



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Módulo 2

**Screening de maus-
tratos a pessoas idosas**



Objetivos:

Os objetivos deste módulo são aumentar:

- ▶ O conhecimento sobre screening de maus-tratos a idosos;
- ▶ A compreensão sobre a complexidade do screening;
- ▶ A compreensão dos motivos que levam a conduzir screening;
- ▶ O conhecimento sobre as ferramentas de screening usadas em diferentes contextos.

Resultados de aprendizagem



- ▶ Definir os conceitos, termos e objetivos do screening;
- ▶ Compreender o amplo conjunto de critérios científicos estabelecidos para o screening;
- ▶ Compreender os requisitos mínimos para fazer perguntas sobre violência;
- ▶ Usar as perguntas de screening de forma natural ao interagir com pessoas mais velhas;
- ▶ Entender o screening como um processo.

O que é o Screening?

- ❓ Termo da área da saúde pública.
- ❓ Método utilizado para identificar condições e doenças de elevada mortalidade (ex: cancro).
- ❓ Foco na identificação precoce de uma condição (ou de risco) para potenciar uma intervenção precoce (Phelan, 2012).
- ❓ O screening é dirigido a pessoas sem sintomas.
- ❓ O screening não é um diagnóstico! → é uma técnica sistemática para levantar suspeitas e organizar o encaminhamento de casos.

Definição de screening (saúde pública)

- ❓ *“a identificação de uma presunção de insuficiência ou doença não conhecida pela aplicação de testes, exames ou outros procedimentos que podem ser aplicados rapidamente” (Wilson & Jungner, 1968)*

- ❓ Permite:
 - Distinguir pessoas com elevada probabilidade de doença de pessoas com baixa probabilidade
 - Encaminhamento de casos positivos

Definição de screening (na área da violência)

- ❓ “Avaliação do dano atual ou risco de dano proveniente de violência familiar ou em relações de intimidade em pessoas assintomáticas” (Perel-Levin, 2008)

- ❓ Potencia:
 - A iniciação de uma conversa sobre violência
 - A inclusão do procedimento no processo normal de uma interação entre o cliente e o profissional
 - A intervenção – por si só, pode ser uma forma de intervenção (Spangaro et al., 2009)

- ❖ Não se destina a indivíduos com sinais óbvios de violência – não é um método de diagnóstico

Crítérios da saúde pública para o screening

- | | |
|---|---|
| ❓ A condição deve ser um problema de saúde importante, bem compreendido e com um fator de risco ou indicador conhecido | |
| ❓ O teste deve ser simples, seguro e validado | ? |
| ❓ O teste de screening deve ser aceitável para a população | ? |
| ❓ Devem estar disponíveis intervenções eficazes para dar acompanhamento aos casos identificados | ? |
| ❓ Deve haver evidências provenientes de ensaios clínicos de que o programa de screening reduz a mortalidade ou morbidade e é economicamente viável | ✘ |
| ❓ Há profissionais/recursos humanos com qualificações adequados e disponíveis para a implementação | ? |
| ❓ Deve haver evidências de que o programa completo (desde o teste até à intervenção) é “clínica, social e eticamente aceitável para os profissionais de saúde e para o público” | ✘ |

Tipos de screening

- ❓ **Screening oportunista** – ou screening em massa; avaliação de todas as pessoas ou de pessoas de um grande grupo demográfico num determinado serviço;
- ❓ **Screening seletivo** – inclusão é definida por critérios de risco;
- ❓ **Screening multifásico** – avaliação de várias condições simultaneamente;
- ❓ **Vigilância** – tecnicamente não é screening; avaliação de uma amostra aleatória, geralmente anónima, para conhecer a incidência ou os fatores de risco associados a uma condição.

Screening vs. Inquérito de rotina

- ❓ Os maus-tratos não preenchem todos os requisitos de um programa de screening de acordo com as normas da saúde pública (Perel-Levin, 2008; Dong, 2015);
- ❓ Por vezes, adota-se o termo “inquérito de rotina” para referir o questionamento sobre a violência sem ter um programa de screening como base (WHO, 2013);
- ❓ O inquérito de rotina pode ser feito com os mesmos objetivos do screening e seguindo os mesmos princípios gerais;
- ❓ Um instrumento de screening pode também ser utilizado para fazer inquérito de rotina.

Porquê fazer screening de maus-tratos a pessoas idosas?

- ❖ **Promoção do bem-estar e prevenção de impactos adversos na saúde**
 - ❑ Maior risco de mortalidade (Lachs M. S. et al, 2018; Mouton C.P, 2003; Dong XinQi et al. 2009; Dong X.Q. et al 2011; Schofield M.J. et al, 2013)
 - ❑ Maior probabilidade de incapacidade (Cooper C. et al 2006; Schofield M.J. et al. 2013)
 - ❑ Maior risco de hospitalização (Dong & Simon, 2013)
 - ❑ Maior risco de institucionalização (Lachs et al. 2002)
 - ❑ Maior frequência de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio (Barron, 2007; Lazenbatt A. et al. 2010; Olofsson et al. 2012)
 - ❑ Maior frequência de dor crónica, problemas pulmonares, ósseos ou articulares, síndrome metabólica, sintomas gastrointestinais e stress, depressão ou ansiedade (Bitondo-Dyer C. et al. 2000; Fisher & Regan, 2006; Lazenbatt et al., 2010; Fisher et al., 2010; Fisher et al. al., 2011; Dong et al. 2013)
 - ❑ Maior frequência de lesões traumáticas óbvias e dor, por exemplo, lesões dentárias, do pescoço e crânio e lesões cerebrais (Murphy et al., 2013).

O processo de screening - função

Orientar os profissionais através de um processo de questionamento e observação padronizado e garantir que os sinais de maus-tratos não passam despercebidos

O processo de screening - etapas

- ❓ Identificar a população a quem vai ser aplicado o screening com base na melhor evidência
- ❓ Convidar à participação, fornecendo informações adequadas e adaptadas a diferentes grupos para permitir uma escolha informada
- ❓ Conduzir o(s) teste(s) de screening usando os métodos acordados
- ❓ Encaminhar todos os resultados positivos para os serviços apropriados e garantir que os resultados negativos serão comunicados aos indivíduos
- ❓ Intervenção, tratamento e acompanhamento: intervir ou tratar os casos de forma adequada. Em algumas situações, a vigilância ou acompanhamento poderão ser necessários.
- ❓ Comunicação de resultados: recolha, análise e comunique as conclusões dos encaminhamentos para identificar falsos-negativos e melhorar a eficácia e viabilidade do programa de screening.

O processo de screening – etapas (resumido)

1. Consentimento informado
2. Instrumento de screening
3. Encaminhar resultados positivos
 1. Avaliação detalhada
 2. Intervenção
4. Repetir (manter casos sobre vigilância)

O instrumento de screening

- ❓ O instrumento é apenas parte do processo de screening
- ❓ É um conjunto de questões cientificamente validadas e com uma determinada probabilidade de identificar maus-tratos
- ❓ Vários tipos de instrumentos de screening (Cohen, 2011):
 - Instrumentos de questionamento direto
 - Sinais de maus-tratos
 - Indicadores de risco de maus-tratos

O instrumento de screening

- ? Lista de Instrumentos de screening e análise das suas características:
- ? www.projectsave.eu
- ? Documentos > Relatório completo

- ? Presente projeto:
 - Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)
 - Elder Abuse Suspicion Index (EASI)



Análise de instrumentos de screening

- ❖ **H-S/EAST - Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test** (Neale et al., 1991)
 - 15 Itens
 - Desenvolvido para ser aplicado por profissionais de saúde
 - Já aplicado em múltiplos contextos, por múltiplos profissionais

- ❖ **EASI - Elder Abuse Suspicion Index** (Yaffe et al. 2008)
 - 6 itens
 - Desenvolvido para aplicação em contexto de saúde
 - Várias adaptações para outros contextos

A eficácia dos instrumentos

- ❓ Nenhum estudo em Portugal a avaliar a eficácia de instrumentos
- ❓ **Falso-positivo** – teste positivo quando a condição não está presente
 - Sensibilidade – taxa de verdadeiros positivos
- ❓ **Falso-negativo** – teste negativo quando a condição está presente
 - Especificidade – taxa de verdadeiros negativos

H-S/EAST*

- ▶ Sensibilidade -> 0,643
- ▶ Especificidade -> 0,907

EASI*

- ▶ Sensibilidade -> 0,47
- ▶ Especificidade -> 0,75

*Valores de estudos internacionais

A eficácia dos instrumentos - exemplo

? Resultados esperados da H-S/EAST aplicada a 100 pessoas

		Resultado do teste	
		+	-
Presença de Maus-tratos	+	$0,643 \times 15,7 =$ 10,1	5,6
	-	7,8	$0,907 \times 84,3 =$ 76,5

Assumindo:
Prevalência de 15,7%
(Yon et al., 2017)

Sensibilidade de 0,643
Especificidade de 0,907
(Neale et al., 1991)

A eficácia dos instrumentos - exemplo

? Resultados esperados da EASI aplicada a 100 pessoas

		Resultado do teste	
		+	-
Presença de Maus-tratos	+	$0,47 \times 15,7 =$ 7,4	8,3
	-	21,1	$0,75 \times 84,3 =$ 63,2

Assumindo:
Prevalência de 15,7%
(Yon et al., 2017)

Sensibilidade de 0,47
Especificidade de 0,75
(Yaffe et al., 2008)

Requisitos mínimos para a utilização de screening

❓ Requisitos de comunicação:

- Forma segura, respeitosa, sensível, tomando a iniciativa e usando linguagem não ameaçadora
- Promovendo o desenvolvimento de uma boa relação de comunicação entre o profissional e a pessoa entrevistada
- Adotando uma atitude empática e sem julgamento
- Introduzindo o tema de forma suave e não ameaçadora:
“Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre eventos que podem acontecer na vida de pessoas idosas.”

Requisitos mínimos para a utilização de screening

❓ Requisitos técnicos:

- usar um instrumento de screening
- conhecer os aspetos fenomenológicos dos maus-tratos a pessoas idosas, as dinâmicas subjacentes, estratégias de apoio, avaliação de risco e planeamento de segurança

Requisitos mínimos para a utilização de screening

❓ Requisitos práticos:

- diretrizes escritas sobre como usar um determinado instrumento de screening
- diretrizes escritas sobre o que fazer após o processo de screening
- práticas acordada no próprio local de trabalho
- modelos de trabalho multiprofissional e multi-agência
- possibilidades de apoio e consultoria para os profissionais
- Supervisão eficaz da equipa de trabalho

Complexidades de um processo de screening

- ❓ Os instrumentos não são “perfeitos”
- ❓ Influência do contexto
- ❓ As muitas formas “escondidas” de maus-tratos
- ❓ A influência de mudanças biológicas, psicológicas e sociais no processo de screening
- ❓ A influência de mudanças biológicas, psicológicas e sociais nos resultados do screening
- ❓ As características do instrumento
 - Contexto para que foi desenhado
 - Definição de maus-tratos adotada
 - Tipos de maus-tratos avaliados

Benefícios do screening

- ❑ Identificação de casos
- ❑ Taxas de deteção superiores aos estudos epidemiológicos – mas inclui falsos-positivos (Yaffe, 2008; Cohen et al., 2007)
- ❑ Oferece um processo sistemático para observar e documentar casos numa fase inicial
- ❑ Aumentar a consciencialização de profissionais para os maus-tratos
- ❑ Aumentar a consciencialização das pessoas idosas para os maus-tratos
- ❑ A sua utilização pode, por si só, ajudar na prevenção (Spangaro et al., 2009)

Limitações do screening

- ❓ O screening não é 100% fiável
- ❓ Possíveis efeitos adversos do screening – incluindo vingança por revelar os maus-tratos, sofrimento psicológico, desorganização familiar e risco de institucionalização das pessoas mais velhas (MacMillan et al. 2009).
- ❓ Sofrimento causado por resultados falsos-positivos
- ❓ A perda de confiança nos serviços (Cimino-Fiallos & Rosen, 2021).
- ❓ Só é eficaz se houver meios para dar resposta aos casos positivos
- ❓ Na maior parte das vezes, o screening não é aplicável em casos de défice cognitivo

thanks!

Ideias a reter

- ❓ O screening é um processo complexo que visa a sinalização de potenciais casos de maus-tratos
- ❓ Existe um número alargado de instrumentos de screening, cada qual com as suas potencialidades e limitações
- ❓ O processo de screening tem benefícios e limitações
- ❓ **Screening não é diagnóstico!**

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein

REFERÊNCIAS

1. 1800RESPECT. National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counselling Service. [Understanding screening | 1800RESPECT](#)
2. Ballard, S. A., Yaffe, M. J., August, L., Cetin-Sahin, D., & Wilchesky, M. (2019). Adapting the elder abuse suspicion index© for use in long-term care: A mixed-methods Approach. *Journal of Applied Gerontology*, 38(10), 1472–1491. <https://doi.org/10.1177/0733464817732443>
3. Barron J. (2007). Older women and domestic violence, An Overview. Women's Aid; https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/DAME_Project_Final_Report_August_2012.pdf
4. Brijnath, B., Gahan, L., Gaffy, E., & Dow, B. (2020). “Build rapport, otherwise no screening tools in the world are going to help”: frontline service providers’ views on current screening tools for elder abuse. *The Gerontologist*, 60(3), 472–482.
5. Cimino-Fiallos, N & Rosen, T. (2021). Elder Abuse—A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America* 39; 405–417. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2021.01.009>.

REFERÊNCIAS

6. Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 660-685.
7. Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1224-1230.
8. Cohen, M. (2011). CLINICAL REVIEWS-Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM-Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261.
9. Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 243-249.
10. Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G. I., & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: a cross national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(6), 489-497.

REFERÊNCIAS

11. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
12. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E and Verté D (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Vol. 191: 1483 – 1488.
13. Department of Health, (2005), *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. London
14. Dong, X., Simon, M., De Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., ... & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526.
15. Dong, X. Q., Simon, M. A., Beck, T. T., Farran, C., McCann, J. J., De Leon, C. M., ... & Evans, D. A. (2011). Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
16. Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA internal medicine*, 173(10), 911-917.

REFERÊNCIAS

17. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy—A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
18. Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, N. A., & Lafferty, A. (2013). Abuse of older people with dementia: A review.
19. Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
20. European Commission (2008). Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. [imp_report_2008_04_30_d \(europa.eu\)](#).
21. Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., ... & Jonas, D. E. (2018). 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*, 320(16), 1688-1701.

REFERÊNCIAS

22. Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
23. Fisher, B. S., Zink, T., & Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 254-268.
24. Gibbs, L. M. (2014). Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in geriatric medicine*, 30(4), 687-712.
25. Hoover, R. M., & Polson, M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460.
26. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432.
27. Lazenbatt A, Devaney J and Gildea A (2010). Older women's lifelong experience of domestic violence in Northern Ireland. Queen's University Belfast. <https://www.womensaidni.org/assets/uploads/2012/04/older-women-and-domestic-violence-in-northern-ireland-executive-summary.pdf>;

REFERÊNCIAS

28. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
29. MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L. A., Worster, A., ... & Webb, M. (2006). McMaster Violence Against Women Research Group: Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536.
30. Ministry of Social Affairs and Health, (2014), Screenings in Finland 2014. The present state of health care screenings and future prospects.[URN ISBN 978-952-00-3534-1.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](#)
31. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
32. [Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A., & Chan, A. \(2013\). A literature review of findings in physical elder abuse. Canadian Association of Radiologists Journal, 64\(1\), 10-14.](#)
33. National Center on Elder Abuse, Research to Practice: Elder Abuse Screening Tools for Healthcare Professionals, 2016.

REFERÊNCIAS

34. National Institute of Justice (2000). Elder Justice Roundtable: Medical Forensic Issues Concerning Abuse and Neglect October 18, 2000. U.S. Department of Justice
35. Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST).
36. Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force recommendation.
37. Olofsson, N., Lindqvist, K., & Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. *Public health*, 126(4), 358–364.
38. Perel-Levin, S., & World Health Organization. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin.
39. Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International emergency nursing*, 20(4), 214–220.

REFERÊNCIAS

40. Pickering C., (2014), Indicators of elder abuse among older patients Webinar. Michigan State University, College of nursing
41. Pickering, C. E., Ridenour, K., & Salaysay, Z. (2016). Best practices for the identification of elder abuse and neglect in home health. *Home healthcare now*, 34(4), 182-188.
42. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.
43. Rosen, T., Hargarten, S., Flomenbaum, N. E., & Platts-Mills, T. F. (2016). Identifying elder abuse in the emergency department: toward a multidisciplinary team-based approach. *Annals of emergency medicine*, 68(3), 378-382.
44. Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36.
45. Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.

REFERÊNCIAS

46. Schofield, M. J., Powers, J. R., & Loxton, D. (2013). Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 679-685.
47. Schofield, M. J. (2017). Screening for elder abuse: tools and effectiveness. In *Elder abuse* (pp. 161-199). Springer, Cham.
48. Spangaro, J., Zwi, A. B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(1), 55-68.
49. Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., ... & Feder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Bmj*, 327(7416), 673-676.
50. The United States Preventive Services Task Force, (2018). Final Recommendation Statement. [Recommendation: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org).

REFERÊNCIAS

51. UK National Screening Committee (2013) criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. [Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#)
52. Van Royen, K., Van Royen, P., De Donder, L., & Gobbens, R. J. (2020). Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1793.
53. World Health Organization (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines
54. WHO Regional Office for Europe (2020), Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen. [9789289054782-eng.pdf \(who.int\)](#)
55. Wiglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L., & Mosqueda, L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1191-1196.

REFERÊNCIAS

56. Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization. (1968). Principles and practice of screening for disease.
57. Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
58. Yaffe, M. J., Weiss, D., & Lithwick, M. (2012). Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(4), 277-292.