

Rosa María Cárdbaga García^{1,*}
Inés Cárdbaga García²

1. Graduada en Enfermería. Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Salud Mental para Enfermería por la Universidad Europea de Madrid. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid. Enfermera de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL. Profesora asociada PRAS de la Facultad de Enfermería de Valladolid. Valladolid. España.
2. Graduada en Enfermería. Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia. Matrona en el Complejo Asistencial de Segovia. Tutora de la Unidad Docente de matronas de Segovia-Valladolid. Valladolid. España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosacardaba@yahoo.es (Rosa Cárdbaga García).

Recibido el 3 de julio de 2019; aceptado el 12 de septiembre de 2019.

Presencia de factores de riesgo de maltrato en ancianos asistidos en extrahospitalaria en Segovia

Presence of risk factors abuse in assisted elderly people in out-of-hospital in Segovia

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de factores de riesgo de maltrato en personas ancianas asistidas por la unidad móvil de emergencias extrahospitalarias de Segovia. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, con el fin de describir los factores de riesgo presentes en las personas ancianas de la investigación. La muestra está formada por 365 participantes mayores de 65 años. **Resultados:** La muestra es homogénea por género (188 hombres y 177 mujeres); el grupo mayoritario es el de 71 a 90 años (67,9%). La edad media es de 80 años ($\sigma = 8,91$); el estado de salud mayoritario es de grado medio (41,6%); los grados de dependencia leve y moderado suponen en total un 56,7%; la presencia de deterioro cognitivo es del 50,4%; la frecuencia de incontinencia urinaria es de un 72,1%; el aislamiento social lo padecen el 24,4%; la situación actual es en el 51,2%, el 24,4% tienen depresión, abusan del alcohol el 13,2%, pocos viven en instituciones (15,6%) y la relación con el cuidador es buena en el 86% de los casos. **Conclusiones:** La población seleccionada es bastante envejecida, lo que en sí ya supone más riesgo de padecer maltrato. Las personas con riesgo de maltrato por estado de salud general, deterioro cognitivo y dependencia suponen casi la mitad de la muestra. La incontinencia urinaria es el factor más común. Los trastornos depresivos no son frecuentes, al igual que el consumo de alcohol, pero su ponderación es muy elevada. Cabe destacar que la demora en solicitar ayuda es alta, muchos son hiperfrecuentadores, y algunos están malnutridos y se caen de forma repetida.

PALABRAS CLAVE: Anciano, factores de riesgo, maltrato al anciano, unidades de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Objective: to determine the frequency of risk factors of abuse in elderly people assisted by the emergency mobile unit of extra-hospital emergencies in Segovia. **Methodology:** it's a descriptive study with the purpose of describing the risk factors present in the elderly people of the research. The sample consists of 365 participants over 65 years. **Results:** the sample is homogeneous by gender (188 men and 177 women), the majority group is 71 to 90 years (67.9%). The average age is of 80 years ($\sigma = 8.91$), the majority health status is of medium degree (41.6%), the degree of media dependence and the moderate one suppose a total of 56.7%, the presentation of a cognitive is 50.4%. The frequency of urinary incontinence is 72.1%, social isolation appears in 24.4, the current situation is 51.2%, 24.4%, alcohol abuse, 13.2%, few they live in institutions (15.6%). The relationship with the caregiver is good in 86% of cases. **Conclusions:** the population has been quite old, what is already in it's more risk of suffering abuse. People at risk of abuse by general health status, cognitive knowledge and dependence, account for almost half of the sample. Urinary incontinence is the most common factor. Depressive disorders are not frequent, as is the consumption of alcohol, but its weight is very high. Highlight that the delay in requesting help is high, being many hyperusers, and some are malnourished and fall repeatedly.

KEYWORDS: Elderly, risk factors, elder abuse, intensive care units.

■ INTRODUCCIÓN

El envejecimiento en la provincia de Segovia se presenta como una realidad ineludible y que se mantiene estable en los últimos años, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), que muestra una población mayor de 65 años de 34347 personas en el año 2000 y de 34538 personas en el año 2018¹. Dicho envejecimiento genera que las cohortes de edades más jóvenes deban asumir el cuidado de las personas de más edad².

El maltrato en la vejez es una situación que se presenta en dicho grupo poblacional y que es difícil de detectar. Este maltrato es enten-

dido como una acción única o repetida de un agresor a una persona anciana, que provoca cualquier tipo de daño físico, psíquico, sexual, social y/o económico³.

La asistencia de enfermería en el medio extrahospitalario no se limita a la resolución de un problema de salud, sino que se hace uso del proceso enfermero con una visión holística del sujeto, atendiendo a las personas ancianas en su contexto⁴. Por ello, la detección de factores de riesgo de maltrato se muestra como una oportunidad asistencial que permite alertar al sistema de dicha situación para que pueda ser evaluado en profundidad⁵.

■ OBJETIVOS

Objetivo general: determinar la frecuencia de factores de riesgo de maltrato en personas ancianas asistidas por la unidad móvil de emergencias extrahospitalarias de Segovia.

Objetivos específicos:

- Indicar las características sociodemográficas de las personas ancianas asistidas por la unidad móvil de emergencias extrahospitalarias de Segovia.
- Analizar el estado de salud holística de las personas ancianas asistidas por la unidad móvil de emergencias extrahospitalarias de Segovia.
- Identificar el tipo de hogar, la relación con el cuidador principal y las circunstancias individuales desfavorables de las personas ancianas asistidas por la unidad móvil de emergencias extrahospitalarias de Segovia.
- Estimar la distribución de factores de riesgo de maltrato destacados en las personas ancianas asistidas por la unidad móvil de emergencias extrahospitalarias de Segovia.
- Establecer la correlación entre el factor edad y los factores de riesgo de maltrato destacados en las personas ancianas asistidas por la unidad móvil de emergencias extrahospitalarias de Segovia.

■ METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de un estudio englobado en el paradigma cuantitativo, transversal, de tipo exploratorio, por medio de un análisis descriptivo.

Muestra y su obtención

La muestra está compuesta por un total de 365 ancianos de edad igual o mayor de 65 años, que fueron atendidos por la unidad de emergencias extrahospitalarias de Segovia durante el periodo que va desde el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018. Se rechazaron 19 casos en los que no se pudo obtener información de todas las variables de estudio: 11 de ellos por requerir información adicional de un familiar o cuidador y no estar disponible, 3 por ser pacientes desplazados y no contar con informes clínicos que completaran los datos de todas las variables y 5 por contar el paciente con dificultades de audición que imposibilitaron la comunicación. La selección de los participantes se llevó a cabo a través de un muestreo no aleatorio de conveniencia por consecución de casos, en el que se incluyen las personas ancianas que fueron atendidas durante las jornadas laborales de una de las autoras en dicho periodo de tiempo.

Variables de estudio

Las variables que se describen se engloban en 5 categorías:

1. Características sociodemográficas: edad (65-70 años: senectud; 71-90 años: vejez; más de 91 años: grandes ancianos) y género.
2. Salud holística: enfermedades crónicas, incontinencia urinaria y/o fecal, deterioro cognitivo, grado de dependencia.
3. Tipo de hogar y relación con el cuidador: vivir en institución u hogar y relación con el cuidador.
4. Circunstancias individuales desfavorables: aislamiento social, antecedentes de malos tratos, situación familiar estresante, depresión, consumo de alcohol.

5. Factores de riesgo de maltrato destacados: coherencia del mecanismo lesional, demora en la solicitud de ayuda, hiperfrecuentación de los servicios asistenciales, administración correcta de la medicación, desnutrición, deshidratación, caídas repetidas, respuesta del anciano excesivamente ansiosa, respuesta del anciano excesivamente pasiva y rechazo del cuidador a dejar solo al paciente.

Método de recogida de datos

Se emplea un cuaderno de campo para la recogida de información, donde se anotan los resultados de las variables, que se obtienen por la observación directa de la investigadora, antecedentes que aparecen en informes clínicos que aporta el paciente o persona que se encarga de sus cuidados, y mediante datos suministrados por el anciano o cuidador tanto de variables aisladas como de las escalas de medida empleadas. Si la persona anciana tiene algún problema que impida la comunicación, se realiza la entrevista a familiar o cuidador y si no se consiguen todos los datos necesarios se descarta al participante. En todo caso se informa del objeto de estudio al anciano y en caso de deterioro cognitivo al cuidador, obteniendo el consentimiento informado verbal, dadas las circunstancias asistenciales de emergencias.

El momento en que se toman los datos en el cuaderno de campo es inmediatamente después de terminar la asistencia emergente, bien en el lugar del incidente, en caso de determinarse el alta *in situ*, o tras la transferencia del paciente en el centro hospitalario. Teniendo en cuenta la variabilidad asistencial de la unidad de Segovia, en la que pueden darse tiempos de traslados cortos, de menos de 10 minutos, y largos de alrededor de 60 minutos, cuando se trate de un traslado largo, se irá recabando información a lo largo del mismo. La entrevista a familiares y cuidadores para obtener datos que no hayan podido obtenerse del propio paciente o sus informes clínicos siempre se realiza una vez finalizada la asistencia en el centro hospitalario.

Para facilitar la obtención de resultados de las tres escalas validadas empleadas, se lleva en el cuaderno de campo impresas dichas escalas y su interpretación, evitando de ese modo tener que memorizarlas.

En ningún caso, el estudio supuso retraso asistencial de otros pacientes de la unidad de emergencias de Segovia.

Instrumentos

El *Cuestionario de Pfeiffer* es una encuesta breve pero efectiva. Valora el estado cognitivo en cuanto a la memoria y la orientación. Consta de 10 ítems, determinando que existe alteración con 2 errores. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,82 y 0,85, la sensibilidad varía del 68% al 82% y la especificidad, del 92% al 96%⁶.

El *Índice de Katz* es una escala que valora el estado funcional. Su característica más destacable es la ordenación jerárquica de sus ítems reflejando la progresión natural en la pérdida y la recuperación de la función. Consta de 6 ítems dicotómicos y 8 niveles posibles (desde A hasta G). Los grados A y B indican ausencia de incapacidad o incapacidad leve, C y D incapacidad moderada y de E a G incapacidad severa. Tiene buena reproducibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0,73 y 0,98) como interobservador con una concordancia del 79,4%^{7,8}.

La *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage* permite detectar estados depresivos en ancianos. La versión abreviada consta de 5 ítems y las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4 y 5, y negativas en el ítem 1. Cada respuesta errónea puntúa 1. Se considera que existe depresión con un resultado mayor o igual a 4. La fiabilidad intraobservador es del 0,95 y la interobservador del 0,65. Tiene una sensibilidad del 81,1% y una especificidad del 76,7%^{9,10}.

Análisis de los datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se emplea el paquete informático IBM SPSS® en su versión 24.0, obteniéndose una descripción clásica de la muestra (frecuencias y porcentajes en variables cualitativas y media, mediana, desviación estándar y varianza en variables cuantitativas), además del cruce de la variable edad y factores de riesgo de maltrato.

■ RESULTADOS

Características sociodemográficas

La muestra seleccionada es homogénea por género: 188 (51,5%) hombres y 177 (48,5%) mujeres. Por edad, el grupo mayoritario es el de 71 a 90 años (67,9%), seguido del grupo de 65 a 70 años (21,4%) y del grupo de 91 o más años (10,7%). La media es de 80 años ($\sigma = 8.91$).

Estado de salud holística

El estado de salud mayoritario es medio en el 41,6% de los participantes. Los grados de dependencia leve y moderada suponen en total un 56,7%, y los independientes son 116 (31,8%) personas. La frecuencia de incontinencia urinaria es de un 72,1%, mientras que incontinencia fecal la padecen el 15,1% (55 personas) y ambas solo un 0,8% (3 personas). El 12,1% de los participantes son continentales. La mitad de la muestra no presenta deterioro cognitivo (50,4%), 95 personas tienen deterioro leve (26%) y el deterioro moderado y grave supone un 23,5% del total (86).

Tipo de hogar y relación con el cuidador

Casi una cuarta parte de la muestra vive en situación de aislamiento social (89; 24,4%), pocos viven en instituciones (57; 15,6%). La relación con el cuidador presente en el momento de la asistencia es buena en el 86% (314 de los casos).

Circunstancias individuales desfavorables

La mayoría no presenta antecedentes de maltrato (355; 97,3%). La situación en el momento asistencial fue estresante en la mitad de los casos (187; 51,2%). El 24,4% (89) tiene algún trastorno depresivo. En cuanto a hábitos nocivos, el 13,2% (48 individuos) realiza o ha realizado un consumo de alcohol en exceso.

Factores de riesgo de maltrato destacados

Respecto a los ítems definidos por autores como fuertemente relacionados con el maltrato en ancianos se encuentra que el mecanismo lesional es coherente casi siempre con la lesión que presentan las personas atendidas [338 (92,6%) vs. 27 (7,4%)] y en un 36,2% (132) se demoró la solicitud de asistencia. Poco más de la mitad son hiperfrecuentadores (55,3%), entendido como requerir algún tipo de asistencia al menos 5 veces al mes. En 65 (17,8%) casos se comprobó que se administra incorrectamente la medicación. Los desnutridos son un 17% (62) y los deshidratados un 8,5% (31). Se caen de forma repetida, es decir, más de 1 vez a la semana, el 21,6% (79). La mitad muestran ansiedad (178; 48,8%) y un 23% (84) parecen pasivos ante el estado emergente en que se encuentran. En 77 (21,1%) casos el cuidador no quiere dejar solo al paciente, aunque se le requiera.

Edad y factores de riesgo de maltrato destacados

La edad se presenta, de acuerdo con otras investigaciones, como un factor fundamental que debe tenerse en cuenta. Por grupo de edad, el mecanismo lesional aparece como no coherente con el tipo de lesión en 23 casos de entre 71 y 90 años, en 91 personas del grupo de edad previo se demora la solicitud de la asistencia; también es en dicho grupo donde más hiperfrecuentadores se encuentra (142) y es, además, el grupo más numeroso en cuanto a administración errónea de medicación (42 personas). La deshidratación y la desnutrición también es más común entre los de mediana edad (32 y 21), del mismo modo que son los que sufren caídas con más frecuencia (55). La ansiedad se distribuye casi al 50% en todos los grupos de edad (≥ 65 años: sí 45 vs. no 33; 71-90 años: sí 118 vs. no 129; ≥ 91 años: sí 15 vs. no 24); en cambio, la pasividad no sigue ese patrón y es más frecuente en todos los grupos de edad la ausencia de esta (≥ 65 años: 58; 71-90 años: 199; ≥ 91 años: 24). Por último, la negativa del cuidador a dejar al paciente solo con el personal de emergencias es más común en la categoría de 71 a 90 años (49) (tabla 1).

■ DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la observación llevada a cabo durante la labor asistencial de una de las investigadoras, los resultados encontrados eran los que se podría esperar. La edad genera vulnerabilidad, de acuerdo con Fang y Yan¹¹, y Molinelli et al.¹², que además indican que, a mayor edad, mayor riesgo. La muestra del estudio es bastante envejecida, lo cual ya en sí supone riesgo. Bownell afirma que el atributo de género femenino es un factor de riesgo de maltrato en la vejez simplemente por el hecho de ser mujer, de forma que, aunque la muestra sea similar por género, sería lógico encontrar más casos de violencia en ellas¹³. El hecho de tener un estado de salud malo, con pluripatologías y padecimiento de enfermedades crónicas, se relaciona con mayores tasas de maltrato, como revelan varios estudios, pero en este caso no parece que este factor tenga alta prevalencia¹⁴⁻¹⁷. Ser dependiente es también un factor de riesgo frecuente. Wijnand Laan et al. demostraron en 2014 una relación directa entre el Índice de Katz y el riesgo de maltrato¹⁸. La mitad de los participantes de la investigación están en riesgo por este motivo. La incontinencia es una causa frecuente de lesiones en ancianos ocasionadas por los cuidadores, que ven limitada su capacidad de controlarla y prevenirla, como indican Joan Ostaszkiwicz et al¹⁹. En el grupo de estudio, la incontinencia es el factor de mayor frecuencia. En cuanto al riesgo de maltrato, tener deterioro cognitivo demuestra una alta prevalencia, ya que limita la capacidad de defenderse del mayor, pero en esta ocasión no es frecuente este factor^{20,21}. Aunque el anciano viva en su domicilio, la literatura científica nos indica que el 86,9% se siente solo. Además, la frecuencia de maltrato es mayor en caso de vivir institucionalizado²². La muestra es mayoritaria en cuanto a residir en su propio hogar y por tanto son menos vulnerables²³. La relación con el cuidador es también un factor clave, que en los participantes es mayoritariamente buena. Cuando aparece cansancio del cuidador y sobrecarga, el riesgo de negligencia del cuidador se multiplica^{14,24,25}. También se muestra importante la relación previa entre anciano y cuidador, según Ryan y Roman²⁶. Las personas que pueden padecer maltrato en la ancianidad ya lo han padecido anteriormente en el 66,6% de los casos²⁷. Del mismo modo, se sabe que los ancianos deprimidos que sufren maltrato son aproximadamente un 80% y con baja autoestima, el 81,2%^{14,21,28,29}. La dependencia del alcohol produce más afecciones crónicas y comorbilidad psíquica, lo que hace que la persona anciana esté más en riesgo, de acuerdo con Wolter. Estas dos últimas circunstancias no tienen gran

Tabla 1. Tabla cruzada de factores de riesgo principales y edad

			Edad agrupada (años)			
			65-70	71-90	>91	Total
Factor 1: mecanismo lesional coherente con el tipo de lesión	Sí	Recuento	76	225	37	338
		%	22,5%	66,6%	10,9%	100,0%
	No	Recuento	2	23	2	27
		%	7,4%	85,2%	7,4%	100,0%
Factor 2: retraso en solicitar ayuda	Sí	Recuento	22	91	19	132
		%	16,7%	68,9%	14,4%	100,0%
	No	Recuento	56	157	20	233
		%	21,4%	67,9%	10,7%	100,0%
Factor 3: hiperfrecuentación	Sí	Recuento	37	142	23	202
		%	18,3%	70,3%	11,4%	100,0%
	No	Recuento	41	106	16	163
		%	25,2%	65,0%	9,8%	100,0%
Factor 4: se administra incorrectamente la medicación	Sí	Recuento	13	46	6	65
		%	20,0%	70,8%	9,2%	100,0%
	No	Recuento	65	202	33	300
		%	21,7%	67,3%	11,0%	100,0%
Factor 5: desnutrición	Sí	Recuento	15	32	15	62
		%	24,2%	51,6%	24,2%	100,0%
	No	Recuento	63	216	24	303
		%	20,8%	71,3%	7,9%	100,0%
Factor 6: deshidratación	Sí	Recuento	6	21	4	31
		%	19,4%	67,7%	12,9%	100,0%
	No	Recuento	72	227	35	334
		%	21,6%	68,0%	10,5%	100,0%
Factor 7: caídas repetidas	Sí	Recuento	12	55	12	79
		%	15,2%	69,6%	15,9%	100,0%
	No	Recuento	66	192	27	285
		%	23,2%	67,4%	9,5%	100,0%
Factor 8: estado ansioso	Sí	Recuento	45	118	15	178
		%	25,3%	66,3%	8,4%	100,0%
	No	Recuento	33	129	24	186
		%	17,7%	69,4%	12,9%	100,0%
Factor 9: pasividad	Sí	Recuento	20	49	15	84
		%	23,8%	58,3%	17,9%	100,0%
	No	Recuento	58	199	24	281
		%	20,6%	70,8%	8,5%	100,0%
Factor 10: negativa del cuidador a dejar solo al paciente	Sí	Recuento	19	49	9	77
		%	24,7%	63,6%	11,7%	100,0%
	No	Recuento	59	198	30	364
		%	20,6%	69,0%	10,5%	100,0%

Fuente: elaboración propia.

frecuencia de aparición en la muestra, pero en los casos en los que se presenta, ponderan muy alto³⁰.

Es interesante destacar que la demora en solicitar ayuda es alta, son muchos los hiperfrecuentadores, y algunos están malnutridos y se caen de forma repetida.

■ CONCLUSIONES

Atendiendo a los resultados encontrados, se puede afirmar que:

- Dentro de las características sociodemográficas de la muestra, la edad avanzada se presenta como factor de riesgo frecuente en ella.
- En términos generales, las personas ancianas gozan de una salud holística regular o buena y solo la incontinencia urinaria aparece con alta prevalencia como un factor de riesgo en esta categoría.
- En general, son mayoritarias las personas que viven en su propio hogar y que cuentan con buena relación con su cuidador, lo que es un factor protector de maltrato relevante.
- Aunque dentro de las circunstancias individuales desfavorables el abuso de alcohol no es altamente prevalente, en los casos en

que se da, es frecuente que la relación con el cuidador no sea satisfactoria.

- De los factores de riesgo destacados, el más prevalente es la hiperfrecuentación.
- El grupo de edad más desfavorable en cuanto a presencia de factores de riesgo destacados es el que va de 71 a 90 años.
- Finalmente, queremos matizar que el maltrato en la vejez se presenta como un problema multifactorial, en el que los instrumentos de detección tienen un alcance limitado, por lo que la identificación de factores de riesgo es fundamental en todos los niveles asistenciales, incluidos los servicios de emergencias. Ante una asistencia urgente es complicado esconder los factores de riesgo que presenta un anciano de ser maltratado y, por tanto, no se debe mirar a otro lado en estos casos. Se echa en falta la implantación de programas de coordinación entre niveles asistenciales que hagan posible el seguimiento de un anciano en riesgo, que presente alguno de los factores estudiados ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses en esta investigación, que no se ha recibido ningún tipo de financiación y que no tienen intereses ni personales ni económicos.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. ine.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03002.px&L=0>
2. Niño Martín V. Cuidados al paciente crónico. Vol. I. Madrid: DAE; 2015.
3. Tabloski PA. Enfermería Gerontológica. Madrid: Prentice-Hall; 2010.
4. Moreno Díaz T. Rol de enfermería en la detección y manejo del maltrato en ancianos [Internet]. Barcelona: UPF; 2017 [citado 20 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10230/32794>
5. Proaño M. La vida no tiene edad, Adultos Mayores. La Globalización de la Injusticia. Quito, Ecuador: PUCE; 2010.
6. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:129-34.
7. Sanz C, Morente M, Calvo C, Gallego P, Carra B. Valoración psico-física del anciano. Escalas utilizadas. *Rev Rol Enferm*. 1995;18:17-20.
8. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49:77-84.
9. Brink TL, Yesavage JA, Lum O. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol*. 1982;1:37-43.
10. Aguado C, Martínez J, Onís MC, Dueñas RM, Albert C, Espejo J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" de Yesavage. *Aten Primaria*. 2000;26(1):328.
11. Fang B, Yan E. Abuso de personas mayores con discapacidades cognitivas y físicas: comparación de porcentajes entre informantes y definiciones operativas. *Revista de Violencia Interpersonal* [Internet]. 2017 [acceso 18 de mayo de 2019]. <https://doi.org/10.1177/0886260517742150>
12. Molinelli A, Ventura F, Pinto SL, Drommi M, De Stefano F. Elder abuse in Europe's "most elderly" city: an assessment of the phenomenon and an analysis of the data from the Penal Court of Genoa from 2010 to 2015. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2017 [acceso 19 de mayo de 2019];29(6):1285-90. doi: 10.1007/s40520-017-0738-3
13. Brownell P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [acceso 19 de mayo de 2019];21(11):3323-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.23142016>
14. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [acceso 20 de mayo de 2019];18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5067-8>
15. Yadollah Abolfathi M, Tengku Aizan H, Rahimah I. Teorías y medidas del maltrato a personas mayores. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2013 [acceso 18 de mayo de 2019]. <https://doi.org/10.1111/psyg.12009>
16. Inelmen EM, Sergi G, Manzato E. Elder abuse: are we turning a blind eye to a crucial issue? *Intern Emerg Med* [Internet]. 2019 [acceso 18 de mayo de 2019];14:503. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02063-x>
17. Beach S, Carpenter C, Rosen T, Sharps P, Gelles R. Screening and detection of elder abuse: Research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. *J Elder Abuse Negl* [Internet]. 2016 [acceso 19 de mayo de 2019];28(4-5):185-216. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1229241>
18. Laan W, Zuithoff N, Drubbel I, Bleijenberg N, Numans M, De Wit N, et al. Validity and reliability of the Katz-15 scale to measure unfavorable health outcomes in community-dwelling older people. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2014 [acceso 19 de mayo de 2019];18(9):848-54. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0558-5>
19. Ostaszkiwicz J. A conceptual model of the risk of elder abuse posed by incontinence and care dependence. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2018 [acceso 20 de mayo de 2019];13(2). <https://doi.org/10.1111/opn.12182>
20. Ziminski C, Phillips L, Woods D. Raising the Index of Suspicion for Elder Abuse: Cognitive Impairment, Falls, and Injury Patterns in the Emergency Department. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2012 [acceso 20 de mayo de 2019];33(2):105-12. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.12.003>
21. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2007 [acceso 18 de mayo de 2019];21(3):235-41. <https://doi.org/10.1157/13106807>
22. Corbi G, Grattagliano I, Ivshina E, Ferrara N, Solimeno CA, Campobasso C. Elderly abuse: risk factors and nursing role. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2015 [acceso 19 de mayo de 2019];10(3):297-303. doi: 10.1007/s11739-014-1126-z
23. Radermacher H, Li Toh Y, Western D, Coles J, Goeman D, Iowthian J. Staff conceptualisations of elder abuse in residential aged care: A rapid review. *Australas J Ageing* [Internet]. 2018 [acceso 19 de mayo de 2019];37(4):254-67. <https://doi.org/10.1111/ajag.12565>
24. Baker P, Francis D, Hairi N, Othman S, Choo W. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [acceso 20 de mayo de 2019]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>
25. Liu P, Conrad K, Beach S, Iris M, Schiambler L. The Importance of Investigating Abuser Characteristics in Elder Emotional/Psychological Abuse: Results from Adult Protective Services Data. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2019 [acceso 19 de mayo de 2019];74(5):897-907. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx064>
26. Ryan J, Roman N. Family-Centred Interventions for Elder Abuse: a Narrative Review. *J Cross Cult Gerontol* [Internet]. 2019 [acceso 18 de mayo de 2019]. doi: 10.1007/s10823-019-09377-5
27. Herráez Rodríguez I, Rodríguez García Y, Lopez Gómez MV, Rodríguez García AM. Programa de prevención del maltrato en ancianos pluripatológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acceso 18 de mayo de 2019];53 (1). <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.24>
28. Ramos Guimarães M, Vago Daher D, Tocantins Romijn F, Ramos Velasco A, Cardoso de Souza A. Prácticas de promoción de la salud y la prevención de los malos tratos a las personas mayores: una revisión integradora. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2017 [acceso 20 de mayo de 2019];50:158-70. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.15>
29. Santos A, Nunes B, Kislaya I, Gil A, Ribeiro O. Exploring the Correlates to Depression in Elder Abuse Victims: Abusive Experience or Individual Characteristics? *J Interpers Violence* [Internet]. 2017 [acceso 19 de mayo de 2019]. <https://doi.org/10.1177/0886260517732346>
30. Wolter DK. *Altgewordene Suchtkranke*. *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2018 [acceso 18 de mayo de 2019];51(7):758-69. doi: 10.1007/s00391-018-1440-6