cumple criterio de exclusión de autonegligencia.</p> <p>1 Revisados en búsquedas anteriores.</p> <p>6 No se puede acceder al texto.</p>
<b>Fisterra</b>	Maltrato a los ancianos	<b>0</b>	<b>0</b>	Aunque es una herramienta muy útil para atención primaria, ninguna de las búsquedas realizadas ha sido efectiva.
	Violencia intrafamiliar	<b>0</b>	<b>0</b>	
	Violencia doméstica	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Cinahl</b>	Elder abuse and intervention strategies  <u>Limitadores:</u> texto completo en vínculo; fecha: 2006 – 16; Grupos de edad: 65+ years.	<b>3</b>	<b>0</b>	<p>Búsqueda aceptada.</p> <p><b>3 artículos rechazados:</b></p> <p>2 Cumplen criterio de exclusión al abordar la autonegligencia.</p> <p>1 Aceptado en búsquedas anteriores.</p>
	Elder abuse and community health services  <u>Limitadores:</u> texto completo en vínculo; fecha: 2006 – 16; Grupos de edad: 65+ years.	<b>2</b>	<b>0</b>	<p>Búsqueda aceptada, aunque muy limitada.</p> <p><b>2 artículos rechazados:</b></p> <p>2 No responden al objetivo.</p>
	Elder abuse and diag-	<b>37</b>	<b>5</b>	Búsqueda aceptada.

	<p>nosis</p> <p><u>Limitadores:</u> texto completo en vínculo; fecha: 2006 – 16; Grupos de edad: 65+ years.</p>			<p><b>32 artículos rechazados:</b></p> <p>10 Cumplen criterio de exclusión por centrarse en el contexto hospitalario.</p> <p>4 Excluidos por no cumplir con el criterio de tipología, al ser casos estudio.</p> <p>3 aceptados en búsquedas anteriores.</p> <p>4 No abordan el tema del TFG.</p> <p>5 No se pudo acceder a ellos.</p> <p>6 No responden al objetivo del TFG.</p>
<b>Cuiden</b>	<p>("maltrato")AND("ancianos")</p> <p><u>Filtros:</u> 2006-16 y texto completo.</p>	<b>25</b>	<b>5</b>	<p>Búsqueda aceptada.</p> <p><b>20 artículos han sido rechazados:</b></p> <p>3 No responde al objetivo del TFG.</p> <p>5 No cumple criterio de inclusión de idioma (portugués)</p> <p>4 No cumple con el criterio de contexto.</p> <p>1 Artículo repetido en los resultados de esta búsqueda.</p> <p>4 No tiene relación con el tema del TFG.</p> <p>2 No se puede acceder a los artículos.</p> <p>1 No cumple con criterio de tipología (TFG)</p>
	<p>("violencia")AND(("intrafamiliar")AND("ancianos"))</p>	<b>9</b>	<b>0</b>	<p>Búsqueda aceptada. Al no encontrar ningún artículo útil, se rehacer la ecuación introduciendo el término “violencia intrafamiliar”.</p>

<b>Cuiden</b>				<b>9 artículos rechazados :</b> 5 No cumplen criterio de idioma. 4 No hacen referencia al objetivo del TFG.
	("maltrato")AND(("ancianos")AND("detección"))  <u>Filtros:</u> 2006-16, texto completo	<b>5</b>	<b>0</b>	Búsqueda aceptada, aunque muy limitada.  <b>5 artículos rechazados:</b> 2 Aceptado en la búsqueda anterior. 1 No aborda el objetivo del TFG. 1 No cumple criterio de contexto (hospital) 1 No aborda tema del TFG.
	("intervenciones")AND(("enfermeras")AND(("ancianos")AND("maltrato")))  <u>Filtros:</u> 2006-16, texto completo	<b>3</b>	<b>0</b>	Búsqueda aceptada, aunque muy limitada.  <b>3 artículos rechazados:</b> 1 Cumple criterio de exclusión de contexto diferente a la atención primaria. 1 No cumple criterio de tipología al ser un caso estudio. 1 No responde al objetivo del TFG.
	(Elder abuse)  Límites: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2006-2016.</li> <li>• Artículos y revisiones.</li> </ul>	<b>50</b>	<b>6</b>	Búsqueda aceptada.  <b>44 artículos rechazados:</b> 3 Artículos revisados en búsquedas anteriores. 17 No aborda el tema del TFG. 11 No responde al objetivo del TFG.

<p><b>Ovid</b> (Revistas a texto completo Osakidetza, Joanna Briggs Institute)</p>				<p>2 Cumplen criterio de exclusión por profesional.</p> <p>3 La detección se realiza en un contexto distinto a la atención primaria.</p> <p>6 Artículos repetidos en ésta búsqueda.</p> <p>2 Cumple criterio de exclusión de autonegligencia.</p>
	<p>(Elder abuse) and (Diagnosis)</p> <p><u>Límites:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2006-2016.</li> <li>• Artículos y Revisiones.</li> </ul>	<b>185</b>	<b>0</b>	<p>Búsqueda muy amplia, no aceptada. Se rehace la ecuación añadiendo el término “Community Health Services”.</p>
	<p>(Elder abuse) and (diagnosis) and (Community Health Services)</p>	<b>1</b>	<b>0</b>	<p>Búsqueda muy limitada.</p> <p><b>1 artículo rechazado</b>, por haber sido revisado en búsquedas anteriores.</p>
	<p>(Elder abuse) and (community health services)</p>	<b>2</b>	<b>0</b>	<p>Búsqueda muy limitada.</p> <p><b>2 artículos rechazados:</b></p> <p>1 No responde al objetivo del TFG.</p> <p>1 No cumple criterio de profesional.</p>

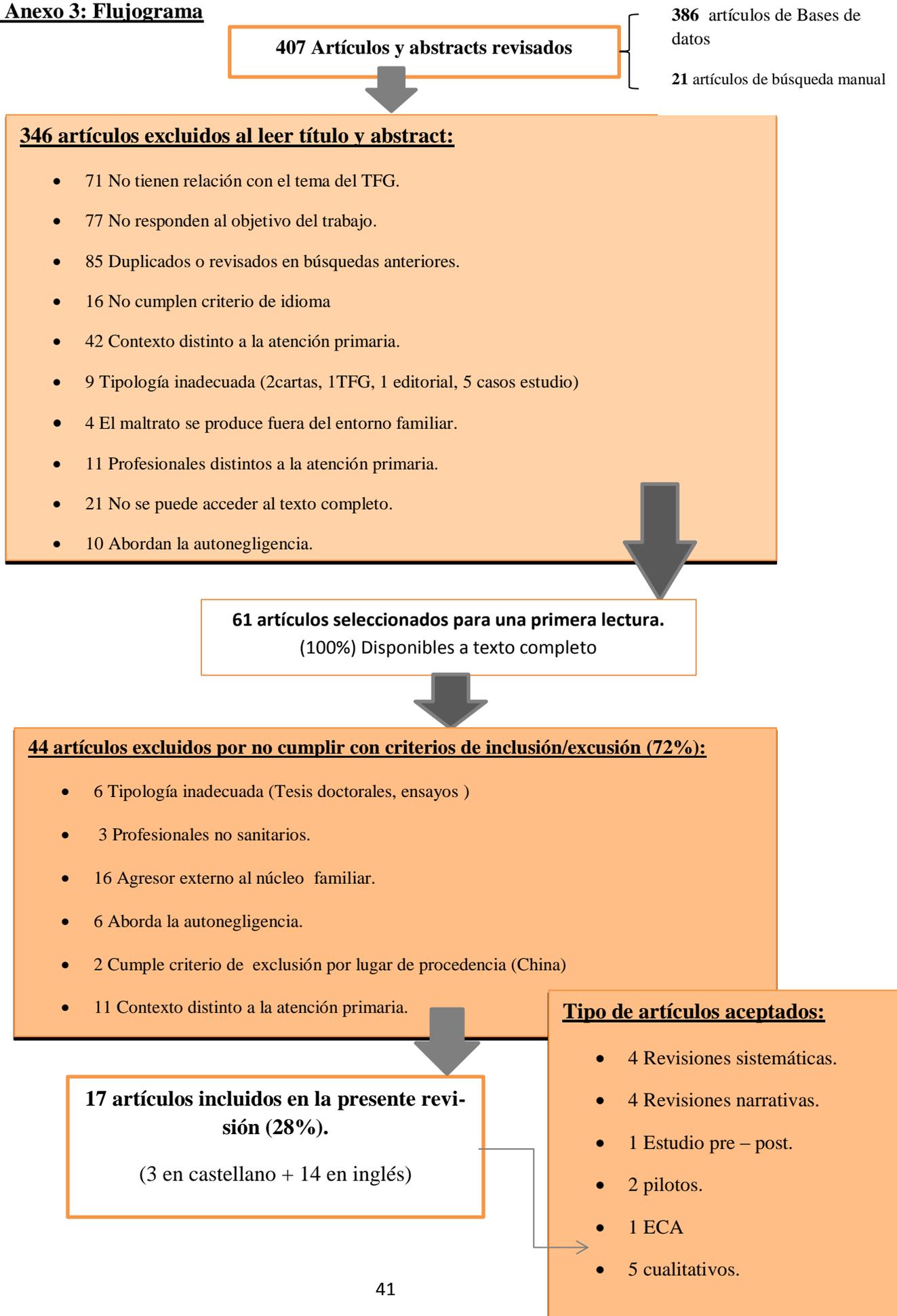
<b>Cochrane Plus</b>	(elder abuse) Años:2006-2016	<b>29</b>	<b>3</b>	Búsqueda aceptada. <b>26 artículos rechazados:</b> 17 No aborda el tema del TFG. 1 Cumple criterio de exclusión por autonegligencia. 1 No responde al objetivo del TFG. 7 Revisados en búsquedas anteriores.
	(elder abuse) and (nursing)	<b>11</b>	<b>0</b>	Búsqueda aceptada. <b>11 artículos rechazados:</b> 1 El maltrato no se produce en el entorno familiar. 10 No tiene relación con el tema del TFG.
<b>Wiley Online Library</b>	Elder abuse in Abstract Años: 2006 - 2016	<b>89</b>	<b>0</b>	Búsqueda muy amplia, no aceptada. Se rehace la ecuación añadiendo el término “ diagnosis”
	(Elder abuse in Abstract) AND (diagnosis in Abstract) Años: 2006-17.	<b>6</b>	<b>1</b>	Búsqueda aceptada. <b>5 artículos rechazados, por los siguientes motivos:</b> 1 Artículos revisados en búsquedas anteriores. 1 No responde al objetivo de TFG. 2 No tiene relación con el tema del TFG. 1 Cumple criterio de exclusión por detección hospitalaria.
	(Elder abuse in Abstract) AND (detection	<b>10</b>	<b>1</b>	Búsqueda aceptada.

	in Abstract)			<p><b>9 artículos rechazados, por los siguientes motivos:</b></p> <p>3 Artículos revisados en búsquedas anteriores.</p> <p>4 No tiene relación con el objetivo de TFG.</p> <p>1 No tiene relación con el tema del TFG.</p> <p>1 No cumple criterio de contexto ( urgencias)</p>
<b>Science direct</b>	<p>&gt; 2006 and TITLE-ABSTR-KEY (elder abuse) AND LIMIT-TO (topics, "elder abuse")</p> <p>Años: 2006- 2016.</p>	<b>133</b>	<b>0</b>	Búsqueda muy amplia, no aceptada. Se rehace la búsqueda añadiendo el término “detection”.
	<p>&gt; 2006 and TITLE-ABSTR-KEY (elder abuse) and TITLE-ABSTR-KEY (detection) AND LIMIT-TO (topics, "elder abuse")</p> <p>Años: 2006-2016.</p>	<b>12</b>	<b>1</b>	<p>Búsqueda aceptada.</p> <p><b>11 artículos rechazados:</b></p> <p>2 Artículo revisado en búsquedas anteriores</p> <p>1 No se puede acceder al texto.</p> <p>3 No responde al objetivo del TFG.</p> <p>3 Cumple con criterio de exclusión por ser profesionales no sanitarios.</p> <p>2 No cumple con el criterio de inclusión de contexto, ya que la de-</p>

				tección no se desarrolla en la atención primaria.
	> 2006 and TITLE-ABSTR-KEY (elder abuse) and TITLE-ABSTR-KEY (interventions) AND LIMIT-TO (topics, "elder abuse").  Años: 2006- 2016.	<b>14</b>	<b>0</b>	Búsqueda aceptada. <b>14 artículos rechazados:</b> 6 No responde al objetivo del TFG. 5 artículos revisados en búsquedas anteriores. 1 No cumple criterio de contexto al detectarse en un entorno hospitalario. 2 No se puede acceder al texto completo.
<u>Búsqueda manual en:</u>  <b>Journal of Elder Abuse &amp; Neglect</b>	“Elder abuse”  <u>Filtros:</u> 2007 – 2017. Acceso completo al contenido.	<b>6</b>	<b>3</b>	Búsqueda aceptada. Aunque aparecen 9 resultados, 3 de ellos son fragmentos en los que realizan correcciones de otros artículos, por lo que se eliminan de los resultados. <b>3 artículos rechazados:</b> 1 No cumple con los criterios de inclusión al tratarse de una carta. 1 No aborda el objetivo del TFG. 1 No cumple con los criterios de inclusión al tratarse de una editorial.
	“Interventions”	<b>4</b>	<b>2</b>	Búsqueda muy reducida, aunque aceptada. <b>2 artículos rechazados:</b> 1 Revisado en la búsqueda anterior.

	<u>Filtros:</u> 2007 – 2017. Acceso completo al contenido.			1 El contexto en el que se produce el maltrato no es el hogar.
	“Decision making”  <u>Filtros:</u> 2006 – 2016. Acceso completo al contenido.	<b>2</b>	<b>0</b>	Búsqueda muy limitada e inefectiva. <b>2 artículos rechazados</b> , uno no aborda el objetivo del TFG y el otro no cumple con los criterios de inclusión al tratarse de una carta.
<u>Búsqueda manual:</u>  <b>The Gerontologist</b>	“Elder abuse”  <u>Filtros:</u> 2006-17.	<b>8</b>	<b>1</b>	Búsqueda aceptada. <b>7 Artículos rechazaos:</b> 5 No responde al objetivo del TFG. 2 No se produce en el entorno familiar.
<b>Google académico</b>	Introducción del título de un artículo.	<b>1</b>	<b>1</b>	Búsqueda aceptada. Se introdujo el título del un artículo al cual no se pudo acceder de otra manera.

### Anexo 3: Flujograma



**Anexo 4: Tabla resumen de la bibliografía consultada.**

<b>Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores.</b>	
<b>Fuentes</b>	PubMed
<b>Año /País</b>	2008 /España
<b>Autores</b>	Pérez Rojo G, Sancho Castiello MT, Aranda Jaquotot MT.
<b>Objetivo</b>	Describir los resultados de la aplicación en España del proyecto “Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial”.
<b>Diseño</b>	Cualitativo de validación (grupos focales)
<b>Tipo de paciente</b>	Ancianos, trabajadores sociales, médicos de atención primaria.
<b>Muestra</b>	Grupos formados por ancianos (> 65 años): 3 grupos formado exclusivamente por varones, 1 integrado por mujeres y otro mixto.
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Los grupos focales señalaron que la consulta de atención primaria no reúne las condiciones de tranquilidad y tiempo que esta aplicación requiere, debido a la saturación de las consultas y la consiguiente falta de tiempo, y a la habitual presencia de familiares/acompañantes que restan intimidad y confidencialidad para emitir respuestas veraces acordes con la realidad de las vivencias.</p> <p>Para las personas mayores la pregunta más importante es la que hace referencia a la sospecha de negligencia física y psicológica porque la consideraron como una situación muy habitual y frecuente, por el contrario los médicos creen que es más importante la quinta pregunta, referida a la sospecha de maltrato físico y sexual.</p> <p>Los profesionales señalaron la falta de circulación de comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas y la necesi-</p>

	<p>dad del establecimiento de un trabajo interdisciplinario coordinado y sistemático con el objetivo de potenciar la detección y prevención de las situaciones de maltrato en el contexto de la atención primaria.</p> <p>En cuanto a la comprensibilidad se realizaron críticas relativas al lenguaje utilizado, debido a la presencia de términos latinoamericanos como «jalar», «monitoreo» y «reporta», no utilizados en España y conducen a confusión, y a la traducción literal de términos desde el inglés como «perpetrador» y «victimizador».</p>
--	--

**Older Adult Mistreatment Risk Screening: Contribution to the validation of a Screening Tool in a Domestic Setting**

<b>Fuentes</b>	Science direct.
<b>Año /País</b>	2012/ Canadá
<b>Autores</b>	Lindenbach JM, Laracque S, Lavoie AM, Garceau ML.
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar la validez de contenido de la escala e- IOA, en un país de habla inglesa.</li> <li>- Revisar la fiabilidad interna del e -IOA.</li> </ul>
<b>Diseño</b>	Cualitativo (grupos focales, método delphi)
<b>Tipo de paciente</b>	Panel de expertos con entre 2 y 30 años de experiencia.
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>La escala IOA fue diseñada para su uso en visitas a domicilio. Presenta un poder discriminatorio del 84.4% para los posibles casos de abuso y una excelente consistencia interna con alpha de Chronbach del 0.92 y 0.91.</p> <p>En cuanto a la especificidad obtiene valores del 100% y del 78.4% respecto a la sensibilidad. Desventajas: requiere de la interpretación del profesional, lo que cuestiona la objetividad de sus resultados.</p> <p>El diseño final de la escala e- IOA consistió en 95 ítems, se modificaron ciertas palabras por ser consideradas ofensivas (mental retarded por cognitive impairment).</p>

<b>A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse</b>	
<b>Fuentes</b>	Journal of Elder Abuse & Neglect (Búsqueda manual)
<b>Año /País</b>	2009.
<b>Autores</b>	Ploeg J, Fear J, Hutchison B, MacMillan H, Bolan G.
<b>Objetivo</b>	Resumir la efectividad de las intervenciones del MA.
<b>Diseño</b>	Revisión sistemática.
<b>Tipo de estudio</b>	Artículos que incluyan personas > 60 años, y describan intervenciones para abordar el MA.
<b>Muestra</b>	8 estudios (5 cuasi - experimentales con grupos no equivalentes, 3 eran ECAS).
<b>Hallazgos de interés</b>	No existe evidencia suficiente que demuestre la eficacia de ninguna de las intervenciones propuestas, la mayoría de los estudios son descriptivos y no incluyen grupos control.  Cuatro estudios examinaron el impacto de las intervenciones en la resolución de los casos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

<b>Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention</b>	
<b>Fuentes</b>	Pubmed
<b>Año /País</b>	2015/ Canadá
<b>Autores</b>	Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S.
<b>Objetivo</b>	Actualizar la información disponible respecto a la definición, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y recomendaciones de detección para el MA.
<b>Diseño</b>	Revisión sistemática.
<b>Tipo de artículos</b>	Revisiones bibliográficas, sistemáticas y artículos de relevancia, posteriores al 2013.
<b>Hallazgos de interés</b>	Respecto a la detección, no existe evidencia suficiente sobre los beneficios de realizar screening de manera generalizada a los ancianos desde atención primaria. Describe los signos más comunes de abusos, aunque no se han podido identificar evidencia que apoye estos signos como marcadores de MA.  No existen datos respecto a las características psicométricas del

	<p>Brief Abuse Screening For The Elderly. Recomiendan el uso de la escala EASI por los profesionales de atención primaria, junto con una valoración completa de cada caso.</p> <p>Toda aproximación a un posible caso de MA debe iniciar con la valoración de la capacidad de decisión de la víctima. En caso de que esté capacitada, el profesional deberá exponerle sus preocupaciones, educarle sobre el MA y su tendencia a aumentar en frecuencia e intensidad con el tiempo. Así como también sobre recursos sociales disponibles.</p>
--	--

**Family Violence Among Older Patients Consulting Primary Care Clinics: Results From ESA Services Study On Mental Health and Aging.**

<b>Fuentes</b>	PubMed
<b>Año /País</b>	2014. Francia
<b>Autores</b>	Preville M, Mechakra SD, Vasiliadis HM, Mathieu V, Quesnel L, Gontijo – Guerra S.
<b>Objetivo</b>	Generar una visión global del MA
<b>Diseño</b>	Cualitativo
<b>Hallazgos de interés</b>	No existe evidencia que apoye el uso de unas intervenciones sobre otras. Se necesita mayor investigación respecto a este campo.

**Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.**

<b>Fuentes</b>	Science Direct.
<b>Año /País</b>	2010. España
<b>Autores</b>	Pérez Rojo G, Izal M, Sancho MT.
<b>Objetivo</b>	Validación del EASI y del FETS.
<b>Diseño</b>	Cualitativo ( grupo de expertos)
<b>Hallazgos de interés</b>	La adaptación al castellano de la escala EASI presenta una sensibilidad del 51% y una especificidad del 95%, ambos

	valores superiores a los obtenidos por el instrumento original.
--	---

<b>Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI)</b>	
<b>Fuentes</b>	Journal of Elder Abuse & Neglect (Búsqueda manual)
<b>Año /País</b>	2008/ Canadá.
<b>Autores</b>	Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D.
<b>Objetivo</b>	Desarrollar y validar una herramienta breve para aumentar la concienciación de los profesionales sobre el MA y que puedan usarla en las consultas con ancianos sin deterioro cognitivo.
<b>Diseño</b>	Cualitativo (grupos focales)
<b>Tipo de paciente</b>	Médicos, enfermeras y trabajadores sociales.
<b>Muestra</b>	31 profesionales. (10 enfermeras, 10 trabajadores sociales y 11 médicos)
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>No existe consenso sobre cuándo, dónde y cómo realizar la detección del MA, de hecho algunos participantes se plantean si es necesario valorar la existencia de MA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EASI: sensibilidad 0.47 y especificidad 0.75. Duración inferior a 2 minutos.</li> <li>- La EASI la componen 6 preguntas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ¿Necesita ayuda de otra persona para realizar las AVD? (sensibilidad 0.23 y especificidad 0.72)</li> <li>2) ¿Alguien le ha impedido salir, comer, tomar su medicación, etc.? (sensibilidad 0.04 y especificidad 0.99)</li> <li>3) ¿le han hablado de manera inapropiada, amenazado o avergonzado alguna vez? ( sensibilidad 0.28 y especificidad 0.93)</li> <li>4) ¿Le han obligado a firmar documentos o a gastar dinero? (sensibilidad 0.08 y especificidad 0.99)</li> <li>5) ¿le han tocado en contra de su voluntad o herido físicamente? (sensibilidad 0.04 y especificidad 0.98)</li> <li>6) Pregunta dirigida al profesional: ¿observa algún</li> </ol> </li> </ul>

	posible signo de MA? (sensibilidad 0.03 y especificidad 0.97)
--	---

<b>Screening Tools for the Identification of Elder Abuse.</b>	
<b>Fuentes</b>	Google académico (Búsqueda manual)
<b>Año /País</b>	2011. Israel.
<b>Autores</b>	Cohen M.
<b>Objetivo</b>	Revisar las herramientas existentes para el screening del MA
<b>Diseño</b>	Revisión bibliográfica.
<b>Tipo de Muestra</b>	Artículos publicados en inglés, realizados entre 1980 y 2011.
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Existen 2 tipos de estrategias de detección: inspeccionar signos de maltrato y evaluar los factores de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntas directas: H-S/ EAST, VASS, EASI Y CASE.</li> <li>- Indicadores de riesgo: IOA, E- IOA, Bass et al.</li> </ul> <p>Realiza una descripción detallada de las siguientes escalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EASI: sensibilidad de 0.47, especificidad 0.75.</li> <li>- CASE: buena validez de constructo y fiabilidad.</li> <li>- Bass et al: no presenta proceso de validación</li> </ul> <p>Los signos y manifestaciones del MA presentes en la literatura no han sido validados.</p>

<b>Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores.</b>	
<b>Fuentes</b>	Cuiden
<b>Año /País</b>	2015. España
<b>Autores</b>	Torres Prados MT, Estrella González IM.
<b>Objetivo</b>	<p>Elaboración de un cuestionario de ayuda al profesional de enfermería de atención primaria para la detección precoz del maltrato en las personas mayores.</p> <p>Ofrecer información actualizada sobre el MA.</p>
<b>Diseño</b>	Revisión bibliográfica.
<b>Hallazgos de</b>	Proponen una escala de detección, diseñada para el colectivo

<b>interés</b>	enfermero, dirigida tanto al anciano como a su cuidador.
----------------	--

<b>Seniors' self – Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study.</b>	
<b>Fuentes</b>	Journal of Elder Abuse & Neglect (Búsqueda manual.)
<b>Año /País</b>	2012. Canadá.
<b>Autores</b>	Yaffe MJ, Weiss D, Lithwick M.
<b>Objetivo</b>	Valorar la posibilidad y aceptabilidad de usar una versión de la EASI, autoadministrada por los ancianos en las salas de espera de las consultas para detectar el MA.
<b>Diseño</b>	Estudio de piloto.
<b>Tipo de paciente</b>	Adultos de más de 65 años, con un Mini-mental >24, y que hablen inglés o francés.
<b>Muestra</b>	210 personas.
<b>Hallazgos de interés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La EASI muestra validez de contenido, y ha sido traducida al español, árabe, alemán y hebreo.</li> <li>- El 89% de los participantes completo la escala en menos de 2 minutos.</li> <li>- El tamaño de la letra y la presentación le pareció correcta al 94,3%.</li> <li>- El 27,2% de las personas indicaron que la realización del cuestionario había aumentado su concienciación sobre el MA.</li> </ul>

<b>Eliciting Change in At –Risk Elders (ECARE): Evaluation of an Elder Abuse Intervention</b>	
<b>Fuentes</b>	Pubmed
<b>Año /País</b>	2015. EEUU
<b>Autores</b>	Morris LM, McClure R, Robinson JB, Yang JA.
<b>Objetivo</b>	Evaluar la efectividad del programa ECARE
<b>Diseño</b>	Estudio antes – después (o pre- post)

<b>Tipo de paciente</b>	Víctimas de MA, las cuales hablaran algún idioma conocido por el equipo
<b>Muestra</b>	175 ancianos.
<b>Hallazgos de interés</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Se produjo una reducción de los factores de riesgo a lo largo de la intervención. 43% de los participantes alcanzaron estados de acción y mantenimiento.</li> <li>2) El uso de las fases de cambio de Prochaska, permiten adecuar la intervención al estadio en el que se encuentra la víctima.</li> <li>3) El establecimiento de una relación de confianza entre el profesional sanitario y el anciano, o en el caso de personas mayores con déficits cognitivos con el cuidador es crucial para conocer la opinión de los sujetos implicados y para conseguir que el anciano acepta una posible intervención.</li> </ol>

<b>Elder abuse</b>	
<b>Fuentes</b>	Pubmed
<b>Año /País</b>	2015. EEUU
<b>Autores</b>	Lachs MS, Pillemer KA.
<b>Objetivo</b>	Resumir la investigación y la evidencia clínica en lo referente a la valoración y manejo del MA.
<b>Diseño</b>	Revisión bibliográfica.
<b>Muestra</b>	Revisiones bibliográficas y sistemáticas sobre el MA
<b>Hallazgos de interés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describe los signos y síntomas del MA.</li> <li>- Identifica a los equipos multidisciplinares como estrategia clave para abordar el MA.</li> <li>- Método de detección: entrevistar a la posible víctima y agresor de manera separada, prestando especial atención a la presencia de incongruencia entro los discursos de ambos sujetos.</li> <li>- Las preguntas indirectas son más adecuadas para iniciar</li> </ul>

	<p>la entrevista, ya que son menos incisivas y no asustan a la víctima.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones efectivas rara vez incluyen el sacar al anciano de su entorno.</li> </ul>
--	---

### Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention

<b>Fuentes</b>	Pubmed
<b>Año /País</b>	2014. EEUU
<b>Autores</b>	Hoover RM, Polson M.
<b>Objetivo</b>	Conocer los tipos de MA, los métodos de detección y abordaje del MA, junto con su grado de evidencia.
<b>Diseño</b>	Revisión bibliográfica.
<b>Hallazgos de interés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La evidencia actual es insuficiente para recomendar la realización de screenings contra el MA de forma sistemática.</li> <li>- La escala EASI está validada para su uso en atención primaria y puede ser usada en ancianos sin deterioro cognitivo. Posee una sensibilidad del 0.47 y una especificidad del 0.75.</li> <li>- Describe las enfermedades y condiciones que pueden imitar los signos y síntomas del MA.</li> <li>- Propone un algoritmo para el manejo del MA.</li> </ul>

### Professional Decision Making on Elder Abuse: Systematic Narrative Review

<b>Fuentes</b>	Pubmed
<b>Año /País</b>	2009. Irlanda
<b>Autores</b>	Killick C, Taylor BJ.
<b>Objetivo</b>	Conocer los factores que influyen la toma de decisiones de los profesionales respecto al MA.
<b>Diseño</b>	Revisión sistemática.
<b>Muestra</b>	19 estudios
<b>Hallazgos de</b>	Esta revisión identifica los siguiente aspectos como claves en la

<b>interés</b>	<p>toma de decisiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La salud y capacidad del anciano y del cuidador.</li> <li>2. Factores sociales y económicos.</li> <li>3. La validez de la información recogida, prefiriéndose información cualitativa frente a indicadores numéricos.</li> <li>4. Consecuencias de la intervención.</li> </ol>
----------------	---

<b>Elder Abuse Telephone Screen Reliability and Validity</b>	
<b>Fuentes</b>	Journal of Elder Abuse & Neglect (Búsqueda manual)
<b>Año /País</b>	2009. EEUU
<b>Autores</b>	Buri HM, Daly JM, Jogerts GJ.
<b>Objetivo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar preguntas válidas y fiables que identifiquen el maltrato de los ancianos.</li> <li>2. Valorar la validez y la fiabilidad de las escalas disponibles en una población de ancianos en alto riesgo de padecer abusos.</li> <li>3. Describir las dificultades de realizar e interpretar las escalas en ancianos dependientes.</li> </ol>
<b>Diseño</b>	Estudio piloto.
<b>Tipo de paciente</b>	Ancianos mayores de 60 años, que viven en la comunidad, capaces de entender inglés y con acceso al teléfono.
<b>Muestra</b>	Se planteó la participación de 70 sujetos, de éstos sólo 49 aceptaron participar en el estudio. De los cuales 17 eran víctimas de malos tratos y 27 no lo eran.
<b>Hallazgos de interés</b>	<p>Ninguna de las escalas fue efectiva a la hora de discriminar entre el grupo de víctimas y el de no víctimas.</p> <p>Las curvas de ROC construidas para las escalas AMA, H-S / EAST, VASS e IEAS, demuestra que ninguna de éstas posee poder como predictores de abuso (área bajo la curva = 0,5).</p> <p>Las preguntas: "¿Alguien tomó cosas que le pertenecen sin su autorización?" y "¿Alguien cercano a usted trató de hacerle daño o daño recientemente?" fueron estadísticamente significativas (<math>p &lt; 0,05</math>) como predictores del maltrato.</p>

<b>The effect of a family –based intervention with a cognitive – behavioral approach on elder abuse</b>	
<b>Fuentes</b>	Journal of Elder Abuse & Neglect (Búsqueda manual)
<b>Año /País</b>	2016. Irán.
<b>Autores</b>	Khanlary Z, Maarefvand M, Biglarian A, Karimooi MH.
<b>Objetivo</b>	Estudiar la efectividad de una intervención centrada en la familia con un abordaje cognitivo – conductual para reducir el maltrato a los ancianos.
<b>Diseño</b>	ECA
<b>Tipo de paciente</b>	Ancianos mayores de 60 años, que viven en la comunidad con sus familias, los cuales han sido víctimas de malos tratos según los resultados aportados por la encuesta QAD.
<b>Muestra</b>	Se reclutaron 27 sujetos, los cuales fueron distribuidos en grupo intervención (n = 12) y control aleatoriamente (n=15).
<b>Hallazgos de interés</b>	Se mostró una disminución en casi todos los tipos de abuso, a excepción del maltrato físico.

<b>Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review.</b>	
<b>Fuentes</b>	PubMed. Journal of Clinical Nursing.
<b>Año/País</b>	2016. Italia
<b>Autores</b>	Chiara Gallione, Alberto Dal Molin, Fabio V.B Cristina, Hilary Ferns, Mark Mattioli y Barbara Suardi.
<b>Objetivo</b>	Revisar la eficacia y exactitud de las escalas administradas a personas mayores, destinadas a detectar y medir el maltrato de los ancianos.
<b>Diseño</b>	Revisión sistemática.
<b>Muestra</b>	11 estudios.
<b>Hallazgos de interés</b>	Se identificaron 11 escalas de detección, todas ellas diseñadas para el uso por parte de profesionales sanitarios, algunas específicamente por enfermeras: <ul style="list-style-type: none"> <li>- HSEAST: posee un escaso poder discriminativo y</li> </ul>

	<p>fiabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VASS: presenta una buena confiabilidad interna, especialmente para la detección de la dependencia. No se ha comprobado su especificidad y sensibilidad.</li> <li>- EASI: alta especificidad 0.7, pero baja sensibilidad 0.4. Puede ser usada para la realización de un diagnóstico diferencial.</li> </ul>
--	--

### **Anexo 5: Guion de lectura crítica de la literatura**

The effect of a family –based intervention with a cognitive – behavioral approach on elder abuse

<b>Objetivos e hipótesis</b>	<p>¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?</p> <p>Sí, ya que define claramente las características de los pacientes incluidos, la intervención estudiada, la intervención frente a la que se compara y el resultado esperado:</p> <p><b>P:</b> Ancianos maltratados (al menos una respuesta positiva en la escala Domestic, Elder Abuse Questionnaire/QAD), mayores de 60 años, y que viven con sus familias.</p> <p><b>I:</b> Intervención familiar con un enfoque cognitivo - conductual</p> <p><b>C:</b> No intervención</p> <p><b>O:</b> reducir el maltrato al anciano (resultado medible y con relevancia social)</p>
------------------------------	--

<b>Diseño</b>	<p>¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?</p> <p>Sí, ya que los autores han realizado un clínico controlado aleatorizado en paralelo, diseño que permite establecer relaciones causa – efecto, permitiéndoles así poner a prueba la eficacia de su intervención.</p> <p><u>Diseño:</u></p> <pre> graph LR     A[27 ancianos] -- Aleatorización --&gt; B[Intervención cognitivo – conductual.]     A -- Aleatorización --&gt; C[No intervención]     B --&gt; D[Reducción/ no reducción del MA]     C --&gt; E[Reducción/ no reducción del MA]   </pre>
	<p>Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?</p> <p>No. Aunque, desde un punto de vista teórico la intervención es adecuada, ya que las técnicas cognitivo conductuales van dirigidas al cambio de comportamiento, el estudio no nos detalla el contenido de las sesiones, lo que dificulta la evaluación de su idoneidad. Debido a que las sesiones se realizaron de forma conjunta a todo el grupo intervención y por los mismos, no existe el riesgo de que se aplicara de forma distinta a los participantes.</p>
<b>Población y muestra</b>	<p>¿Se identifica y describe la población?</p> <p>Sí, la población es descrita como personas mayores de 60 años, que viven en la comunidad con sus familias, los cuales han sido víctimas de malos tratos según los resultados aportados por la encuesta QAD.</p> <p>¿Es adecuada la estrategia de muestreo?</p> <p>Sí. El muestro aleatorio simple permite a los participantes tener igualdad de oportunidades de ser seleccionados.</p> <p>¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?</p> <p>No, ya que los autores no dejan constancia de que hayan realizado un cálculo del tamaño muestral adecuado.</p>

<b>Medición de las variables</b>	<p>¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?</p> <p>Sí, ya que se utilizó la escala QAD, la cual está validada en Irán (País donde se desarrolla la intervención) para la detección del MA y consta de una fiabilidad del 98%.</p>
<b>Control de Sesgos</b>	<p>Si el estudio es de efectividad/relación:</p> <p>¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?</p> <p>Sí, porque los grupos se asignaron de forma aleatoria y posteriormente se realizaron la prueba del Chi cuadrado y el t- test encontrando que la <math>p &gt; 0,05</math>, con el fin de garantizar la homogeneidad de los grupos.</p> <p>Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada</p> <p>No existe ciego por parte de ninguno de los dos (el texto no lo especifica).</p>
<b>Resultados,</b>	<p>¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?</p> <p>Sí, el estudio responde a su objetivo, ya que llega a la conclusión de que la intervención cognitivo – conductual, mostró una disminución en todos los tipos de abuso, a excepción del maltrato físico.</p>
<b>Valoración Final</b>	<p>¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?</p> <p>Sí, porque es uno de los pocos estudios sobre la eficacia de las intervenciones del MA con un buen diseño (a pesar de no presentar información sobre medidas de enmascaramiento), y comprueba una reducción en todos los tipos de MA, menos en el físico, lo que supone un gran avance en el campo del MA, en el que hasta el momento ninguna intervención había de mostrado efectividad en su reducción.</p>

#### Artículos:

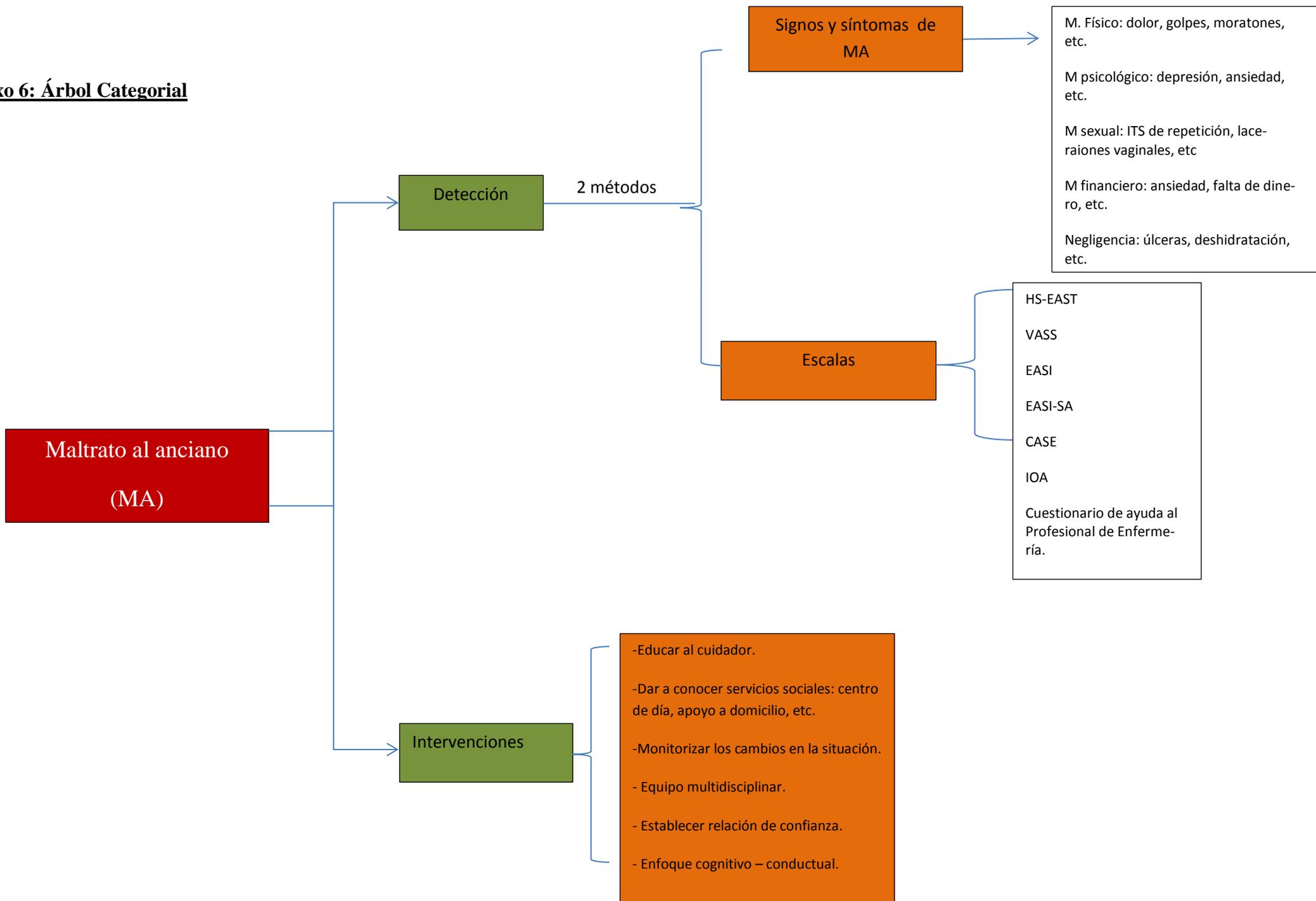
1. Khanlary Z, Maarefvand M. The effect of a family – based intervention with a cognitive –behavioral approach on elder abuse. Journal of Elder Abuse & Neglect.2016; 28(2): 114-26.

<b>Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	<b>Si</b>	Si											
		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	<b>Si</b>	Si											
		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		<b>No</b>	No											
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	<b>Si</b>	Si											
		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		<b>No</b>	No											
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	<b>Si</b>	Si											
		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	<b>Si</b>	Si											
		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		<b>No</b>	No											

Resultados,	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si No												
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si No												

**Anexo 6: Árbol Categorial**



**Anexo 7: Resumen de Escalas**

<b>Escalas</b>	<b>Psicometría</b>	<b>Comentarios</b>
<b>HS- EAST</b>	<p>-Tasas elevadas de falsos negativos.</p> <p>- Fiabilidad: baja.</p>	<p>Breve 15 ítems, tiempo estimada para su realización entre 5-10 min.</p> <p>Dirigida a ancianos sin déficit cognitivos.</p>
<b>VASS</b>	<p>-Buena fiabilidad respecto a la variable dependencia.</p> <p>- Baja fiabilidad en el caso de la coerción.</p> <p>-No se aportan datos respecto a la sensibilidad o a la especificidad.</p>	<p>Cribado rápido</p>
<b>EASI</b>	<p>-Sensibilidad 0.47</p> <p>-Especificidad: 0.75</p>	<p>5 Preguntas no detecta maltrato sino riesgo de padecerlo.</p> <p>Posee una versión adaptada al castellano, con mayor sensibilidad (0.51) y especificidad (0.95).</p>
<b>EASI-SA</b>	<p>Se redujo la sensibilidad en 0.01 respecto a la EASI, mismo porcentaje en el que aumento la especificidad.</p>	<p>Auto- administración</p>
<b>CASE</b>	<p>-Fiabilidad : 0.75</p>	<p>Permite la detección en los ancianos con deterioro cognitivo.</p> <p>Existe una versión adaptada al contexto español.</p>
<b>IOA</b>	<p>- poder discriminativo, un 84% en la identificación de</p>	<p>Sus resultados dependen de la habilidad del</p>

	víctimas y de un 99% en los casos de no violencia y alta fiabilidad interna	entrevistador.
<b>Cuestionario de Ayuda al Profesional de Enfermería para la Detección Precoz del Maltrato en las Personas Mayores</b>	No existen datos respecto a su validez o fiabilidad.	Primer instrumento desarrollado en castellano para el uso exclusivo por parte de enfermeras en España.

### Anexo 8: Escalas

#### **1. HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST)**

Purpose: Screening device useful to service providers interested in identifying people at high risk of the need for protective services.

1. Do you have anyone who spends time with you, taking you shopping or to the doctor?
2. Are you helping to support someone?
3. Are you sad or lonely often?
4. Who makes decisions about your life—like how you should live or where you should live?
5. Do you feel uncomfortable with anyone in your family?
6. Can you take your own medication and get around by yourself?
7. Do you feel that nobody wants you around?
8. Does anyone in your family drink a lot?
9. Does someone in your family make you stay in bed or tell you you're sick when you know you're not?
10. Has anyone forced you to do things you didn't want to do?
11. Has anyone taken things that belong to you without your O.K.?
12. Do you trust most of the people in your family?

13. Does anyone tell you that you give them too much trouble?
14. Do you have enough privacy at home?
15. Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently?

## **2. VULNERABILITY TO ABUSE SCREENING SCALE (VASS)**

**Purpose:** To identify older women at risk of elder abuse through a self-report instrument. **Instructions:** Questionnaire can be mailed to subjects with instructions to answer “yes” or “no”.

1. Are you afraid of anyone in your family? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
2. Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
3. Has anyone close to you called you names or put you down or made you feel bad recently? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
4. Do you have enough privacy at home? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
5. Do you trust most of the people in your family? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
6. Can you take your own medication and get around by yourself? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
7. Are you sad or lonely often? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
8. Do you feel that nobody wants you around? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
9. Do you feel uncomfortable with anyone in your family? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
10. Does someone in your family make you stay in bed or tell you you're sick when you know you're not? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
11. Has anyone forced you to do things you didn't want to do? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_
12. Has anyone taken things that belong to you without your OK? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## **3. Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores (EASI adaptación española)**

Paciente n.o.....

**1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?**

Sí ----- No ----- No contesta-----

En caso de respuesta afirmativa, ¿hay habitualmente problemas entre usted y esa/s persona/s? Sí ----- No -----No contesta-----

**2. ¿Ha impedido alguien que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?**

Sí ----No ---- No contesta-----

En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación más de una ocasión?

Sí -----No-----No contesta-----

**3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?**

Sí -----No-----No contesta-----

En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación en más de una ocasión?

Sí -----No-----No contesta-----

**4. ¿Ha intentado alguien obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?**

Sí -----No-----No contesta-----

En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación en más de una ocasión?

Sí -----No-----No contesta-----

**5. ¿Le ha amenazado o atemorizado alguien tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?**

Sí -----No-----No contesta-----

En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación en más de una ocasión?

Sí -----No-----No contesta-----

*Profesional: No haga la siguiente pregunta al paciente. Esta pregunta es para que la conteste únicamente usted.*

**6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos. ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?**

Sí -----No-----No contesta-----

**6b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?**

Sí -----No-----

#### 4. EASI

1) Have you relied on people for any of the following: bathing, dressing, shopping, banking, or meals?	YES	NO	Did not answer
2) Has anyone prevented you from getting food, clothes, medication, glasses, hearing aides or medical care, or from being with people you wanted to be with?	YES	NO	Did not answer
3) Have you been upset because someone talked to you in a way that made you feel shamed or threatened?	YES	NO	Did not answer
4) Has anyone tried to force you to sign papers or to use your money against your will?	YES	NO	Did not answer
5) Has anyone made you afraid, touched you in ways that you did not want, or hurt you physically?	YES	NO	Did not answer
6) Doctor: Elder abuse <u>may</u> be associated with findings such as: poor eye contact, withdrawn nature, malnourishment, hygiene issues, cuts, bruises, inappropriate clothing, or medication compliance issues. Did you notice any of these today or in the last 12 months?	YES	NO	Not sure