

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2018/2019

**Hacia la detección del maltrato de las personas mayores:
Revisión sistemática**

Andrea Lorenzo Trujillo

DIRECTOR(ES):

- Carmen María García Martínez
- Ana Belén Maseda Rodríguez

Índice:

Resumen:	5
Resumo:	6
Abstract:.....	7
Siglas y acrónimos:.....	8
1. Introducción:.....	9
Justificación:	9
Pregunta de investigación y objetivos:.....	12
2. Metodología	14
Criterios de selección:.....	14
Estrategia de búsqueda:.....	14
Términos MeSH y DeCS:	14
Bases de datos y estrategia de búsqueda:	15
Métodos de revisión:.....	15
Selección de los estudios:.....	17
Métodos de evaluación de la calidad:	18
Métodos de evaluación de la calidad metodológica:	18
Establecimiento de variables:	19
3. Resultados:	19
Síntesis de resultados:.....	19
Intervenciones psicológicas:	20
Intervenciones fisiológicas:	21
Intervenciones sociales:	23
Herramientas de cribado:.....	24
NICs de enfermería:.....	26
Tablas de síntesis:	26
Tabla de revisiones:	27
Tabla de artículos originales:	27
Tabla de guías de práctica clínica:	30
4. Discusión:.....	31
Limitaciones y fortalezas de esta Revisión Sistemática:.....	33
5. Conclusión:	33
6. Bibliografía:	35

7. Anexos:	38
Anexo I: Tabla de artículos descartados tras lectura de texto completo	38
Anexo II: Formulario de evaluación PRISMA.	42
Anexo III: Puntuación evaluación STROBE.	42
Anexo IV: Niveles de evidencia de los estudios mediante escala Oxford.	44

Índice de figuras:

- **Figura 1:** Gráfica de índice de envejecimiento poblacional
- **Figura 2:** Informe de resultados de la búsqueda sistemática.

Índice de tablas:

- **Tabla I:** Tipos de maltrato.
- **Tabla II:** Pregunta PICO de investigación.
- **Tabla III:** Determinación de términos MeSH y DeCS.
- **Tabla IV:** Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.
- **Tabla V:** Estrategia de búsqueda en Web of Science.
- **Tabla VI:** Estrategia de búsqueda en CINAHL.
- **Tabla VII:** Estrategia de búsqueda en Biblioteca Virtual de Salud.
- **Tabla VIII:** Estrategia de búsqueda en PubMed.
- **Tabla IX:** Ranking de cuartiles y factor de impacto.
- **Tabla X:** NICs de enfermería
- **Tabla XI:** Tabla de síntesis de revisiones.
- **Tabla XII:** Tabla de síntesis de artículos originales.
- **Tabla XIII:** Tabla de síntesis de guías de práctica clínica.

Resumen:

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se ha observado un aumento importante de personas mayores de 60 años. Este proceso de inversión de la pirámide de población trae implícito el aumento de problemas inherentes a este colectivo. A raíz de un estudio publicado en el 2017, se sabe que en ese último año un 16% de las personas mayores fueron maltratadas; sin embargo este dato podría encontrarse alterado por la conocida como “Teoría del Iceberg”. Teniendo esto en cuenta, a nivel de enfermería, como defensores de los derechos de nuestros mayores, buscamos que sean identificados de forma correcta la mayor cantidad posible de casos. Por ello se plantea identificar qué métodos de detección de maltrato son utilizados en el ámbito sanitario y se reconocen como eficaces.

OBJETIVO: Analizar si existe evidencia científica sobre la efectividad de los métodos de detección que pueden ser utilizados por los profesionales sanitarios tanto a nivel hospitalario como a nivel comunitario, para identificar situaciones de maltrato a los mayores.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática analizando la literatura sobre la detección del maltrato en la persona mayor. Se accedió durante los meses de febrero y marzo de 2019 a las bases de datos: Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, Biblioteca Virtual de Salud y PubMed utilizando términos MeSH y DeCS específicos. También se accedió de forma manual a la página NICE con el fin de llegar a guías de práctica clínica. Los documentos seleccionados se evaluaron con los instrumentos PRISMA y STROBE y se les asignó un nivel de evidencia a sus intervenciones según la escala Oxford. De los 303 artículos que se recuperaron en un primer momento, tan solo 13 fueron los finalmente incluidos por cumplir con los criterios de inclusión pertinentes y considerar que respondían la pregunta PICO de esta revisión.

RESULTADOS: La valoración cognitiva, exploración física, revisión de la Hª clínica o el cribado son algunas de las pautas que recoge la evidencia. Según las diferentes intervenciones, surgieron 4 categorías: Psicológica, fisiológica, social y cribado.

CONCLUSIONES: Se puede observar que muchas de las intervenciones de identificación están incluidas en la NIC, destacando así el importante papel de enfermería. Sin embargo, todavía continúa siendo necesaria más investigación en este campo.

PALABRAS CLAVE: “Maltrato al anciano”, “Personal de salud”, “Detección”.

Resumo:

INTRODUCCIÓN: Nos últimos anos observouse un aumento importante de cidadáns maiores de 60 anos. Este proceso de inversión da pirámide de poboación leva implícito o aumento de problemas inherentes a este colectivo. A raíz dun estudo publicado no 2017, sábese que nese último ano, un 16% das persoas maiores foron maltratadas. Non obstante, este dato podería atoparse alterado pola coñecida como “Teoría do Iceberg”. Tendo isto en conta, a nivel da enfermaría, como defensores dos dereitos dos nosos maiores, buscamos que o maior número de casos posible sexa identificado de forma axeitada. Por este motivo, propónse identificar que métodos de detección de maltrato son utilizados no ámbito sanitario e cales están recoñecidos como eficaces.

OBXECTIVO: Analizar se existe evidencia científica sobre a efectividade dos métodos de detección que poden ser utilizados polos profesionais sanitarios, tanto a nivel hospitalario, como a nivel comunitario, para identificar situacións de maltrato nos maiores.

METODOLOXÍA: Levouse a cabo unha revisión sistemática analizando a literatura sobre a detección do maltrato nas persoas maiores. Accedeuse durante os meses de febreiro e marzo de 2019, accedeuse ás bases de datos: Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, Biblioteca Virtual de Saúde e PubMed utilizando termos MeSH e DeCS específicos. Tamén se accedeu de forma manual á páxina NICE, co fin de chegar a GPC. Os documentos seleccionados avaliáronse cos instrumentos PRISMA e STROBE e asinóuselles un nivel de evidencia ás súas intervencións segundo a escala Oxford. Dos 303 artigos que se recuperaron nun primeiro momento, tan só 13 foron finalmente incluídos por cumprir os criterios de inclusión pertinentes e considerar que respondía a pregunta PIO desta revisión.

RESULTADOS: A valoración cognitiva, exploración física, revisión da H^o clínica ou o cribado son algunhas das pautas que recolle a evidencia. Segundo as diferentes intervencións, xurdiron 4 categorías: Psicolóxica, fisiolóxica, social e cribado.

CONCLUSIÓNS: Pódese observar que moitas das intervencións de identificación están incluídas na NIC, destacando así o importante papel da enfermaría. Non obstante, aínda continúa sendo necesaria mais investigación neste campo.

PALABRAS CLAVE: “Maltrato ao ancián”, “Persoal de saúde”, “Detección”.

Abstract:

INTRODUCTION: In recent years there has been a significant GROWTH in the number of citizens older than 60. This process of inversion of the population pyramid had implicit the increase of problems inherent to this group. As a result of a study published in 2017, it is known that in that last year the 16% of older people were mistreated; however the so-called "Iceberg Theory", could alter this data. Taking this into account, from the nursing perspective, as defenders of the rights of our elders, our aim is to ensure that as many cases as possible are correctly identified. For this reason, it is proposed to identify which methods for detecting abuse are used in the healthcare field and which are recognised as effective.

OBJECTIVE: Analysing whether there is scientific evidence on the detection methods effectiveness that can be used by healthcare professionals at both hospital and community settings to identify situations of elder abuse.

METHODOLOGY: A systematic review of the literature on the detection of elder abuse was conducted. Several databases were accessed during the months of February and March 2019: Cochrane Library, WOS, CINAHL, BVS and PubMed using specific MeSH and DeCS terms. The NICE page was also accessed manually in order to reach GPC. Subsequently, the selected documents were evaluated with the PRISMA and STROBE instruments as well as a level of evidence was assigned to their interventions according to the Oxford scale. Of the 303 articles that were initially retrieved, only 13 were finally included because they accomplished the relevant inclusion criteria and were considered to answer the PIO question of this review.

RESULTS: Cognitive assessment, physical examination, review of clinical history or screening are some of the guidelines collected by the evidence. According to the different interventions, 4 categories emerged: Psychological, physiological, social and screening.

CONCLUSIONS: It can be seen that many of the identification interventions are included in the CIN, thus highlighting the important role of nursing. However, more research is still required in this field.

KEYWORDS: "Elder abuse", "Health personnel", "Detection".

Siglas y acrónimos:

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **FR:** Factor de Riesgo
- **EE.UU:** Estados Unidos
- **RS:** Revisión Sistemática
- **RN:** Revisión Narrativa
- **GPC:** Guía de Práctica Clínica
- **ECA:** Ensayo Clínico Aleatorizado
- **BVS:** Biblioteca Virtual en Salud
- **WOS:** Web Of Science
- **SOD:** Sistema de Obtención de Documentos (Universidade da Coruña)
- **SEGG:** Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
- **NICE:** National Institute for Health and Care Excellence
- **RUC:** Repositorio Universidade da Coruña
- **SJR:** Scimago Journal Rank
- **OCEBM:** Oxford Centre for Evidence Based Medicine
- **PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- **OAFEM:** Older Adult Financial Exploitation Measure
- **H-S/EAST:** Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
- **VASS:** Vulnerability Abuse Screening Scale
- **EASI:** Elder Abuse Suspicious Index
- **CASE:** Caregiver Abuse Screen for the Elderly
- **BASE:** Brief Abuse Screen for the Elderly
- **E-IOA:** Elderly Indicators of Abuse
- **EAI:** Elder Assessment Instrument
- **EPAS:** Elder Psychological Abuse Scale
- **CPEABS:** Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale
- **OAPAM:** Older Adult Abuse Psychological Measure
- **GMS:** Geriatric Medicine Scale
- **FAMOASQ:** Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire
- **DASH RIC:** DASH Risk Identification Checklist
- **NIC:** Nursing Intervention Classification

1. Introducción

En el año 2018, el Instituto Nacional de Estadística⁽¹⁾ muestra en sus tabulaciones un índice de envejecimiento de 120,46, objetivándose así un aumento importante de este dato en los últimos años tal y como se ve en la **Figura 1**.

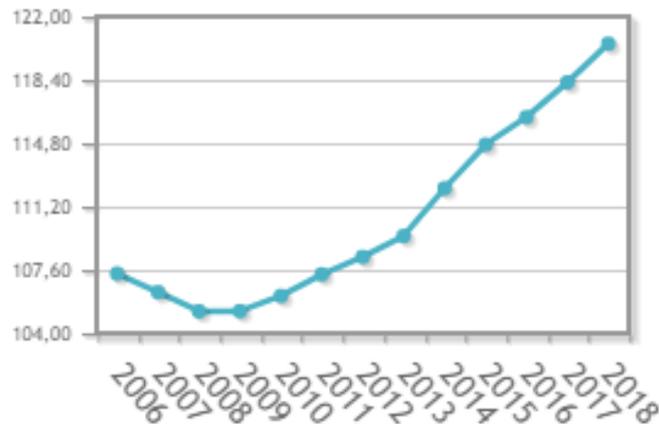


Figura 1: Gráfica de índice de envejecimiento poblacional

Tan solo en Galicia, se objetivó en el mismo año un total de 727.315 habitantes mayores de 60 años y 121.643 mayores de 85.⁽²⁾

Este cambio demográfico, lleva implícito la aparición de problemas inherentes a esta población. El aumento de las patologías, problemas y relaciones de dependencia de la persona mayor, pueden conducir a diversas situaciones de vulnerabilidad.⁽³⁾

Se sabe, a raíz de un estudio publicado en 2017 sobre la mejor evidencia disponible de 52 investigaciones que fueron realizadas en diferentes países, que en el último año un 16% de las personas mayores fueron maltratadas.⁽⁴⁾ Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los estudios de prevalencia a nivel mundial han de ser tratados con precaución ya que en primer lugar, los datos pueden verse modificados por aspectos como la definición de abuso utilizada, el enfoque metodológico o por cuestiones relacionadas con la cultura, etnia o género.⁽⁵⁾

En la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores celebrada en 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los malos tratos a las personas mayores como: *“aquella acción única o repetida, o la falta de una respuesta adecuada, que cause daños o angustia a una persona mayor y que tenga lugar dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”*.⁽⁶⁾

Cuando mencionamos maltrato en la persona mayor, debemos tener en cuenta que se produce una violación de los derechos humanos de este colectivo.⁽⁶⁾

A pesar de esto, el abuso de la persona mayor es un problema infravalorado marcado por la “Teoría del Iceberg”, que defiende que aunque se están dando casos de abuso, es probable que haya muchos más que no son identificados.⁽⁵⁾ Existen diferentes explicaciones a esta situación, lo que incluiría: falta de herramientas de cribado apropiadas, falta de educación y formación sobre signos de abuso así como falta de aptitudes de identificación y de procedimientos de notificación.⁽⁷⁾ Teniendo esto en cuenta, a nivel de enfermería, como defensores de los derechos de nuestros mayores, buscamos que la mayor cantidad posible de casos sean identificados de forma correcta con el fin de poder prestar una atención individualizada y de calidad.

Aun así la tasa respecto a esta problemática social es elevada y la OMS calcula que si el maltrato hacia las personas mayores no disminuye, en 2050 el número de personas afectadas ascenderá a 320 millones de víctimas.⁽⁶⁾

Dentro del maltrato de mayores, se distinguen varios tipos de violencia (Tabla I):⁽⁸⁾

MALTRATO FÍSICO	Agresión física que ocasione heridas, dolor o lesiones corporales así como el uso de medidas de confinamiento.
MALTRATO SEXUAL	Cualquier tipo de contacto sexual sin consentimiento y casos donde la persona es incapaz de dar consentimiento. Se incluyen: violaciones, fotografías explícitas, acoso, desnudos forzados, etc.
MALTRATO PSICOLÓGICO	Someter a estrés, angustia o pena a una persona a través de agresiones verbales tales como amenazas, intimidaciones u otras que denigren su dignidad o autoestima.
MALTRATO ECONÓMICO O MATERIAL	Utilización indebida e ilegal de las propiedades o recursos económicos de la persona mayor.
ABANDONO O NEGLIGENCIA	Fallo o desentendimiento del cuidador para satisfacer las necesidades básicas de la persona mayor o protegerlo de daños. Puede ser intencionada o no intencionada.

Tabla I: Tipos de maltrato.

Los estudios revelan que las formas de maltrato más comunes son el psicológico y la negligencia siguiéndole el paso los malos tratos financieros.⁽⁹⁾ Por otro lado, en un estudio sobre la prevalencia de maltrato en el ámbito institucional publicado en 2018 se observó

que la principal forma de abuso fue el psicológico seguido del físico en un 14,1% de los residentes.⁽¹⁰⁾

Se reconocen distintos ámbitos donde pueden tener lugar las diferentes tipologías de maltrato:^(5,8)

- Ámbito familiar y/o comunitario: Cuando el maltrato se produce en el núcleo del domicilio incluyendo casos derivados de vínculos sociales o familiares del mayor.
- Ámbito institucional: Aborda todos los casos que se desarrollan en el espacio de instituciones como hospitales, residencias geriátricas, centros de día o centros sociosanitarios.

Otra de las cuestiones que más controversia genera acerca de este tema, es conocer donde se producen más situaciones de maltrato, y la literatura responde a que el entorno principal en el que se desarrolla esta violencia es la comunidad siendo la figura de un familiar el principal culpable.⁽¹⁰⁾

Cuando se habla de factores de riesgo, se hace referencia a una característica que califica a una persona y que hace que esta sea vulnerable ante una posible adversidad. A pesar de que presentar algún factor de riesgo no se considera un criterio para etiquetar a una persona como víctima de maltrato, deben tenerse en cuenta en las valoraciones ya que nos ayudarán a elaborar estrategias de detección y así evitar que se desarrolle la situación.

De este modo, los principales factores de riesgo de maltrato relacionados con la persona mayores presentan a continuación:^(5,8, 11)

- Edad: ≥ 80 años
- Sexo femenino
- Estado de viudedad
- Deterioro físico
- Dependencia física, financiera o emocional
- Deterioro cognitivo o alteraciones de la conducta
- Pobreza

Altos niveles de sobrecarga en el caso del abuso institucional o cansancio del rol de cuidador, abuso de sustancias, enfermedad mental o la dependencia de la víctima a nivel económico o vivienda, se reconocen como factores que influyen en la persona responsable de malos tratos.^(6,8) Formar a los cuidadores es una forma de facilitar el buen

trato, ya que previene el trato inadecuado y evita situaciones de sobrecarga familiar, las cuales son consideradas como factor de riesgo hacia el maltrato.⁽¹²⁾

El buen trato a las personas mayores está ligado al conocimiento, concienciación y comprensión del fenómeno así como al diseño de estrategias, de campañas de sensibilización, adaptación de modelos de atención, de cuidados dirigidos a favorecer la autonomía, evitar situaciones de dependencia, atención individualizada, garantizar la dignidad y dotación a los servicios sociales y sanitarios de especialistas en geriatría y gerontología.^(8, 12)

Debido a que el maltrato del mayor supone un gran problema de salud pública asociado a importantes cifras de morbilidad (ansiedad, depresión, etc), hospitalización y mortalidad,⁽¹¹⁾ el objetivo que se busca con esta revisión es analizar la evidencia con respecto a la efectividad de los métodos de detección para identificar situaciones de maltrato en personas de 60 o más años.

Justificación

Nuestra población está envejeciendo, con esto aumentan los problemas inherentes al grupo de mayores y cada vez es más necesario el cuidado informal familiar. Entender y abordar el abuso y el maltrato contra las personas mayores es fundamental para la agenda política ya que se sabe que supone un gran problema de salud pública.

El maltrato a la persona mayor es un ejemplo de atentado contra sus derechos humanos y produce una vulneración de los principios bioéticos de no maleficencia y justicia interfiriendo así con la ética de nuestra profesión.

Nosotras como enfermeras, además de prevenir la enfermedad y promover la salud debemos proporcionar a nuestros pacientes un entorno seguro y de bienestar.

Desde la posición de cercanía que adoptamos, contamos con un marco importante a la hora de detectar este atentado contra nuestros mayores. Ya sea a nivel comunitario como a nivel institucional, la valoración y detección por nuestra parte es indispensable para garantizar unos cuidados de calidad. Sería necesario protocolizar las intervenciones necesarias para llevar a cabo en aquellos casos de posible maltrato de tal manera que se mejorase la identificación y se garantizase una atención adecuada e individualizada, ya

que según la evidencia, por cada caso comunicado a las autoridades, hasta 24 situaciones no son reportadas.⁽⁷⁾

Con todo esto, se justifica la elaboración de la presente revisión, donde lo que se pretende es conocer la evidencia de la efectividad de los métodos de detección que utilizan los profesionales sanitarios para identificar maltrato en las personas mayores.

Pregunta de investigación y objetivos:

Como punto de partida de la siguiente revisión, se encuentra la elaboración de la pregunta PICO/PIO. Bajo el acrónimo PICO, se resumen los 4 componentes de la estructura de una pregunta de investigación (**Tabla II**): Población/problema, Intervención, Comparativa, Outcomes (resultados). En este caso, la pregunta sería la siguiente:

¿Qué intervenciones recoge la literatura como métodos eficaces para detectar el maltrato en personas mayores y son utilizados por profesionales sanitarios?

P	I	O
Personas de 60 o más años que viven en la comunidad o bien residen en una institución y sean posibles víctimas de abuso.	Intervenciones llevadas a cabo por el personal sanitario para reconocer y detectar una situación de abuso.	Eficacia de las intervenciones para detectar una situación de abuso con el colectivo de personas mayores.

Tabla II: Pregunta PIO de investigación.

De este modo se procedió a diseñar los objetivos del trabajo:

Objetivo general:

Analizar si existe evidencia científica sobre la efectividad de los métodos de detección que pueden ser utilizados por los profesionales, para identificar situaciones de maltrato a las personas mayores.

Objetivos específicos:

Identificar las intervenciones psicológicas, fisiológicas y sociales relativas a la detección del maltrato del mayor.

Enumerar las diferentes herramientas de cribado disponibles.

Identificar qué intervenciones están descritas en la NIC de enfermería.

2. Metodología

Criterios de selección:

Se incluyeron para formar parte de este trabajo, documentos que respondiesen a la pregunta PICO planteada y además, cumpliesen los siguientes **criterios de inclusión**:

- Tipos de estudios: Revisiones sistemáticas (RS) con y sin metaanálisis, revisiones narrativas (RN), guías de práctica clínica (GPC), estudios originales cuantitativos o mixtos, estudios de casos-controles, ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados (ECA).
- Muestra: Personas mayores de 60 o más años.
- Ámbito: Comunitario y hospitalario.
- Idioma artículos: Inglés, castellano y portugués.
- Rango temporal: Últimos 5 años.

Por otro lado, se rechazarán todos aquellos artículos que presenten alguno de los siguientes **criterios de exclusión**:

- Muestra: Personas menores de 60 años.
- Tipos de estudios: Estudios cualitativos, cartas al director, editoriales, reseñas bibliográficas, folletos informativos y estudios de casos.
- Documentos de acceso restringido que tampoco hayan podido ser facilitados a través de la herramienta “SOD”.

Estrategia de búsqueda:

Una vez desarrollada la pregunta de investigación, se comenzó una búsqueda de Revisiones Sistemáticas en las bases de datos *Cochrane Library* y *PubMed*. Lo que se pretendía, era tener acceso a una revisión que coincidiese con nuestro tema y a partir de la cual ampliar conocimientos hasta la actualidad.

Términos MeSH y DeCS:

Con el fin de acceder a la literatura pertinente, previamente, se convirtió la pregunta PICO planteada a términos MeSH y DeCS (**Tabla III**), un vocabulario controlado utilizado para rescatar resultados que se ajustasen a nuestro objetivo.

TÉRMINO	MeSH	DeCS
Abuso al mayor	"Elder abuse"	"Maltrato al anciano"
Anciano	"Aged"	"Anciano"
Detección	"Diagnosis" "Elder abuse/diagnosis" "Elder abuse detection"	"Diagnóstico"
Personal sanitario	"Health personnel"	"Personal de salud"
Enfermería	Nurse, nursing "Nursing care" "Nursing diagnosis"	Enfermera, enfermería "Atención de enfermería" "Diagnóstico de enfermería"

Tabla III: Determinación de términos MeSH y DeCS.

Bases de datos y estrategia de búsqueda:

Para la elaboración de este trabajo, se llevó a cabo durante los meses de febrero y marzo de 2019 una búsqueda de información relacionada con el objeto de estudio en diferentes bases de datos científicas (**Tablas IV a VIII**). Se puso como límite el rango de búsqueda a partir del 2016, ya que este trabajo parte de una revisión cuya bibliografía abarca hasta el año 2015.

Cochrane Library:

ESTRATEGÍA DE BÚSQUEDA	(#1 Elder abuse AND #2 Early diagnosis OR #3 Detect* AND #4 Nursing care OR #5 Nurse diagnosis OR #6 nur*)
RESULTADOS	3
FILTROS APLICADOS (año, tipo publicación, idioma...)	Revisión sistemática
RESULTADOS	1

Tabla IV: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.

Web of Science:

ESTRATEGÍA DE BÚSQUEDA	TI ("elder abuse") OR TI ("elder neglect") OR TI ("abused, aged") OR TI ("abused elder") AND TS (report)OR TS ("detection methods") ANDTI ("healthcare professionals")OR TI ("health personnel")
RESULTADOS	1.730
FILTROS APLICADOS (año, tipo publicación, idioma...)	· Año de publicación: 2016 a 2019 · Categorías de WOS: Gerontology, geriatrics and gerontology, medicine general internal, social work, nursing, primary healthcare.

	<ul style="list-style-type: none"> · Artículos y revisiones · Inglés, castellano, y portugués.
RESULTADOS	103

Tabla V: Estrategia de búsqueda en Web of Science.

CINAHL:

ESTRATEGÍA DE BÚSQUEDA	TI "Elder abuse" OR TI "elder neglect" OR AB "elder abuse" OR AB "elder neglect" AND TI "healthcare professionals" OR TI "health personnel" OR AB "healthcare professionals" OR AB "health personnel" AND MH "detection methods" OR MH diagnosis
RESULTADOS	19.365
FILTROS APLICADOS (año, tipo publicación, idioma...)	<ul style="list-style-type: none"> · Año de publicación: 2016 a 2019 · Publicaciones académicas y revistas · Inglés, castellano y portugués · Edad: 65 o más años, 80 o más años. · Tema: Elder abuse
RESULTADOS	21

Tabla VI: Estrategia de búsqueda en CINALH.

Biblioteca Virtual de Salud:

ESTRATEGÍA DE BÚSQUEDA	(tw:("Maltrato al anciano")) OR (tw:("Maltrato del viejo")) AND (tw:(Diagnóstico)) OR (tw:(Detección)) AND (tw:("Personal de salud")) OR (tw:(Enfermería))
RESULTADOS	103
FILTROS APLICADOS (año, tipo publicación, idioma...)	<ul style="list-style-type: none"> · Inglés, castellano y portugués · Año de publicación: 2016 – 2018
RESULTADOS	13

Tabla VII: Estrategia de búsqueda en Biblioteca Virtual de Salud.

PUBMED:

ESTRATEGÍA DE BÚSQUEDA	("elder abuse"[Title/Abstract]) OR "elder abuse/diagnosis"[Title/Abstract] OR "elder abuse detection"[Title/Abstract]
RESULTADOS	1.381
FILTROS APLICADOS (año, tipo publicación, idioma...)	<ul style="list-style-type: none"> · Inglés, castellano y portugués · Año de publicación: 2016 – 2019 · Publicaciones: Classical Article, clinical trial, journal article, practice guideline. · Edad: 65 ≥ years, 80 and over
RESULTADOS	163

Tabla VIII: Estrategia de búsqueda en PUBMED.

Por otro lado, se utilizó el buscador Google Scholar para acceder a varios **documentos** de **forma manual**. Se consultaron páginas web como: la OMS, Instituto Nacional y Gallego de Estadística o la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

Se accedió a la página del "*National Institute for Health and Care Excellence*" (NICE) donde se encontró una guía de práctica clínica publicada por el gobierno de Gales, Inglaterra.

También fueron utilizados recursos de la Universidad de A Coruña: Repositorio Institucional (RUC) o la herramienta de préstamo interbibliotecario para acceder a la mayor cantidad de artículos que no se encontraban disponibles para su acceso a texto completo.

Finalmente, para organizar toda la bibliografía utilizada y además citar las referencias, se trabajó con el gestor bibliográfico Refworks.

Métodos de revisión:

Selección de los estudios:

Como primer paso se comenzó una búsqueda bibliográfica centrada exclusivamente en RS con el fin de encontrar una que fuese pertinente y se adaptase a las características de este trabajo y por lo tanto sirviese como pilar sobre el que se iniciaría la búsqueda de información posterior.

Se accedió a Cochrane Library, por su alto nivel de evidencia; sin embargo, la RS que se encontró estaba centrada en evaluar la eficacia de los programas de intervención primaria, secundaria y terciaria utilizados para reducir o prevenir el abuso de las personas mayores, por lo que fue descartada. Se continuó con la búsqueda y fue en PubMed donde finalmente, se encontró un documento publicado en 2017 cuya bibliografía abarca un rango temporal de 1980 hasta 2015.

Tras la búsqueda en las bases de datos anteriormente citadas, se obtienen 303 artículos. A partir de aquí se inició un proceso de varias fases: eliminación de resultados duplicados y lectura por título y resumen de los 268 restantes, consiguiendo así 38 artículos "posiblemente válidos". Se sometió a una lectura crítica de texto completo a estos 38 artículos haciendo que finalmente, resultasen relevantes para este trabajo un total de 13.

Este proceso se plasma en la **figura 2**. En el **anexo I** puede consultarse la tabla de artículos que tras una lectura de texto completo fueron descartados para formar parte de este trabajo y la razón de su exclusión.

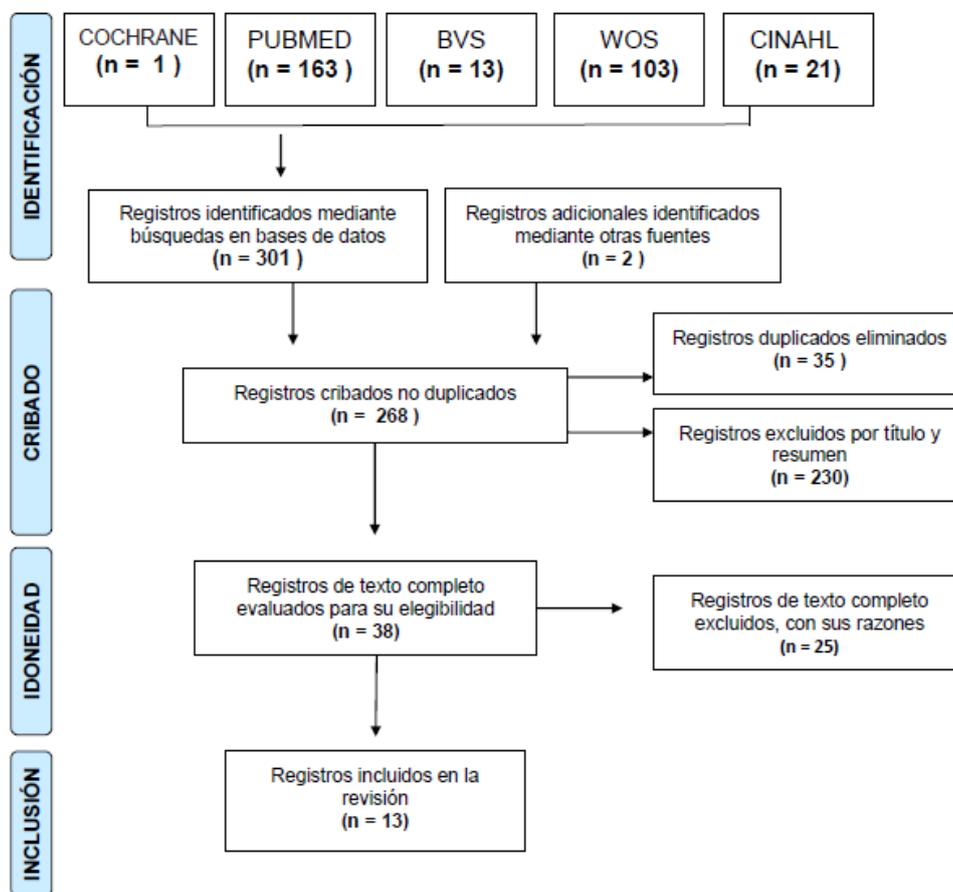


Figura 2: Informe de resultados de la búsqueda sistemática.

Métodos de evaluación de la calidad:

Para la realización de este trabajo se ha accedido a una serie de artículos publicados en diferentes revistas científicas. Con el fin de conocer su posición en el ranking de cuartiles así como el factor de impacto, se accedió a las páginas: *SCImago Journal & Country Rank* (SJR) y *Journal Citation Reports* (JCR) (Tabla IX).^(14,15)

REVISTA	CUARTIL JCR	FACTOR DE IMPACTO JCR	ÍNDICE SJR	CUARTIL SJR
<i>Journal of Elder Abuse and Neglect</i>	Q3	1,333	0,86	Q2
<i>BMJ Open</i>	Q2	2,413	1,372	Q1
<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Q2	1,635	0,76	Q1
<i>Journal of Gerontological Nursing</i>	Q4	0,752	0,369	Q2
<i>International Journal of</i>	Q1	2,316	1,21	Q1

<i>Legal Medicine</i>				
<i>Revista Española de Geriatría y Gerontología</i>	-	-	0,225	Q3
<i>Clinics in Geriatric Medicine</i>	Q3	2,378	0,867	Q2
<i>Health and Social Care in the Community</i>	Q1	2,039	0,827	Q1
<i>Research on Social Work Practice</i>	Q1	1,929	0,883	Q1
<i>The Spanish Journal of Psychology</i>	-	0,629	-	-
<i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i>	Q3	2,241	1,01	Q1

Tabla IX: Ranking de cuartiles y factor de impacto.

Métodos de evaluación de la calidad metodológica:

De los estudios seleccionados, se evaluó la calidad metodológica de acuerdo a los principios de la *Declaración PRISMA*⁽¹³⁾ en el caso de RS y de la *Declaración STROBE*⁽¹⁶⁾ para los estudios observacionales.

Por último, los artículos incluidos se clasificaron según el nivel de evidencia trabajando con la escala *OCEBM*⁽¹⁷⁾. (**Anexos II, III, IV**)

Establecimiento de variables:

Una vez seleccionados todos los artículos con los que se trabajó en la presente revisión, se analizaron los resultados atendiendo a 9 variables: Año de publicación, lugar de desarrollo, diseño, características de la muestra, ámbito, tipo de maltrato, intervenciones y métodos para detectar el maltrato en las personas mayores, profesionales que llevan a cabo la intervención y nivel de evidencia.

3. Resultados:

Finalmente 13 artículos fueron incluidos para formar parte de este trabajo por pasar los criterios de inclusión y además por considerarse relevantes y adaptarse a la pregunta PIO de este trabajo.

Síntesis de resultados:

La búsqueda inicial de RS nos acercó a una publicación⁽⁷⁾ del año 2017 cuya bibliografía abarca hasta el 2015, a pesar de no compartir en su totalidad lo que se pretende abarcar

con nuestra pregunta de investigación ni el objetivo principal, fue útil ya que buscaba conocer la eficacia y exactitud de las herramientas administradas a las personas mayores, con el fin de detectar y medir el abuso/maltrato contra las mismas. Este fue el punto de partida de este trabajo.

En vista de los objetivos que se plantean en esta revisión, es necesario dividir los resultados en 4 categorías: intervenciones psicológicas, intervenciones fisiológicas, intervenciones sociales y herramientas de cribado.

Intervenciones psicológicas:

La intervención psicológica que más destaca en la literatura es la evaluación del estado cognitivo del paciente, viene marcada por la afirmación de que los pacientes con problemas cognitivos resultan más complicados de identificar como víctimas de maltrato tal y como se refleja en las 3 guías incluidas en el trabajo y tres artículos originales.

En algunos casos^(19, 20), los autores optan por trabajar con el Mini-Mental State si resulta necesario, como también se puede observar en el estudio piloto ⁽²¹⁾ sobre la validación del cuestionario *Older Adult Financial Exploitation Measure* (OAEFEM), que es solamente válido en mayores sin limitaciones cognitivas. En este caso no sólo se opta por evaluar con el Mini-Mental si no cualquier otro instrumento que los profesionales participantes consideren oportuno con el fin de descartar personas con déficit cognitivo.

El consentimiento del paciente se defiende como pieza clave para iniciar el examen de la posible víctima.^(19, 22) Determinar el estado psicológico de la persona y su capacidad para tomar decisiones es fundamental ya que podría suponer un sesgo a la hora de dar dicho consentimiento y por tanto autorizar una evaluación más pormenorizada.

En una de las GPC seleccionadas, se hace referencia a la figura del “Independent Mental Capacity Advocate” o también conocido como el defensor de las capacidades del mayor como elemento clave que debe tenerse en cuenta para asegurar un trabajo de identificación adecuado y completo en pacientes con problemas psicológicos.⁽²²⁾

Mientras tanto, en otro estudio⁽¹¹⁾ donde se busca la elaboración de una lista de competencias a tener en cuenta para identificar maltrato durante el proceso de evaluación llevado a cabo por las “forensic nurses” también conocidas como enfermeras jurídicas en EE.UU, de nuevo se incluye la valoración psicológica de la persona. Aspectos como determinar si existe una figura que tome las decisiones por el paciente (y si existe, valorar la posibilidad de que esta sea la potencial maltratadora) si este presenta deterioro

cognitivo o describir el comportamiento y actitud de la persona sobre todo delante de la figura de su cuidador y al igual que en otros artículos valorar la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su cuidado y obtener su consentimiento son aspectos reconocidos.

Las preguntas directas sobre cómo las personas mayores se sienten “¿Alguna vez alguien te ha regañado o amenazado?”, “¿Temes a alguien en casa?”, “¿Sueles estar o sentirte solo?” pueden ayudar a esclarecer la situación de maltrato.^(11, 20, 19, 22, 23, 24)

Por otra parte, se reconoce que otro elemento importante para reconocer y documentar un posible caso de maltrato, son las posibles alertas y/o consecuencias de abuso como cambios súbitos en el comportamiento, ansiedad, apatía, letargo, depresión, estrés o baja autoestima.^(19, 24)

Intervenciones fisiológicas:

Es de las acciones más reiteradas para identificar una situación de maltrato; sin embargo, de los 13 trabajos seleccionados tan solo 5 documentos^(11,18,19,24,25), las han incluido en sus publicaciones.

Las pautas para llevar a cabo la valoración de un paciente ante una sospecha de abuso, se centran en la recogida de datos sobre el motivo principal por el que acude al hospital, seguido de la revisión de la historia del paciente y exploración clínica de la víctima. La valoración física del paciente deberá llevarse a cabo sin el cuidador ni familiares presentes y debe centrarse en diferentes aspectos como la apariencia física general del paciente, vestimenta adecuada, estado de nutrición e hidratación del mayor, signos vitales, describir lesiones o patrones sugestivos de maltrato o examen genitourológico si existe sospecha de abuso sexual. Preguntas directas sobre como la lesión ha sucedido e incluso llegando a preguntar si ha sido resultado de una agresión son otras de las opciones que ofrecen estos autores. En el caso de que el paciente presente úlceras se debe valorar la cantidad, la localización, patrón en la distribución corporal, estadio y características de las lesiones.^(19, 24)

En otros artículos,^(11, 18) surge una categoría denominada “examen médico-legal” e incluye descripción de apariencia física e higiene del mayor, de las lesiones que presenta, realización de test de enfermedades de transmisión sexual, describir signos de malnutrición, deshidratación o mal uso de medicamentos o descripción de indicadores de estrangulamiento.

Tan solo una publicación⁽¹⁹⁾ destaca sobre las demás por incluir en el examen físico la valoración del dolor, mientras que por otro lado, solo está presente en un único artículo la exploración bucodental del paciente.⁽²⁴⁾

En cuanto a los signos físicos la literatura reconoce que los hallazgos más comunes en la exploración son: zonas de alopecia, contusiones en cabeza, orejas, zona ocular, puente de la nariz, zona interior de los brazos, hematomas en tobillos y muñecas (sugestivos de agarre), quemadura, lesiones en diferentes estados de curación o fracturas en otras zonas que no incluyan cadera, húmero o vertebras (más comunes en accidentes). Es importante reconocer en estos casos incongruencias entre los relatos sobre un posible “accidente” y la propia lesión, aspectos que indiquen que se ha retrasado la visita médica o visita a consultas médicas diferentes también conocido como “doctor hopping”.^(19, 24, 25)

También se menciona el desarrollo de una “Escala de Signos Clínicos de Negligencia” como técnica para valorar aspectos sugerentes de abandono. La herramienta que se desarrolló, demostró buenas tasas de sensibilidad y fiabilidad para identificar factores sospecha que ayudarían a identificar posibles víctimas de abandono sería insuficiente que fuese utilizado como una herramienta de detección única. Esto quiere decir, que para poder diagnosticar un caso de abandono se requieren además otras herramientas de cribado, entrevistas con la víctima y cuidador y una evaluación más profunda.⁽²⁵⁾

Continuando con la línea de posibles signos sugestivos de maltrato, se menciona también tal y como se hace en el ámbito del maltrato de menores, la posibilidad de identificación de patrones de lesión típica que no se producen en un accidente; sin embargo, esto supone un reto ambiguo debido a los cambios propios que se producen con la edad.⁽¹⁸⁾

Otras pruebas complementarias recomendadas por los estudios son las pruebas de laboratorio donde podremos corroborar parámetros analíticos que indiquen malnutrición, deshidratación, niveles de fármacos. En esta misma línea sobre acciones complementarias de estudio, se incluyen en la exploración física las pruebas complementarias de imagen.^(11, 18, 24)

El importante papel de enfermería en la exploración física durante la higiene de pacientes se menciona únicamente en uno de los documentos recuperados.⁽²⁴⁾

En las 3 de las publicaciones mencionadas en este apartado, se resalta la importancia de la recogida de pruebas mediante audio, video o imágenes si fuese posible para adjuntar al informe realizado por cada profesional.^(11, 18, 19, 24)

Intervenciones sociales:

La evaluación del domicilio del paciente es un aspecto altamente importante por las oportunidades que nos presenta. El importante papel de los técnicos de emergencias por su llegada inesperada al domicilio se reconoce en la bibliografía ya que su posición de atención, puede acercarlos a una visión más crítica del entorno del hogar así como a las verdaderas dinámicas entre cuidador y mayor,⁽²⁴⁾ consideración que también se recoge en un estudio de metodología mixta, donde los profesionales entrevistados de nuevo reconocen las visitas domiciliarias como una puerta de acceso a la identificación de maltrato por permitir a los profesionales una observación más real de las condiciones en las que se desarrolla la vida del mayor.⁽²⁰⁾

Desde esta perspectiva, los profesionales podrían conocer los peligros que rodean a la víctima en su día a día, condiciones de higiene del domicilio, recursos de los que dispone el mayor (agua, electricidad...), reconocer interacciones extrañas entre cuidador y paciente e incluso evidenciar el consumo de drogas o alcohol. Por otro lado, también resulta interesante el reconocimiento de los recursos del mayor desde la posición del trabajador social que llevará a cabo actividades de evaluación de los recursos económicos, sistemas de apoyo o necesidad de servicios sociales de la posible víctima. La evaluación social podría proporcionar indicios de abuso que un médico no habría reconocido.⁽²⁴⁾

En la lista de competencias mencionada en el apartado anterior se incluían las siguientes actividades: determinar el apoyo formal/informal del que dispone el paciente, cambios del comportamiento del paciente al llegar el cuidador, valorar la necesidad de dispositivos de asistencia de los que dispone el mayor y si los tuviera valorar cómo se accedió a ellos y determinar si están en buen estado, de nuevo determinar la situación de la vivienda o recopilar información de otras fuentes como vecinos u otros familiares sobre la situación de la posible víctima.⁽¹¹⁾

Mencionar también la importancia de la evaluación de las necesidades básicas del mayor, conocer si estas están siendo cubiertas, si tiene acceso a comida, medicamentos o asistencia médica.⁽²²⁾

Por último, específicamente centrado para la detección de maltrato en mayores institucionalizados, un documento (el único de los incluidos) hace mención a la video-monitorización de espacios públicos como herramienta que además, aportaría pruebas de lo ocurrido.⁽¹⁸⁾

Herramientas de cribado:

Existe disparidad de opiniones sobre el cribado para la detección de maltrato; sin embargo, continúa siendo una de las intervenciones con las que más se trabaja y más bibliografía genera.

Una de las revisiones incluidas,⁽⁷⁾ recoge 11 publicaciones sobre la eficacia de las herramientas utilizadas con mayores en la detección y evaluación del maltrato. De entre las herramientas que se incluyen en los diferentes documentos, están: el *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*, *Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS)*, *Elder Abuse Suspicious Index (EASI)*, *Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE)*, *Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)*, *Elderly Indicators of Abuse (E-IOA)*, *Elder Assessment Instrument (EAI)*, *Elder Psychological Abuse Scale (EPAS)*, *Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEABS)*, *Older Adult Abuse Psychological Measure (OAPAM)* y el OAFEM. De todas las escalas mencionadas, tan solo el EAI está especialmente validado para ser utilizado por enfermería. La mayoría de estos elementos fueron respaldados como válidos, con buenos niveles de consistencia interna y especificidad y además han sido apoyados en otras ocasiones.^(19, 23)

Uno de los artículos seleccionados,⁽²³⁾ a diferencia de otros, es el único que incluye escalas específicas de violencia de género para ser utilizadas en la detección de maltrato en el mayor y además, se menciona junto a otra publicación⁽²⁰⁾ la Geriatric Medicine Scale (GMS).

Concretamente del H-S/EAST, se elaboró una versión turca en 2017, donde se sigue el proceso de adaptación y evaluación de la validez y fiabilidad trabajando con mayores de 60 años de diferentes ciudades de Turquía. La versión turca de este cribado, que persigue la detección de abuso físico, psicológico, abandono y abuso financiero, obtuvo en el marco de estudio de validez y fiabilidad resultados similares a los que se obtuvieron en la escala original y buenos índices de consistencia interna (0,81).⁽²⁶⁾

El E-IOA, fue uno de los menos recomendados en la RS anterior por su largo tiempo de administración y necesidad de ser utilizado por personal formado. Sin embargo, años más tarde una publicación del 2018 cuyos objetivos eran replicar los resultados llevados a cabo por el creador de la escala con un muestra española pudiendo así aportar más pruebas de evidencia, obtuvo en sus resultados un equilibrio entre sensibilidad y especificidad y una buena habilidad de la escala para identificar los diferentes tipos de casos con los que se trabajó, además de valores adecuados de consistencia interna. Por

otro lado, se sigue reflejando la necesidad de seguir investigando y confirmar los hallazgos con muestras más amplias.⁽²⁷⁾

Por otro lado el OAEFEM es la única herramienta validada para reconocer situaciones de abuso económico⁽⁷⁾, como también se revela en un estudio de pilotaje de este mismo instrumento en personas mayores de 65 años irlandesas. Sin embargo cabe destacar la limitación que supone trabajar con una muestra tan pequeña (n= 52).⁽²¹⁾

Mencionar por otra parte el cuestionario *Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire* (FAMOASQ) de 15 preguntas para detectar maltrato familiar desde la consulta de Atención Primaria, diseñado a partir de las percepciones de maltrato de personas mayores y profesionales sanitarios mexicanos. Los resultados del estudio donde se elabora y valida, mostraron que el FAMOASQ obtuvo buenos niveles de consistencia y porcentajes del 86% y 90% de sensibilidad y especificidad respectivamente.⁽²⁰⁾

Estos instrumentos, junto con otros como el EASI, solo son válidos para personas con buen estado cognitivo, por lo que es aquí, ante la necesidad de desarrollar herramientas válidas para ser aplicadas en personas con limitaciones cognitivas, donde cabe mencionar la aportación del artículo español publicado en 2017 donde se expone la validación y pilotaje de una intervención para identificar maltrato (tanto físico como económico) basada en la utilización de un cuestionario de FR y un proceso de identificación de indicadores de abuso que puede ser utilizada en personas con deterioro cognitivo o cualquier otra limitación en su capacidad de autodeterminación. Tras el proceso de validación de esta intervención, se etiquetó a esta intervención como sensible para detectar maltrato no solo por los datos estadísticos sino también por las buenas valoraciones de los profesionales que participaron en el estudio.⁽²⁸⁾

Otras dos técnicas que tan solo se mencionan en una GPC son: “*Ask and act*” una encuesta específica para identificar casos de violencia y el *DASH Risk Identification Checklist* (DASH RIC), herramienta de identificación de riesgos más utilizada en Gales.⁽²²⁾

Por último, cabe destacar que todas las publicaciones sobre instrumentos de cribado están de acuerdo en que la utilización de estos medios no supone un diagnóstico directo y además, no excluye a los profesionales de elaborar una valoración holística y pormenorizada del paciente.

NICs de enfermería:

Para finalizar, siguiendo con las pautas propuestas en los objetivos específicos de este trabajo, a continuación se expondrá qué intervenciones de las que se recogen en la literatura como eficaces para la detección de maltrato en las personas mayores, están descritas en la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*⁽²⁹⁾(**Tabla X**):

(4920)	Escucha activa	(6404)	Apoyo en la protección contra abusos: ancianos
(5020)	Mediación de conflictos	(7710)	Colaboración con el médico
(5270)	Apoyo emocional	(2395)	Control de la medicación
(5250)	Apoyo en la toma de decisiones	(5330)	Control del estado de ánimo
(7040)	Apoyo al cuidador principal	(7920)	Documentación
(7180)	Asistencia en el mantenimiento del hogar	(6610)	Identificación de riesgos
(5440)	Aumentar los sistemas de apoyo	(7960)	Intercambio de información de cuidados de salud
(6160)	Intervención en caso de crisis	(6487)	Manejo ambiental: prevención de la violencia
(5230)	Mejorar el afrontamiento	(6340)	Prevención del suicidio
(5400)	Potenciación de la autoestima	(7320)	Gestión de casos
(5380)	Potenciación de la seguridad	(7460)	Protección de los derechos del paciente
(5820)	Disminución de la ansiedad	(8020)	Reunión multidisciplinaria sobre cuidados
(5900)	Distracción	(6650)	Vigilancia
(7140)	Análisis de la situación sanitaria	(7940)	Recogida de datos forenses
(5880)	Técnica de relajación	(5328)	Visitas domiciliarias de apoyo
(4420)	Acuerdo con el paciente	(5510)	Educación para la salud

Tabla X: NICs de enfermería

Tablas de síntesis:

La información analizada de los artículos con los que se ha contado en esta revisión, se plasma en las **tablas XI a XIII**.

Tabla de revisiones:

Referencia, año y lugar de realización	DISEÑO	MUESTRA	ÁMBITO	TIPO DE ABUSO	INTERVENCIÓN	PROFESIONAL	G. R ⁽¹⁷⁾	N. E ⁽¹⁷⁾
(7)Italia, 2017	RS	Selección de 11 artículos donde se habla de diferentes herramientas de cribado	-	Psicológico, físico y económico	Herramientas de cribado: H-S/EAST, VASS, EASI, CASE, BASE, E-IOA,EAI, EPAS,CPEABS, OAPAM, OAFEM	Diferentes profesionales del equipo de salud	B	2A
(18)EE.UU, 2016	RN	-	Comunitario y hospitalario	Físico, abandono, psicológico.	Cuestionarios a pacientes, familiares o trabajadores, registros servicios sociales, análisis forense de lesiones, video monitorización, recogida de datos desde fuentes tecnológicas.	Diferentes profesionales del equipo de salud incluyendo el servicio de emergencias.	D	5
(24)Nueva York, 2018	RN	-	Hospitalario	Físico, sexual y negligencia	Revisión Hª clínica, preguntar directamente sobre una situación de abuso, exploración física, laboratorio e imagen, valorar domicilio del paciente	Equipo sanitario del ámbito de emergencias	D	5

Tabla XI: Tabla de síntesis de revisiones. // **N.E.:** nivel de evidencia; **G.R.:** grado de recomendación

Tabla de artículos originales:

Referencia, lugar de realización y año	DISEÑO	MUESTRA	ÁMBITO	TIPO DE ABUSO	INTERVENCIÓN	PROFESIONAL	G. R ⁽¹⁷⁾	N. E ⁽¹⁷⁾
(11) Canadá, 2016	Estudio mixto	Directores de programas de 30 centros hospitalarios de tratamiento de la violencia sexual y doméstica	Hospitalario con vínculos formales a la comunidad	Físico, sexual y psicológico	Elaborar una lista de aptitudes necesarias que deben incluirse en el examen de valoración para reconocer posibles víctimas y situaciones de maltrato	Enfermeras y trabajadores sociales	D	5
(20) México, 2017	Estudio mixto de corte transversal	253 personas mayores de ≥ 60 años (146 presentaban signos de maltrato)	Comunitario	Psicológico y emocional	Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire	Médicos, enfermeras, trabajadores sociales y profesionales en aspectos legales	B	2B
(21) Irlanda, 2017	Estudio piloto	52 mayores de 65 años, sin deterioro cognitivo, de habla inglesa y reconocidos como posibles víctimas de abusos económicos anteriormente		Económico	Versión de OAFEM de 25 ítems	Trabajadores sociales	B	2B

(25)EE.UU, 2017	Estudio observacional mixto	Grupo formado por 11 expertos. En las encuestas online solo participaron 9 miembros y 8 en la 2ª	Hospitalario	Abandono y negligencia	Elaborar y evaluar una Escala de Signos Clínicos de Negligencia	Diferentes profesionales sanitarios	5	D
(26)Turquía, 2017	Estudio mixto	465 personas mayores de más de 60 años que viven solos o con sus familias en diferentes ciudades de Turquía	Comunitario	Físico, psicológico, abandono	H-S/EAST	Trabajadores sociales	B	2B
(27)Mallorca-España, 2018	Estudio observacional	231 mayores con una media de edad de 81 años, sus cuidadores principales y 46 profesionales	Comunitario	Físico, psicológico, económico y abandono	IOA Screen	Trabajadores sociales, psicólogos y un terapeuta ocupacional	B	2B
(28)España, 2017	Estudio piloto	649 personas mayores de 65 años que acuden al servicio de atención primaria a recibir asistencia sanitaria o social comunitarias y oficinas bancarias	Sanitario y social	Físico y económico	“Procedimiento de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores” Formado por un cuestionario de FR y uno de detección de detección de indicadores de alerta	Médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y auxiliares domiciliarias. Cualquier personal sanitario o social podría utilizar esta herramienta	B	2B

Tabla XII: Tabla de síntesis de artículos originales. // **N.E.:** nivel de evidencia; **G.R.:** grado de recomendación

Tabla de guías de práctica clínica:

Referencia, año y lugar de publicación	ÁMBITO	TIPO DE ABUSO	INTERVENCIÓN	PROFESIONAL	G. R ⁽¹⁷⁾	N. E ⁽¹⁷⁾
(19)Alemania, 2018	Atención primaria	Físico, psicológico, sexual y negligencia	Consentimiento del paciente, evaluación cognitiva, revisión Hª clínica, examen clínico del paciente, recogida de pruebas, seguimiento, cribado y entrevista privada	Equipo multidisciplinar sanitario y forense	B	2B
(22)Gales-Inglaterra, 2016	Servicio público de salud. Comunitario.	Físico, sexual, psicológico, económico y negligencia	“Ask and Act” Evaluar los riesgos y necesidades del paciente	Trabajadores sociales, trabajadores domiciliarios, doctores, enfermeras, policías y otros en contacto con personas mayores	B	2B
(23)Estado de Iowa- EE.UU., 2017	Doméstico e institucional	Físico, psicológico, económico y negligencia	Herramientas de cribado, exploración del paciente, elaborar Hª clínica del paciente y entrevista con otras personas cercanas	Diferentes profesionales sanitarios	B	2B

Tabla XIII: Tabla de síntesis de guías de práctica clínica. // **N.E.:** nivel de evidencia; **G.R.:** grado de recomendación

4. Discusión:

Con la elaboración de este trabajo, se ha pretendido analizar la evidencia científica existente sobre la efectividad de los métodos de detección de malos tratos en las personas mayores que pueden ser utilizados por los profesionales sanitarios tanto a nivel hospitalario como a nivel comunitario, diferenciando así entre intervenciones psicológicas, fisiológicas, sociales y cribados. Además, se propuso conocer la relación entre dichas actividades y las intervenciones enfermeras que se recogen en la taxonomía NIC.

Del total de 13 documentos con los que se contó para el desarrollo de esta revisión, 1 fue una revisión sistemática, 2 revisiones narrativas, 3 guías de práctica clínica y 7 artículos originales que hablan del desarrollo y validación de diferentes herramientas de detección de abuso.

La decisión de trabajar con guías de práctica clínica, surgió como opción de aumentar las fuentes de información y acercarse a las pautas más recomendadas de trabajo.

Como muestra la evidencia de este trabajo pocas intervenciones han sido probadas en ensayos clínico válidos y además existe limitada bibliografía de buena calidad sobre la detección de este fenómeno. Probablemente por la naturaleza oculta del abuso en las personas mayores y/o obstáculos como vulnerabilidades mentales, físicas, sociales u otras consideraciones éticas. Se concluye de este punto, la necesidad futura de elaborar más estudios de mejor calidad y con muestras más representativas.⁽¹⁸⁾

La recomendaciones sobre la evaluación periódica por el médico de familia de abuso en ancianos con factores de riesgo⁽¹⁹⁾ supone un punto de desacuerdo frente a la opinión de otros ⁽⁷⁾ que indican que enfermeras y profesionales de salud deben cribar rutinariamente a todos los ancianos, ya que aquellos mayores que no presentan dichos factores también pueden ser potenciales víctimas; sin embargo, todavía se desconoce la relación riesgo-beneficio de la evaluación rutinaria en este sector de población.⁽¹⁸⁾

La importancia de trabajar bajo el enfoque de un **equipo multidisciplinar** y de forma coordinada para conseguir un análisis exhaustivo y diagnóstico diferencial adecuado se resalta en diferentes casos; sin embargo, a día de hoy pocas intervenciones se han desarrollado y las que han surgido deben pilotarse en un futuro para asegurar su viabilidad.^(11, 18, 19, 24)

Por otra parte, existe una amplia gama de herramientas de evaluación disponibles para su uso entre los profesionales sanitarios tanto a nivel de consulta, como hospitalario y es necesario que el personal de salud disponga de conocimientos generales sobre la aplicación de estas herramientas e incluso indague sobre su validación en diferentes idiomas.⁽¹⁹⁾

Como se ha señalado en varios estudios, las herramientas deben ser evaluadas en relación con la situación y utilizadas en combinación para evaluar todos los aspectos de la violencia descritos. Aunque estos elementos no sean diagnósticos, contribuyen a la identificación de maltrato pero su uso, no excluye a los profesionales de llevar a cabo otras intervenciones como la evaluación física, psicológica, revisión de la H^a clínica o la visita domiciliaria.^(7,18)

Por otra parte, muchas de las escalas y cuestionarios que se mencionan, requieren de **personal formado** en esta área, lo que continúa siendo una de las barreras que se interponen en el aumento de detección de casos, con lo que se justificaría el futuro desarrollo de programas de formación para profesionales.

En cuanto al **nivel cognitivo del mayor**, surge otra de las barreras que existe en el diagnóstico de maltrato, ya que algunos cribados requieren que la víctima no esté deteriorada cognitivamente como es el caso del H-S/EAST, el EASI o bien ante situaciones donde confiamos en el relato del mayor para conocer como se ha producido una lesión.

En el caso del FAMOASQ, es una herramienta inicial de detección rápida que incorpora las percepciones de los adultos mayores con las de los profesionales de la salud y los trabajadores de los servicios sociales, lo que lo hace diferente de otras herramientas que generalmente sólo utilizan las percepciones de los expertos.⁽²⁰⁾

La literatura en otras áreas como el abuso de menores o violencia de género, puede acercar a los investigadores a ideas clave en el ámbito del maltrato a las personas mayores, con lo que es preciso más revisión con el objetivo de extrapolar intervenciones.^(18, 23)

Por último, otro aspecto relevante es el hecho de que casi todas las publicaciones se centran en la detección de malos tratos físicos, psicológicos, abandono o abuso financiero siendo tan solo 3 de los 13 documentos incluidos los que le dedican un breve espacio a las pautas a seguir ante un caso abuso sexual, basándose exclusivamente en la

exploración genitourinaria, test de enfermedades de transmisión sexual y elaboración de un examen completo de abuso sexual con recogida de pruebas si el paciente lo autoriza.^(11, 19, 24)

Limitaciones y fortalezas de esta Revisión Sistemática:

A pesar de trabajar siguiendo unas pautas de rigor metodológico, podría decirse que este trabajo presenta una serie de **sesgos**, entre los cuales se encuentran:

- Sesgos de publicación: Puesto que muchos trabajos científicos, con resultados negativos no son publicados o bien no son citados por otras publicaciones.
- Sesgos de selección: Deriva del proceso de detección de documentos para la revisión. Para derribarlo, se ha trabajado definiendo con claridad los criterios de inclusión y exclusión de los estudios. Por otra parte, el idioma supone un factor relevante, ya que solo se han incluido en esta revisión publicaciones en castellano, inglés y portugués lo que ha podido producir la pérdida de documentos interesantes publicados en otra lengua, aunque entendemos que los más relevantes a nivel internacional suelen publicarse en inglés.
- Sesgo de información: Las conclusiones de este trabajo, dependen en gran medida de la calidad de los estudios originales incluidos, la variabilidad entre estudios o los errores en la fase de análisis. Para minimizar la distorsión que puede surgir en el análisis de resultados, cabe destacar que se han usado instrumentos validados de lectura crítica y clasificaciones internacionales de evidencia probada.

En cuanto a las **fortalezas** de este trabajo, caben destacar: aportar información a una temática donde continúa existiendo escaso conocimiento y sensibilización, trabajar bajo un marco de rigor metodológico, inclusión del papel de diferentes profesionales sanitarios, trabajar con diferentes tipologías de maltrato y abarcar las estrategias de detección desde diferentes perspectivas.

5. Conclusiones:

En la práctica clínica, enfermería, por su posición de cercanía tiende a un contacto más habitual tanto en ámbito hospitalario como en el comunitario con mayores vulnerables o susceptibles de maltrato. Además presenta grandes oportunidades para acudir al domicilio de los pacientes y por tanto realizar una buena valoración globalizada sobre aspectos que posteriormente orientarán hacia la detección, reducción de conflictos y actuación en caso de crisis. A pesar de esto, existe escasa publicación enfermera referente a la detección del fenómeno de maltrato en las personas mayores, por lo que sería importante resaltar la necesidad de desarrollo de futuras investigaciones centradas exclusivamente en intervenciones por parte de enfermería.

Los profesionales sanitarios, han de tener en cuenta que una persona exenta de factores de riesgo puede estar siendo víctima de algún tipo de violencia, por lo que sería necesario el cribado rutinario de mayores (no solo cuando presentan FR) ya que solo así podrá llegarse a la mayor cantidad de casos posibles.

Para terminar, destacar que en la actualidad el maltrato de los mayores comienza a despertar varias alarmas; sin embargo, continúa siendo un problema de naturaleza oculta que muchos mayores sufren en silencio. Con el objetivo de aumentar la detección, es necesario que la población y los medios se sensibilicen con el tema y la población mayor, ya que todavía siguen siendo muchos los vacíos de conocimiento que sufre este ámbito.

6. Bibliografía:

1. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. Ine.es. [acceso 23 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
2. Instituto Galego de Estatística [Internet]. Ige.eu. [acceso 23 mayo 2019] Disponible en: <https://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>
3. PinheiroLandim Almeida C.A, Coelho e Silva Neto M., Ferreira Duarte Carvalho F.M, Campêlo Lago E. The Aspects Related to Violence Against Elderly: Nurse's Perception from the Family Health Strategy. Rev Pesq Cuid Fundam. 2019;11(2):404-10.
4. Yongjie Y, Christopher RM, Gassoumis DZ, Kathleen HW. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017;5(2):147-56.
5. Phelan A. The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: current perspectives. Nursing ResRev.2018;8:15-22.
6. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Who.int. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
7. Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. J Clin Nurs2017;26(15-16):2154-76.
8. Tabueña Lafarga M, Muñoz Iranzo J, Fabà Ribera J. La sensibilización y la prevención de los malos tratos a las personas mayores.[Internet]*Barcelona: Obra Social "la Caixa"; 2016. Disponible en: https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/190074/violencia_tolerancia_cero_sensibilizacion_personas_mayores_es.pdf/d8375a8d-1090-41d1-b41e-7736e115de08
9. Vidal Domínguez M, Labeaga Azcona J, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, Montero Navarro A, et al. Las personas mayores en España. Informe 2016. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas – Alertas y publicaciones [Internet]*. Blogs.xunta.gal; 2017 [acceso 17 abril 2019]. Disponible en: <https://blogs.xunta.gal/publicacions-ps/es/las-personas-mayores-en-espana-informe-2016-datos-estadisticos-estatales-y-por-comunidades-autonomas/>

10. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*.2019;29(1):58-67.
11. Du Mont J, Kosa D, Macdonald S, Elliot S, Yaffe M. Development of skills-based competencies for forensic nurse examiners providing elder abuse care. *BMJ Open*. 2016;6(2):1-8.
12. Noticias de documentos, guías y publicaciones de la SEGG [Internet]. SEGG. [acceso 23 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.segg.es/publicaciones/portada>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*.2009;6(7):1-6.
14. Scimago Journal & Country Rank [Internet]. Scimagojr.com. [acceso 23 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.scimagojr.com/>
15. JCR - Journal Citation Reports (Factor de Impacto) [Internet]. Isciii.es. [acceso 23 mayo 2019]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-biblioteca-nacional-ciencias-salud/fd-buscar-informacion-biblioteca-cs/acceso_a_bases_de_datos/JCR.shtml
16. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gotzsche CP, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit*.2009;1-28.
17. Mella Sousa M, Zamora Navas P, Mella Laborde M, Ballester Alfaro JJ, Uceda Carrascosa P. Niveles de Evidencia Científica y Grados de Recomendación. *Rev S And Traum Ort*.2012;29(1/2):59-72.
18. Beach RS, Carpenter RC, 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*.2016;28(4-5):185-216.
19. Keller E, Santos C, Cusack D, Väli M, Ferrara D, Ludes B, et al. European council of legal medicine (ECLM) guidelines for the examination of suspected elder abuse. *Int J Legal Med*.2019;133(1):317-22.
20. Ruelas-González MG, Pelcastre-Villafuerte BE, Monterrubio-Flores E, Alcalde-Rabanal JE, Ortega-Altamirano DV, Ruano AL, et al. Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older

- Adults for use in primary care settings in Mexico. *Health Soc Care Community*.2017;26(1):102-12.
21. Phelan A, Fealy G, Downes C. Piloting the older adult financial exploitation measure in adult safeguarding services. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;70:[48-54].
 22. Welsh Government. Information and guidance on domestic abuse: Safeguarding older people in Wales.[Internet]* 2016:(1-52).Disponible en: <https://gov.wales/information-and-guidance-domestic-abuse-and-sexual-violence-safeguarding-older-people-60-wales>
 23. Daly JM, Butcher HK. Evidence-Based Practice Guideline: Elder Abuse Prevention. *J Gerontol Nurs*.2018;44(7):21-30.
 24. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*.2018;34(3):438–51.
 25. Friedman SL, Avila S, Liu E, Dixon K, Patch O, Partida R, et al.Using clinical signs of neglect to identify elder neglect cases. *J Elder Abuse Negl*.2017;29:(4):270-87.
 26. Özmete E, Megahead HA. Screening for Elder Abuse Among Turkish Older People: Validity of the Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S “East”). *Res Social Work Prac*.2017;27(3):387-98.
 27. Touza C, Martínez-Arias R, Prado C. Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *Span J Psychol*. 2018;21:1-12.
 28. Goikoetxea Iturregui M, Moro Inchartieta Á, Martínez Rueda N. Validación de un procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.2017;52(6):299-306.
 29. Bulecheck GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed.Madrid:Elsevier; 2013.
 30. Atención primaria, Fisterra: portal de salud para médicos y pacientes [Internet]. *Fisterra.com*. [acceso 13 abril 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/>

7. Anexos:

Anexo I: Tabla de artículos descartados tras lectura de texto completo

REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
<p>1. Burnes D, Rizzo VM, Gorroochurn P, Pollack MH, Lachs MS. Understanding Service Utilization in Cases of Elder Abuse to Inform Best Practices. <i>J Appl Gerontol.</i> 2016;35(10):1036-57.</p>	<p>No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Busca conocer factores asociados a una muestra de víctimas de violencia de género</p>
<p>2. Khanlary Z, Maarefvand M, Biglarian A, Heravi-Karimooi M. The effect of a family-based intervention with a cognitive-behavioral approach on elder abuse. <i>J Elder Abuse Negl.</i> 2016;28(2):114-26.</p>	<p>No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Se trata de una intervención para reducir abuso y maltrato hacia personas mayores</p>
<p>3. Burnes D, Pillemer K, Lachs MS. Elder Abuse Severity: A Critical but Understudied Dimension of Victimization for Clinicians and Researchers. <i>Gerontologist.</i>2017;57(4):745-56.</p>	<p>No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Describe la variación en la severidad del abuso emocional, abuso físico y negligencia de las personas mayores e identifica los factores asociados. Su muestra no se ajusta a nuestros criterios de inclusión</p>
<p>4. Fileborn B. Sexual Assault and Justice for Older Women: A Critical Review of the Literature. <i>Trauma Violence Abuse.</i>2017;18(5):496-507.</p>	<p>No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Revisión crítica de la literatura sobre la agresión sexual de mujeres mayores, incluyendo características específicas, impactos emocionales y físicos y barreras con las que se encuentran para acceder al sistema de justicia</p>
<p>5. Choo WY, Hairi NN, Sooryanarayana R, Yunus RM, Hairi FM, Ismail N, et al. Elder mistreatment in a community dwelling population: the Malaysian Elder Mistreatment Project</p>	<p>No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Tiene por objeto reunir datos y pruebas para estimar la prevalencia e incidencia del maltrato en personas</p>

(MAESTRO) cohort study protocol. BMJ Open.2016;6(5):1-12.	mayores, identificar sus determinantes individuales, familiares y sociales, y cuantificar sus consecuencias para la salud. Su muestra no a ajusta a nuestros criterios de inclusión.
6. Dong X. Elder Abuse in Nursing Homes: How Do We Advance the Field of Elder Justice? Ann Intern Med. 2016;165(4):288-9.	Descartado por criterios de exclusión de este trabajo
7. Mosqueda L, Burnight K, Gironde MW, Moore AA, Robinson J, Olsen B. The Abuse Intervention Model: A Pragmatic Approach to Intervention for Elder Mistreatment. J Am Geriatr Soc. 2016;64(9):1879-83.	No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Se basa en conocer factores de riesgo relacionados con el abuso con el desarrollo del Abuse Intervention Model (AIM)
8. Macielde Sousa RI, Ítalode Macedo B, Dias Castro R, Leite Cavalcantia A, Meira BentoaP,d'Ávilaa S. Facial trauma as physical violence markers against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. Arch Gerontol Geriatr. 2016;67:55-60.	No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. No habla de ninguna intervención para detectar
9. Evans CS, Hunold KM, Rosen T, Platts-Mills TF. Diagnosis of Elder Abuse in U.S. Emergency Departments. J Am Geriatr Soc. 2017;65(1):91-7.	No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Se centra en el número de casos que fueron detectados en el servicio de urgencias de un hospital
10. Wong NZ, Rosen T, Sanchez AM, Bloemen EM, Mennitt KW, Hentel K, et al. Imaging Findings in Elder Abuse: A Role for Radiologists in Detection. Can Assoc Radiol J. 2016;68(1):16-20.	Descartado por no cumplir los criterios inclusión
11. Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database Syst Rev.2016;16(8):1-123.	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo
12. Bows H. Sexual Violence Against Older People: A Review of the Empirical Literature. Trauma Violence Abuse.2018;19(5):567-83.	No responde a los criterios que sigue la pregunta PIO de esta revisión
13. Pickering CE, Ridenour K, Salaysay Z. Best	No responde a la pregunta PIO planteada

Practices for the Identification of Elder Abuse & Neglect in Home Health. Home HealthcNow.2016;34(4):182.	en este trabajo
14. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. JAMA. 2018;320(16):1678-87.	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo
15. Chesterman J. Taking Control: Putting Older People at the Centre of Elder Abuse Response Strategies. Aust Social Work. 2016;69(1):115-24.	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. Documenta medidas, estrategias o programas preventivos y limitaciones de los mismos
16. Namoodri BL, Rosen T, Dayaa JA, Bischof JJ, Ramadan N, Patel MD, et al. Elder Abuse Identification in the Prehospital Setting: An Examination of State Emergency Medical Services Protocols. J Am Geriatr Soc. 2018;66(5):962-8.	No responde la pregunta PIO planteada en este trabajo. Busca conocer qué departamentos de emergencias de EE.UU disponen de un protocolo de intervención contra el maltrato a las personas mayores y los compara entre ellos así como con protocolos de CA
17. Pickering CEZ, Ridenour K, Salaysay Z, Reyes-Gastelum D, Pierce SJ. Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale. Int J NursStud. 2017;69:41-6.	Descartado por trabajar con escenarios a través de una plataforma de realidad virtual. Es decir, con casos y víctimas irreales
18. Kurkurina E, Lange BCL, Lama SD, Burk-Leaver E, Yaffe MJ, Monin JK, et al. Detection of elder abuse: Exploring the potential use of the Elder Abuse Suspicion Index(C) by law enforcement in the field. J Elder Abuse Neglect [Internet]*2018;30(2):[103-126].	No incluye profesionales sanitarios si no funcionarios encargados de las fuerzas de seguridad y orden de la comunidad como jueces y policías
19. Burnes D, Lachs MS. The Case for Individualized Goal Attainment Scaling Measurement in Elder Abuse Interventions. J Appl Gerontol. 2017;36(1):116-22.	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo. En este caso se propone el método GAS como herramienta para evaluar los resultados de una intervención

	que pueda implementarse en el abuso de mayores; sin embargo, no habla de ninguna medida concreta de detección
20. McCarthy L, Campbell S, Penhale B. Elder abuse screening tools: a systematic review. J Adult Prot. 2017;19(6):368-79.	La muestra se establece con personas mayores de 55 años
21. Ries NM, Mansfield E. Elder abuse: The role of general practitioners in community-based screening and multidisciplinary action. Aust J Gen Pract. 2018;47(4):235-8.	El documento no concuerda con los criterios de inclusión de este trabajo
22. Phelan A. The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: current perspectives. Nursing Res Rev.2018;8:15-22.	El documento no concuerda con los criterios de inclusión de este trabajo
23. Curry SJ, US Prevent Serv Task Force. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. JAMA. 2018;320(16):1678-87.	Apenas se centra en el maltrato de personas mayores
24. Gavrilovici O, Alexa ID, Dronic A, Sandu IA, Pancu A, Pîslaru AI. Complementary Multidisciplinary Elder Abuse Service in A Geriatric Clinic. Rev Med ChirSoc Med Nat Iasi.2016;120(4):807-11.	No especifica la edad de la muestra.
25. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE, Middleton JC, Barclay C, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2018;320(16):1688-1701.	No responde a la pregunta PIO planteada en este trabajo

Anexo II: Formulario de evaluación PRISMA.

Título: Identificar la publicación como RS, MA o ambas.	SI
Resumen estructurado:	SI
Introducción	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Justificación:</i> describir lo que se conoce del tema y comentar la necesidad de la RS haciendo referencia a la importancia del problema. • <i>Objetivos:</i> Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con el acrónimo PICOS 	SI
	SI
Métodos	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Protocolo y registro</i> • <i>Criterios de elegibilidad</i> • <i>Fuentes de información</i> • <i>Búsqueda:</i> Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica • <i>Selección de los artículos</i> • <i>Proceso de extracción de datos</i> • <i>Lista de datos</i> • <i>Evaluación riesgo de sesgos</i> • <i>Medidas de resumen</i> • <i>Síntesis de resultados</i> • <i>Riesgo de sesgos entre los estudios</i> • <i>Otros análisis</i> 	NO
	SI
	SI
	NO
	SI
	SI
	NO
	SI
	NO
	SI
	SI
	NO
Resultados	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Selección de estudios</i> • <i>Características de los estudios</i> • <i>Riesgo de sesgo en los estudios</i> • <i>Resultados de los estudios individuales</i> • <i>Síntesis de todos los resultados</i> • <i>Riesgo de sesgo entre los sujetos</i> • <i>Análisis adicionales</i> 	SI
	SI
	SI
	SI
	NO
	NO
	NO
Discusión	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Resumen de la evidencia</i> • <i>Limitaciones</i> • <i>Conclusiones:</i> interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias. 	SI
	SI
	SI
Otra información	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiación:</i> Describe las fuentes de financiación de la RS y otro tipo de apoyos así como el papel de los financiadores en la RS. 	NO

Anexo III: Puntuación evaluación STROBE.

REFERENCIA	Puntuación Strobe
(11).Du Mont J, Kosa D, Macdonald S, Elliot S, Yaffe M	20
(20).Ruelas-González MG, Pelcastre-Villafuerte BE, Monterrubio-Flores E, Alcalde-Rabanal JE, Ortega-Altamirano DV, Ruano AL, et al	20
(21). Phelan A, Fealy G, Downes C	21
(25). Friedman SL, Avila S, Liu E, Dixon K, Patch O, Partida R, et al	19
(26).Özmete E, Megahead HA	21
(27).Touza C, Martínez-Arias R, Prado C	20
(28).Goikoetxea Iturregui M, Moro Inchartieta Á, Martínez Rueda N	21
*Puntuación máxima 22.	

Anexo IV: Niveles de evidencia de los estudios mediante escala Oxford.

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC controlados con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivos	RS con homogeneidad de estudios económicos de nivel 1
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales con un seguimiento mayor de 80% de la cohorte y validados en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudio de cohortes prospectiva con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia; e incluyendo análisis de la sensibilidad
	1c	Eficiencia demostrada por la práctica clínica. Considera cuando algunos pacientes mueren antes de ser evaluados	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes. Series de casos todos o ninguno	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos todos o ninguno	Análisis absoluto en términos de mayor valor o peor valor
B	2a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un EC, con homogeneidad	RS de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad	RS (con homogeneidad de estudios 2b y mejores)	RS (con homogeneidad) de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudio de cohortes individual con seguimiento inferior a 80% (incluye EC de baja calidad)	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un EC, o GPC no validados	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba)	Estudios de cohortes retrospectivos o de seguimiento insuficiente	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia; e incluyendo un análisis de sensibilidad
	2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles, con homogeneidad		RS con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad	RS con homogeneidad de estudios 3b y mejores	RS con homogeneidad de estudios 3b y mejores
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, estimaciones de datos de mala calidad, pero incluyendo análisis de la sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles

C	4	Serie de casos, estudios de cohortes, y de casos y controles de baja calidad	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente	Serie de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica o basado en teoría económica o en "principios fundamentales"

GPC: Guía de práctica clínica. Estudios con homogeneidad: se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.