



TEMA 1-2020:

Abuso en el adulto mayor Abuse in the elderly

Recibido: 31/01/2020

Aceptado: 03/03/2021

¹ Natalia Verónica Medina Correas

² Michelle Pamela Fung Fallas

³ Tatiana Soto Taborda

⁴ Juan Pablo Jiménez Bermúdez

⁵ Yu-Ya Lin Chen

¹ Médico general. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. nvmc25@gmail.com

² Médico general. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. mfungf@gmail.com

³ Médico general. Universidad de Costa Rica. Heredia, Costa Rica. tatysototab@hotmail.com

⁴ Médico residente de Geriátría y Gerontología. Universidad de Costa Rica. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes. San José, Costa Rica. janus530@gmail.com

⁵ Médico residente de Geriátría y Gerontología. Universidad de Costa Rica. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes. San José, Costa Rica. linylin23@gmail.com

Resumen

El abuso en el adulto mayor ha sido identificado como uno de los temas de investigación geriátricos de mayor prioridad en la actualidad, esto debido a la discrepancia significativa que existe entre la prevalencia y la cantidad de casos reportados. Esto da a entender la necesidad que tiene el médico de poseer un entrenamiento básico en cuanto a la detección de casos de maltrato. Para esto, este artículo desea dar a conocer a los profesionales en salud (quienes de alguna manera interactúen con el adulto mayor dentro de su práctica clínica), las definiciones de abuso del adulto mayor, factores de riesgo, sus tipos de abuso, presentaciones clínicas, y abordaje; siendo esta una de las herramientas necesarias para evitar un detrimento en la calidad de vida de los adultos mayores, e inclusive prevenir lo que muchas veces puede llegar a ser fatal.

Abstract

Elder abuse has been identified as one of the most important researches in geriatric topics nowadays, this is due to the outstanding discrepancy that exists between the prevalence of elder abuse and its amount of cases reported. This illustrates the physician's need to have a basic training in the detection of abuse cases. Accordingly, this article wishes to make known to professional health practitioners (whom in some way interact with elder people during its clinical practice) the definitions of elder abuse, risk factors, types of abuse, clinical presentations and management; being these crucial tools that indeed help prevent diminishing the quality of life in elderly patients, and even prevent in some cases fatal consequences.

Palabras clave

Abuso adulto mayor; maltrato adulto mayor; negligencia adulto mayor

Key words

Elder abuse; elder maltreatment; elder neglect

Introducción

El abuso en adultos mayores es un fenómeno de salud pública global y de derechos humanos, que se encuentra constantemente en aumento^(1,2); además, se encuentra presente en la población independientemente del estrato socioeconómico o sociodemográfico⁽²⁾.

A pesar de ser -dentro de los abusos- un campo poco conocido, el abuso en el adulto mayor es prevalente, implica altos costos para las entidades de salud pública, puede llegar a ser fatal y es prevenible^(2,3). Justo por ser prevenible, sin duda alguna se vuelve un reto para el médico su pronta identificación para evitar de esta manera un detrimento en la calidad de vida de dichas personas y prevenir lo que muchas veces puede llegar a ser fatal^(3,4).

Actualmente, las personas adultas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. Este ascenso se puede explicar por dos factores clave: el aumento en la esperanza de vida y la caída en las tasas de fecundidad. Afortunadamente, en esta última década, se ha visto un incremento en las investigaciones en lo que respecta a esta problemática⁽⁵⁾. Un estudio de revisión publicado en "American Psychologist", hizo una recopilación de los motivos más comunes que los adultos mayores mencionan para no exponer su maltrato, algunas de estas son debidas a la vergüenza, otros no creen que exista ayuda disponible para ellos al exponer a su perpetuador, muchos tienen miedo de ser abandonados en centros de cuidado y algunos no reconocen su situación como abusiva y creen ser los responsables de su abuso⁽⁶⁾. Lo cual en parte, explica la enorme discrepancia que existe entre su prevalencia y la cantidad de casos reportados⁽⁶⁾. Esto debería ayudar a concientizar al médico acerca de la necesidad que representa el obtener un entrenamiento básico para la detección de casos de maltrato. Dentro de las estrategias que han emergido, una corresponde al uso de equipos interdisciplinarios o multidisciplinarios, necesarios para poder atender de manera integral el abuso en el adulto mayor y toda su multidimensionalidad⁽⁵⁾.

Metodología

Para la elaboración del presente artículo, se realizó una revisión de referencias bibliográficas en Enero

del 2020, utilizando como bases de datos: PubMed, Clinical Key, Google Scholar, Science Direct y JAMA Network. Se utilizaron los términos "abuso del adulto mayor", "maltrato del adulto mayor" y "negligencia del adulto mayor". La búsqueda se enfocó en la información más actualizada y en los artículos que tuvieran mayor relevancia y vigencia con el contenido a exponer en este trabajo.

Definiciones

La persona adulta mayor es, típicamente definida por la Organización Mundial de la Salud, como la persona mayor o igual a 60 años⁽⁷⁾.

A lo largo del tiempo se han creado distintas definiciones para establecer lo que es el abuso en el adulto mayor; sin embargo, como es de esperar, estas definiciones han venido acompañadas de debates acerca de las acciones que se deben incluir o excluir dentro de la misma. Hasta la fecha no se cuenta con una definición ni legislación globalmente aceptada^(1,5). Según un artículo de revisión publicado en el 2019 por el "Journal of medical ethics and history of medicine", las diferencias culturales y religiosas son las responsables de la ausencia de una definición y legislación generalizada a nivel mundial⁽¹⁾.

A pesar de no existir un consenso en la definición de abuso en el adulto mayor utilizada regularmente por todas las comunidades, sí se han realizado tres populares definiciones, a pesar de entre ellas variar significativamente en los parámetros de abuso y personas que involucra⁽⁶⁾. Desde el año 1995 la Organización Mundial de la Salud estableció que el abuso en el adulto mayor era "agresión al adulto mayor es una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, y la cual produzca daño o angustia a una persona adulta mayor"⁽⁸⁾. Posteriormente en el año 2003 la Academia Nacional de las Ciencias de Estados Unidos, estableció que el maltrato al adulto mayor incluía los siguientes conceptos: "(a) las acciones que fuesen intencionales que causen daño o que produzcan un potencial riesgo de daño (sean o no intencionales) a un adulto mayor vulnerable, por el cuidador o por una persona con la que exista una relación de confianza; (b) el fallo por

parte del cuidador, en satisfacer las necesidades básicas o de proteger al adulto mayor del daño". De acuerdo con estos autores, esta última definición pretende excluir los casos de auto-negligencia y la victimización de los adultos mayores por parte de extraños, ya que esta última iría incluida en conductas criminales⁽⁹⁾.

El abuso en el adulto mayor incluye el abuso físico, sexual, psicológico, económico y la negligencia^(7,8,10). Este grupo etario particularmente vulnerable pueden ser maltratados tanto dentro como fuera de las instituciones; y el perpetrador puede incluir desde profesionales o visitantes, hasta miembros de la familia, amigos, cuidadores y parejas⁽⁷⁾. En una misma víctima de maltrato, es común encontrar múltiples tipos de abuso⁽¹⁰⁾, siendo el abuso psicológico en conjunto con abuso físico la combinación más frecuente^(11,12).

Factores de Riesgo

Dentro de los factores de riesgo se incluye el ser mujer adulta mayor presenta más posibilidades de recibir maltrato que un hombre del mismo rango de edad. Uno de los factores que puede contribuir con esto es la mayor tasa de longevidad en el género femenino^(5,6) o que sea más probable que una mujer denuncie en comparación con un hombre⁽¹³⁾. Dentro de los adultos mayores, los que se encuentran en el rango etario entre los 60-69 años, son más susceptibles que los de otros rangos etarios. Esto se ha intentado explicar debido a que esta edad lo más frecuente es que habiten con su pareja o con hijos adultos, y estos dos pertenecen al grupo más frecuente de abusadores^(5,6). En cuanto a raza, cultura y etnia, no se observaron diferencias significativas entre estas en cuanto a la prevalencia del abuso⁽¹⁴⁾.

Dentro de los factores de riesgo mayores para ser víctima de este maltrato se encuentra el deterioro cognitivo (a medida que este disminuye, todas las formas de abuso aumentan)^(6,15) y el habitar en vivienda compartida (siendo el de tipo psicológico el más importante)^(11,12). Entre otros se puede mencionar el tener ingresos bajos y la falta de apoyo social^(5,6,16).

Epidemiología

A lo largo del siglo XX, la población mundial de adultos mayores presentó un comportamiento creciente

y se cree que el mismo continúe durante el siglo XXI. Objetivamente, a mediados del siglo pasado, la población adulta mayor constituía un 8% de toda la población, 50 años más tarde alcanzaba un 10%, proyectándose a un 21% para el 2050^(10,17,18).

Dentro del grupo de adultos mayores, el subgrupo etario con mayor índice de crecimiento es el de ancianos de 80 años o más, que actualmente compone más de una décima parte de todo el grupo. Se estima que para 2050 constituirá una quinta parte de todos los adultos mayores^(10,17,18).

En Costa Rica, de acuerdo con el censo 2011, un 7.3% de la población tenía 65 años; y se proyecta que para el año 2025 alcance un 11.5% del total de la población^(10,17,18).

Proporcionalmente, la incidencia de maltrato al adulto mayor también se ha visto en aumento. Según la OMS, un promedio de 1 de cada 10 ancianos es víctima de maltrato cada mes. Dicha cifra subestima la prevalencia real, dado que solo se reportan 1 de cada 24 casos de maltrato, lo anterior en relación con el temor a denunciar^(3,19).

Pese a la escasas de datos, se han realizado estimaciones de la prevalencia de los tipos más frecuentes de maltrato en países de ingresos elevados o medios. Según la OMS, las aproximaciones son: maltrato físico: 0.2-4.9%, abuso sexual: 0.04-0.82%, abuso psicológico: 0.7-6.3%, abuso económico: 1.0-9.2% y negligencia: 0.2-5.5%⁽¹⁹⁾.

Desafortunadamente, son limitados los datos que faciliten establecer una prevalencia aproximada de abuso en la población adulta mayor en Costa Rica. Se calcula que la prevalencia de abuso a personas adultas mayores en Estados Unidos habrá aumentado de un 1-10% en 2014 a un 23.5% en el 2060⁽¹¹⁾.

Tipos de agresión

a. Abuso físico

Se define como una acción u omisión que causa dolor o daño en la integridad corporal de una persona. Incluye utilización de fuerza física o coerción contra la víctima^(5,10,17,18).

b. Abuso psicológico

Se refiere a la ejecución de acciones que pretendan mediante agresión verbal, (insultos, amenazas, intimidación, infantilización) humillación, manipulación, aislamiento, burlas, control económico, hostigamiento, forzar un control y bloquear las acciones, la autonomía, comportamientos, creencias y decisiones de una persona mayor. Involucra cualquier acción que perjudique la salud psicológica, el autoestima, el sentido de la eficacia, la autodeterminación y el desarrollo personal del adulto mayor(10,11,17,18).

c. Abuso económico/patrimonial

Son acciones que involucran sustracción, daño parcial o destrucción, pérdida, retención o distracción de objetos, herramientas de trabajo, documentos personales o recursos(17,18).

Dentro de este tipo de abuso se incluye el abuso económico, donde se pone de manifiesto una explotación o el uso inapropiado de los recursos del adulto mayor(11). Además se incluye falsificación de firmas, retención ayudas, venta de propiedades y abuso de los poderes legales otorgados(17,18).

La creciente necesidad de los adultos mayores de requerir apoyo en el manejo de recursos aunado al riesgo de presentar deterioro cognitivo, los predispone a ser víctimas frecuentes de este tipo de abuso(11,12).

Un proceso que describe una posición de poder por parte del agresor, donde este impone su dominancia sobre el adulto mayor, bajo un contexto inicial de una relación de confianza para hacer uso de bienes económicos mediante estrategias como engaño, adulación o insistencia, es conocida como influencia indebida y describe el contexto bajo el que se desarrolla este tipo de abuso(11,12,20).

Las consecuencias de este tipo de abuso incluyen la ausencia de la posibilidad del adulto mayor de ser independiente o de recibir la atención o cuidados requeridos(11).

d. Negligencia

Comportamientos que se inclinan hacia la desatención, el abandono y el descuido de una persona que no se encuentra en todas sus capacidades(10,17,18).

Incluye no brindar condiciones de supervivencia, como alimentación, agua, vestimenta, seguridad, dispositivos de asistencia necesarios para su interacción

con su entorno (anteojos, andaderas, dentaduras, audífonos, entre otros), acceso a los servicios de salud y protección contra el abuso o explotación teniendo las posibilidades de suplirlas(10,17,18).

Características sociodemográficas del abusador

La población adulta mayor corresponde a un grupo etario más susceptible a sufrir violencia debido a la gran dependencia en actividades básicas cotidianas(10,17,18).

En cuanto a elementos asociados al agresor, se incluyen: presencia de sobrecarga física o emocional, padecer trastornos psicopatológicos, uso de sustancias tóxicas, experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa, incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados y sexo masculino(11,12,20).

El perfil del abusador se describe usualmente al esposo o hijo, masculino, alrededor de 35 a 45 años, que vive bajo condiciones estresantes, sin actividad profesional(11,12).

El sujeto primordial responsable del maltrato, es usualmente un familiar del adulto mayor, dificultando la posibilidad de que se lleve a cabo el reporte respectivo, dado el temor presente en las víctimas(12,20).

El abusador más frecuente es la pareja (72,7% varones y 27,3% mujeres), seguido por los hijos/as (25,6%; 70% mujeres y 30% varones), luego personas desconocidas (14%), hermanos (7%) y por último, los vecinos (2,3%)(11,13).

Aproximadamente entre 16% y 38% del total de perpetradores del adulto mayor presentan antecedente de enfermedad mental, en su mayoría con patología psiquiátrica importante(11,20).

Actualmente, existe una tendencia al aumento de sistemas de cuidado diurno y residencias geriátricas, en estos escenarios, suelen incurrir en abuso quienes laboran en servicios de cuidado a los adultos mayores, principalmente personal de salud. Entre las manifestaciones se pueden encontrar agresión verbal, restricciones excesivas, descompensación de patología por mala administración de medicamentos, despersonalización, abuso económico y deshumanización(11,13).

Presentaciones clínicas comunes

Dado que los adultos mayores son altamente susceptibles a sufrir algún tipo de abuso, es importante conocer el cuadro clínico de esta problemática. Las formas de distribución de ciertas lesiones son sugestivas de historia de abuso, ya que son poco frecuentes en traumas accidentales, entre ellas: lesiones ubicadas en axila y cara interna de los brazos, torso posterior, cara interna de los muslos, dorso y planta de los pies, orejas, cuello y zona periorbital; no sobre prominencias óseas(10,11). Como se mencionó anteriormente, existen distintos tipos de abuso al adulto mayor. Cabe destacar que la mayoría de víctimas sufren de múltiples tipos al mismo tiempo(10). Se debe sospechar de abuso en caso de que se presente alguno de los siguientes signos o síntomas:

- **Abuso físico:** contusiones, equimosis, escoriaciones o laceraciones en lugares atípicos, mayores a 5cm; cicatrices en muñeca y tobillo (indican uso de restricciones); quemaduras en patrón de guante/caletín (sugiere inmersión forzada) o con patrón de cigarrillos; marcas de mordidas; lesiones con forma de algún implemento como hebilla del cinturón o punta de los dedos; alopecia traumática o hematomas del cuero cabelludo; hemorragias oftálmicas; fracturas de distinta temporalidad; delirio o problemas de conducta relacionados con demencia(3,5,10,11,21).
- **Abuso verbal o psicológico:** escaso contacto visual; silencio; depresión; ansiedad; aislamiento de la víctima de personas de confianza previa; o bien, presenciar el abuso verbal por parte de acompañantes. Debe ser sospechado cuando el cuidador se niega a dejar al paciente a solas con el personal de salud, cuando habla por el paciente o cuando el paciente expresa miedo u hostilidad en la presencia del mismo(3,5,10,11).
- **Abuso sexual:** sensibilidad o dolor genital; trauma genital, rectal u oral (incluyendo eritema, hematomas, laceraciones); sangrado genital; lesiones en abdomen; dificultad para caminar sin razón clara; evidencia de enfermedad de transmisión sexual

- **Abuso económico:** incapacidad para pagar necesidades; ausencia a citas médicas; no renovar las recetas; empeoramiento inexplicable de problemas médicos crónicos previamente controlados; evidencia de mala toma de decisiones financieras; no pago de facturas de servicios públicos que conducen a la pérdida del servicio; inicio de proceso de desalojo(5).
- **Negligencia:** desnutrición o pérdida de peso; deshidratación; caídas a repetición; úlceras por decúbito; pobre higiene corporal o bucal; ropa sucia o muy desgastada; uñas alargadas; administración inadecuada de medicamentos; delirium o empeoramiento de demencia; el cuidador parece no estar comprometido o no tener conocimiento del cuidado del adulto mayor(3,5,10,11,21).

Manejo

El abuso al adulto mayor es un caso que amerita ser manejado con urgencia, ya que el riesgo de muerte en estos es 3 veces mayor y asocia mayores tasas de hospitalización(11).

En cuanto al manejo, el primer paso es procurar la seguridad del paciente, por lo que si se encuentra en peligro debe hospitalizarse. Si se trata de un paciente sin deterioro cognitivo, el mismo puede aceptar o rechazar la intervención. Si acepta, se debe brindar un contacto de emergencia y referirlo a los servicios pertinentes para seguimiento, así como asignarle una cita de control. Si rechaza, se debe intentar brindar educación y discutir sobre las intervenciones que estaría dispuesto a aceptar. Por otro lado, un paciente con deterioro cognitivo que rechaza la intervención, debe ser referido a un servicio de protección(11).

Además, se debe estabilizar cualquier problema médico, traumático y psicológico agudo, incluyendo sangrado, fractura, deshidratación, anormalidades metabólicas, infecciones y agitación(10).

Identificación de factores de alto riesgo

Se debe buscar la existencia o no de factores de riesgo potenciales y manifestaciones clínicas del abuso geriátrico. Muchos de los pacientes no presentan dichos factores, por lo que siempre se debe tener un alto índice de sospecha al evaluar pacientes adultos mayores(10).

Historia clínica

Si se sospecha de abuso, ya sea por una herramienta de tamizaje o por sospecha clínica, se debe obtener una historia clínica médica y quirúrgica. En la medida de lo posible, se debe entrevistar al paciente y al cuidador por separado con el fin de buscar incongruencias, garantizando siempre privacidad y confidencialidad, cuidando el lenguaje y tono empleados durante la entrevista(5,11).

Se debe prestar atención a historia de lesiones inexplicables, frecuentes o paciente “propenso a accidentes”, retraso entre el inicio de una enfermedad o lesión y la búsqueda de atención médica, visitas recurrentes a centros de salud por lesiones similares, incumplimiento indicaciones del médico, no adherencia al tratamiento, dolor subtratado o sedación extrema, recursos financieros y contexto socioeconómico, estado funcional y cognición del paciente, sensación de depresión o aislamiento(10,11).

Además, se debe observar signos de comportamiento sugestivos de abuso y negligencia, por ejemplo miedo, poco contacto visual, ansiedad, baja autoestima e impotencia. Por otro lado, es importante observar cuidadosamente la interacción paciente/cuidador y recordar que los cuidadores no deben ser utilizados como intérpretes, incluso si no se sospecha que sean abusadores(10,21).

Examen físico

Se debe realizar un examen físico completo incluyendo genitales, centrándose principalmente en lesiones en piel(10,11).

Si el paciente presenta lesiones físicas, se deben plantear preguntas abiertas sobre cómo ocurrieron. Para cada lesión se debe describir su tamaño, ubicación, etapa de curación y si es consistente con el mecanismo informado(10).

Cuando se sospecha abuso sexual, se debe referir al paciente a un servicio de emergencias o de atención primaria, donde un especialista pueda realizar un examen completo de agresión sexual, el cual incluya la recolección de evidencia(10,11).

Imágenes

Ante sospecha de maltrato o negligencia se pueden

realizar imágenes y analizar si los hallazgos son consistentes con el supuesto mecanismo(10).

En radiografías existen hallazgos sugestivos de abuso, como: fracturas de distinta temporalidad, fracturas de alta energía a pesar del mecanismo de baja energía, fracturas de diáfisis cubital distal y hematomas del intestino delgado. Se puede realizar además tomografía computarizada maxilofacial y radiografía de tórax, para evaluar fracturas agudas y crónicas(10).

Se pueden tomar fotografías con el consentimiento del paciente(21).

Laboratorio

Algunos hallazgos pueden aumentar la sospecha de abuso, en especial cuando se presenta más de uno; por ejemplo: anemia, deshidratación, desnutrición, hipotermia, hipertermia y rabdomiólisis. Se puede pedir niveles de drogas ilícitas, niveles de medicamentos(10).

Se recomienda discutir en privado con el paciente cualquier preocupación, asesorarlo en la toma de decisiones en relación a cualquier intervención propuesta y considerar referirlo a trabajo social o reportar la situación ante las autoridades legales, si así lo amerita. Además, se recomienda realizar una vista al hogar. Es por ello que debe mantenerse un enfoque multidisciplinario que incluya médicos, enfermeros, técnicos de imágenes, psicólogos, trabajadores sociales, servicios de protección y profesionales del sistema judicial(3,5,6).

Conclusiones

1. Varios factores han conllevado a un cambio demográfico evidente en la sociedad, con su claro envejecimiento. Sin duda, la población geriátrica está en aumento rápido a nivel mundial, lo cual se asocia a un incremento progresivo de abuso hacia los adultos mayores. La violencia contra el anciano, en comparación a la ejercida contra otros grupos etarios, ha sido contemplada como un fenómeno político y un problema de salud pública, en donde capta cada vez en mayor medida el interés de nuestra sociedad.

2. El reconocimiento de los factores de riesgo en relación con el maltrato al adulto mayor, características de los cuidadores y del entorno, han

sido de gran importancia tanto para su detección temprana como para su abordaje multidisciplinario por ende, el mejorar los conocimientos sobre el abuso y el maltrato en esta población es una prioridad social, y punto clave para su intervención temprana y oportuna.

3. El perfil del adulto mayor agredido suele ser el de una mujer entre los 60 y 69 años con deterioro cognitivo, que comparte vivienda con otros familiares y que asocia bajos ingresos o una red de apoyo social paupérrima; tomando en cuenta estas características es de vital importancia para el personal de salud prestar atención a quien las reúna, ya que puede permitir, prevenir o detectar tempranamente el abuso dentro de esta población.

4. Una vez identificado algún tipo de violencia en el adulto mayor, se vuelve necesaria la ampliación de la búsqueda de otros tipos de violencia puesto que las víctimas suelen sufrir múltiples tipos de abuso al mismo tiempo, esto incluye desde contusiones en lugares atípicos hasta comportamientos como escaso contacto visual, aislamiento de la víctima de personas de confianza previa, trauma genital, incapacidad para pagar necesidades o úlceras por decúbito.

5. La historia clínica y el tamizaje son fundamentales para la sospecha de abuso en la población adulta mayor, ya que muchas veces por las múltiples morbilidades presentes en este grupo etario (osteoporosis, fragilidad, polifarmacia, entre otras patologías) se suelen atribuir hallazgos sugestivos de agresión a consecuencias de enfermedades crónicas. La rápida identificación y adecuada intervención son necesarias para detener el abuso y mantener la calidad de vida de los adultos mayores.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no existió conflicto de interés en el presente reporte.

Bibliografía

1. Saghafi A Bahramnezhad F Poormollamirza A Dadgari A Navab E. *Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review*. J Med Ethics Hist Med. 2019;12(7):1–18.
2. Dong XQ. Elder abuse: *Systematic review and implications for practice*. J Am Geriatr Soc. 2015;63(6):1214–1238.
3. Mercier É Nadeau A Brousseau AA et al. *Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review*. Ann Emerg Med. 2020;75(2):181–191. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.011>
4. Cano M Garzón A Segura DC. *Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia*. Rev Fac Nac Salud Pública. 2015;33(1):67–74.
5. Lachs MS Pillemer KA. *Elder abuse*. N Engl J Med. 2015;373(20):1947–1956.
6. Roberto KA. *The complexities of elder abuse*. Am Psychol. 2016;71(4):302–311.
7. Sethi D Wood S Mitis F et al. *European report on preventing elder maltreatment*. World Health Organization. 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. *A Global Response to Elder Abuse and Neglect*. World Health Organization. 2008;41.
9. National Research Council. *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. 2003. 303–338.
10. 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):435–451. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>
11. Montero G Vega J Hernández G. *Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor*. Med Leg Costa Rica. 2017;34(1):120–130.
12. Van Den Bruele AB Dimachk M Crandall M. *Elder Abuse*. Clin Geriatr Med. 2019;35(1):103–113. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>.
13. Pérez-Rojo G Izal M Montorio I Regato P Espinosa JM. *Prevalence of elder abuse in Spanish dwe-*

14. Hernandez-Tejada M Amstadter A Muzzy W Acierno R. *The National Elder Mistreatment Study: Race and Ethnicity Findings*. J Elder Abus Negl. 2013;25(4):281–293.
15. Dong X Simon M Rajan K Evans DA. *Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population*. Dement Geriatr Cogn Disord. 2011;32(3):209–215.
16. Amstadter AB Cisler JM McCauley JL Hernandez MA Muzzy W Acierno R. *Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? results from the national elder mistreatment study*. J Elder Abus Negl. 2011;23(1):43–57.
17. Guillén Villegas R. *Abusos y malos tratos hacia personas adultas mayores : Organización institucional de su atención*. Universidad de Costa Rica. 2013.
18. Krug EG Dahlberg LL Mercy JA Zwi AB. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. 2003;(588).
19. OMS. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Catálogo OMS. 2015.
20. Storey JE. *Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature*. Aggress Violent Behav. 2019;50. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>.
21. Danesh MJ Chang ALS. *The role of the dermatologist in detecting elder abuse and neglect*. J Am Acad Dermatol. 2015;73(2):285–293. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.04.006>