

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

ACTUALIZACIÓN  
2013

## Detección y Manejo del **MALTRATO** en el Adulto Mayor

### EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-057-08**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright CENETEC “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica **Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

Actualización **total**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

ISBN: 978-607-7790-98-3

CIE-10: T74.0 Negligencia o Abandono  
 T 74 X Síndrome del Maltrato  
 GPC: Detección y Manejo del Maltrato en los Adultos Mayores  
 en Primer Nivel de Atención

**COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2009**

**Coordinadores:**

Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Médica Pediatra Neonatóloga	IMSS	Coordinadora de Programas Médicos de la División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
---------------------------------------	-----------------------------	------	--

**Autores :**

Dr. José Antonio Espíndola Lira	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGR 72 Tlalnepantla Delegación Estado de México.
Dr. Juan Flores Montes de Oca	Médico familiar y Gerontólogo	IMSS	Adscrito a la UMF 140 Delegación DF Sur
Lic. Lucía Hernández Amezcua.	Especialista en Nutrición Clínica	IMSS	Adscrita al Servicio de Nutrición de la UMF/UMAA 161. Delegación DF Sur
Dra. Ana Hortensia López Ramírez	Medica familiar	IMSS	Adscrita a la UMF 1 Delegación Aguascalientes

**Validación interna:**

Dra. Natividad Hernández Laynes	Medica familiar	IMSS	Adscrito a la UMF 13 Delegación Distrito Federal Norte.
Dra. Patricia Martínez Guillen	Medica Internista y Geriatra	IMSS	Adscrita al Servicio de Medicina Interna del HGR 72 Tlalnepantla Delegación Estado de México.
Dr. Pablo Romero Garibay	Médico familiar	IMSS	Adscrito a la UMF 9 Acapulco Guerrero.
Dr. Oscar Rosas Carrasco	Médico Internista y Geriatra	INCMNSZ	Adscrito al departamento de Geriatría del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de Salud
Dra. Sara Aguilar Navarro	Medica Internista y Geriatra	INCMNSZ	Adscrito al departamento de Geriatría del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de Salud

**Validación externa:**

Dra. María de Lourdes García Fonseca	Médica Psiquiatra		Academia Mexicana de Medicina
Dr. Oscar Ugalde Hernández	Médico Psiquiatra y Geriatra		Academia Mexicana de Medicina

**CIE-<9 o 10>: T74.0 Negligencia o Abandono  
T74.8 Síndrome de Maltrato en el Adulto  
(NCOP en el Adulto Mayor)  
GPC: Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor**

**COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2013**

**Coordinadores:**

Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF.	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
---------------------------------	------------------------------	------	---	---

**Autores :**

Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF.	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Dr. Antonio Kobayashi Gutiérrez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Medico de Base adscrito al Servicio de Geriatría. UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente. Hospital de Especialidades. Guadalajara, Jalisco	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Dr. Alejandro Zavala Calderón	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Medico de Base adscrito al Servicio de Geriatría. UMAE, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Hospital de Oncología. México, D.F.	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Dra. Nubia Franco Alvarez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Medico de Base adscrito al Servicio de Geriatría. UMAE, Hospital de Especialidades. Veracruz, Veracruz.	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Dra. Laura Angélica Bazaldúa Merino	Médico Geriatra /Master en Gerontología Social	IMSS	Directora del Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM). Médico Adscrito al Centro Nacional Modelo de Atención Capacitación e Investigación Gerontológica "VGT" Sistema Nacional DIF.	Miembro Consejo Mexicano de Geriatría.
Lic. Mayra Norma Jimenez Ramirez	Trabajadora Social/Psicóloga	IMSS	Trabajadora Social adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 37. Distrito Federal Norte.	
Lic. Esther Tavera Palacios.	Trabajadora Social/Gerontóloga	IMSS	Jefe de Trabajo Social en Unidad de Medicina Familiar 16 Distrito Federal Norte.	Miembro de la Asociación de Geriatría y Gerontología de México A.C.

## ÍNDICE

<b>COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2013</b> .....	<b>4</b>
<b>1. CLASIFICACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. PREGUNTAS A RESPONDER</b> .....	<b>7</b>
<b>3. ASPECTOS GENERALES</b> .....	<b>8</b>
3.1 JUSTIFICACIÓN .....	8
3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2009 AL 2013 .....	9
3.3 OBJETIVO .....	10
3.4 DEFINICIÓN .....	11
<b>4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>12</b>
.....	13
4.1 TIPOS DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR .....	13
4.2 FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO DEL ADULTO MAYOR .....	15
4.3 DETECCIÓN INICIAL DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR .....	16
4.4 SIGNOS DE ALARMA Y MANIFESTACIONES INDIRECTAS DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR.....	19
4.5 MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD (VIEJISMO) .....	25
4.6 PRINCIPIOS GENERALES PARA EL MANEJO DE UN CASO DE SOSPECHA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR.....	29
4.7 MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL ADULTO MALTRATADO .....	31
4.8 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL .....	34
4.8.1 INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO Y ADULTO MAYOR MALTRATADO .....	34
4.8.2 PROCEDIMIENTO MÉDICO LEGAL EN CASO DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN UNIDADES MÉDICAS HOSPITALARIAS .....	39
<b>5. ANEXOS</b> .....	<b>41</b>
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA .....	41
5.1.1 PRIMERA ETAPA .....	41
5.1.2 SEGUNDA ETAPA .....	42
5.1.3 TERCERA ETAPA .....	42
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN .....	43
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA .....	44
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO .....	52
ALGORITMO 1. DETECCIÓN Y MANEJO DEL MALTRATO.....	52
<b>6. GLOSARIO</b> .....	<b>53</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>58</b>
<b>8. AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>61</b>
<b>9. COMITÉ ACADÉMICO</b> .....	<b>62</b>
<b>10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR</b> .....	<b>64</b>
<b>11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA</b> .....	<b>65</b>

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-057-08	
Profesionales de la salud	Médico Internista, Médico Geriatra, Trabajadora social.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: T74.8 Síndrome de Maltrato en el Adulto. No Clasificada en Otra Parte (NCOP) en el Adulto Mayor. T74.0 Negligencia o Abandono.
Categoría de GPC	Primer, segundo y tercer nivel.
Usuarios potenciales	Médico Geriatra, Internista, Familiar, General, Urgenciólogo, Gerontólogo, Trabajador Social, Enfermera, Nutricionista.
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Hombres y mujeres mayores de 60 años
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Intervención Médico-social Exámenes de análisis clínicos séricos y urinarios
Impacto esperado en salud	Disminuir el número de adultos mayores que sufren de maltrato. Implementar medidas para evitar el maltrato al adulto mayor. Referencia oportuna y efectiva del adulto mayor que está siendo maltratado a las instancias correspondientes. Mejorar la calidad de la atención. Impactar favorablemente en el pronóstico y calidad de vida del adulto mayor y de su cuidador.
Metodología <sup>1</sup>	<b>Elaboración</b> de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> <b>Protocolo sistematizado de búsqueda:</b> Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. <b>Número de fuentes documentales utilizadas: 40</b> Guías seleccionadas: 0 Revisiones sistemáticas: 2 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 38
Método de validación:	<b>Validación por pares clínicos</b> <b>Validación del protocolo de búsqueda:</b> División de Excelencia Clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. IMSS <b>Validación de la guía:</b> Instituto Mexicano del Seguro Social <b>Validación interna:</b> Instituto Mexicano del Seguro Social <b>Revisión institucional:</b> Instituto Mexicano del Seguro Social <b>Validación externa:</b> Academia Nacional de Medicina <b>Verificación final:</b> Academia Nacional de Medicina
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	IMSS-057-08
Actualización	Fecha de autorización 2008: Fecha de actualización: 3 octubre 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [www.cenetec.gob.mx](http://www.cenetec.gob.mx)

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

### Preguntas de la Versión 2009:

1. ¿Qué antecedentes y situación actual hacen sospechar que un adulto mayor está siendo objeto de maltrato?
2. ¿Cuáles son los tipos de abuso a los que está expuesto el adulto mayor?
3. ¿Qué instrumentos de evaluación existen para confirmar que el adulto mayor está siendo maltratado?
4. ¿Qué medidas se deben tomar cuando se sospecha de maltrato en el adulto mayor?
5. ¿Qué medidas se deben tomar cuando se confirma que el adulto mayor está siendo maltratado?

### Preguntas incluidas en la Actualización 2013:

1. ¿Cuál es la epidemiología del maltrato en el adulto mayor?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para que el adulto mayor sufra maltrato?
3. ¿Cuáles son las características del cuidador y los factores de riesgo para que se presente maltrato al adulto mayor?
4. ¿Cuáles son las preguntas de escrutinio que orientan a maltrato en el adulto mayor?
5. ¿Cuál es la presentación clínica o manifestaciones inespecíficas del abuso en el adulto mayor?
6. ¿Cómo se realiza la valoración emocional del cuidador con el fin de identificar las causas del maltrato?
7. ¿Qué acciones se deben llevar a cabo en caso de sospecha de maltrato en el adulto mayor?
8. ¿Qué intervenciones se deben tomar cuando se confirma el maltrato en el adulto mayor?
9. ¿Cuál es el rol de los integrantes del equipo interdisciplinario ante el adulto mayor maltratado?
10. ¿Cómo se realiza la intervención medico social en caso de abuso o maltrato del adulto mayor?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias y las comunidades. De este contexto se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los grupos en condición de vulnerabilidad en función del género, la edad, la condición física o mental u otros factores, que se manifiestan cotidianamente (SSA, 2005).

El maltrato de las personas mayores es un problema mundial que afecta la salud y los Derechos Humanos de millones de adultos mayores. Como tal merece la atención de la comunidad internacional. El maltrato es la acción única o repetida, o una falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una interacción de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana (OMS, 2002).

El maltrato en el adulto mayor es un problema social que fue reconocido hace pocos años, y no por que no existiera, sino porque siempre ha sido un problema “oculto” o poco reconocido, debido a múltiples causas. Entre alguna de ellas encontramos que los adultos mayores no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección ya que en la mayoría de los casos ellos son quienes realizan el maltrato. (Fernández, 2002). Además, no existe un marco legal nacional que responda ante situaciones de maltrato en este grupo poblacional.

En el futuro cercano la población de adultos mayores se incrementará y el problema del maltrato crecerá a la par si no se genera una cultura que lo detecte y atienda. En encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá, y Reino Unido, se reportó que entre el 3 y 6% de las personas mayores de 65 años son víctimas del maltrato físico, psicológico, o abandono en forma continua. Lamentablemente, estas estadísticas son subestimadas e inexactas, ya que por cada caso de maltrato al adulto mayor que se informa a las autoridades, hay hasta 5 casos que no son reportados, debido a que la víctima lo oculta o minimiza el problema (Sellas, 2013). Los datos estadísticos en la actualidad no reflejan la realidad del maltrato en el adulto mayor, por lo que es prioritario identificarlo para conocer su verdadera magnitud y entonces poder prevenirlo y atenderlo de forma eficaz.

En nuestro país el maltrato es más frecuente en las mujeres y el maltratador regularmente es algún miembro de la familia (Fernández, 2002, Barrón-Cabrera, 2008). En el año 2006 se realizó una encuesta a personas adultas mayores de la Ciudad de México, la cual reportó que 16.7% de los adultos mayores sufren algún tipo de maltrato, siendo el maltrato psicológico el más común con 12.2%, seguido del maltrato económico 3.9%, maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5% y abuso sexual 0.9% (Giraldo-Rodriguez, 2006).

Las formas de definir, detectar y resolver el maltrato de los ancianos tienen que enmarcarse en el contexto cultural y considerarse junto con los factores de riesgo que tiene una cultura específica. (Barrón-Cabrera, 2008). Los adultos mayores maltratados tienen una tasa de mortalidad más alta y una esperanza de vida menor que los ancianos que no son objeto de maltrato (Dong X, 2009), además los costos derivados del maltrato son mayores, incluye los secundarios a la atención médica, los servicios sociales, los costos legales, los de investigación, entre otros.

Los profesionales de la salud tienen un papel importante en el reconocimiento de este problema, sin embargo, están poco sensibilizados y capacitados para identificar a un adulto mayor maltratado, se cree que es inherente a la edad y al contexto cultural. Los recursos sociales para dar solución a este problema son escasos y no existe una intervención interdisciplinaria en estos casos, motivo por el cual se requiere que los profesionales de la salud puedan disponer de información sintetizada, organizada y actualizada para poder detectar, prevenir y actuar ante el maltrato. El médico familiar y otros especialistas necesitan tener los conocimientos y la sensibilización para abordar este problema médico social, por lo que el propósito de esta Guía de Práctica Clínica es ser una herramienta para estandarizar, educar y difundir conocimientos relacionados a la detección y el manejo del maltrato en el adulto mayor. El reto es coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación del maltrato en el adulto mayor.

### 3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2009 AL 2013

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
  - Título desactualizado: **Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**
  - Título actualizado: **Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor**
2. La actualización en **Evidencias y Recomendaciones** se realizó en:
  - **Prevención**
  - **Detección**
  - **Tratamiento**
  - **Pronóstico**
  - **Desenlace**
3. Se aportaron nuevos apartados en **Evidencias y Recomendaciones** tales::
  - **Maltrato por parte del personal de salud**
  - **Manejo interdisciplinario del maltrato en el Adulto Mayor**
  - **Evaluación del cuidador primaria y su intervención**

### 3.3 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de los tres niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Describir los factores de riesgo para que el adulto mayor sufra maltrato.
- Identificar el perfil del maltratador hacia el adulto mayor.
- Mencionar las conductas *viejistas* del personal que labora en una institución de salud.
- Enunciar los tipos de abuso a los que está expuesto el adulto mayor.
- Conocer las preguntas de escrutinio que orientan a maltrato en el adulto mayor.
- Identificar los signos de alarma de abuso en el adulto mayor.
- Mencionar las acciones a realizar en caso de sospecha de maltrato en el adulto mayor.
- Describir las intervenciones a realizar cuando se confirma el maltrato en el adulto mayor.
- Mencionar la importancia de la entrevista social para la identificación del estado emocional del agresor con el fin de identificar las causas del maltrato.
- Describir el rol de los integrantes del equipo interdisciplinario ante el adulto mayor maltratado.
- Enunciar como se realiza la intervención medico social en caso de abuso o maltrato del adulto mayor.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.4 DEFINICIÓN

El maltrato al adulto mayor lo constituye cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional.

El maltrato se puede dar de una o varias esferas de la vida, entre las más frecuentes se encuentran:

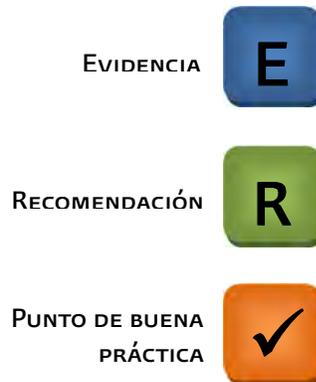
- Maltrato Físico.
- Maltrato Psicológico o emocional.
- Maltrato Financiero.
- Maltrato Sexual.
- Negligencia.
- Abandono.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **Escala de Shekelle Modificada.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud</p>	<p>la Shekelle Matheson, 2007</p>

## 4.1 TIPOS DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> Existen diferentes tipos de maltrato en el adulto mayor y es frecuente que no se presente un único tipo de abuso, sino que tienden a traslapar varios en el mismo paciente.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Gorbien, 2005</i></p>
<p><b>E</b> <b>Tipos de maltrato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Físico.</li> <li>• Psicológico o emocional.</li> <li>• Sexual.</li> <li>• Financiero.</li> <li>• Abandono.</li> <li>• Negligencia.</li> </ul>	<p>III [E. Shekelle] <i>Gorbien, 2005</i> <i>Bond, 2013</i></p>
<p><b>E</b> La Encuesta sobre el maltrato a personas mayores en el Distrito Federal (2006) EMPAM-DF reporta los siguientes porcentajes de maltrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicológico 12.7%.</li> <li>• Económico 3.9%.</li> <li>• Físico 3.7%.</li> <li>• Negligencia 3.5%.</li> <li>• Abandono 0.9%.</li> </ul>	<p>IIb [E. Shekelle] <i>Giraldo-Rodríguez, 2006</i></p>
<p><b>E</b> <b>Maltrato físico:</b> Consiste en la acción de utilizar la fuerza física y ocasionar dolor, daño o discapacidad física. Es probablemente el más fácil de reconocer, pero en muchas de las ocasiones el maltratado se muestra renuente o es incapaz de reportarlo. Se relaciona más con las características del maltratador, como el antecedente de abuso de sustancias o malas relaciones personales.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Yaffe, 2012</i> <i>Bond, 2013</i></p>

E

**Maltrato psicológico o emocional:** Consiste en la acción de infligir angustia, dolor o estrés mediante palabras o actos (p ej. manipulación o victimización). Es el tipo más común y requiere un abordaje integral por sus múltiples presentaciones, lo que dificulta su diagnóstico.

III  
[E. Shekelle]  
Yaffe, 2012  
Bond, 2013

E

**Maltrato sexual:** Es el contacto sexual sin consentimiento del adulto mayor. Desafortunadamente el maltratado se muestra renuente a aceptar que haya sucedido, y por lo tanto a denunciarlo.

III  
[E. Shekelle]  
Yaffe, 2012  
Bond, 2013

E

**Maltrato financiero:** Afecta a individuos de todos los estratos socioeconómicos. Se caracteriza por el uso ilegal o indebido de fondos, propiedades o bienes, sin la autorización del adulto mayor o mediante un poder notarial, por ejemplo: Uso indebido de tarjeta bancaria.

III  
[E. Shekelle]  
Yaffe, 2012  
Bond, 2013

E

**Abandono:** Es el acto de desamparo injustificado hacia el adulto mayor, con el que se tiene responsabilidad que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud. El abandono social es la falta de atención y cuidados por parte de la familia, lo cual afecta el aspecto psicológico y emocional, que se manifiesta con depresión e ideas de muerte.

III  
[E. Shekelle]  
Yaffe, 2012  
Bond, 2013

E

**Negligencia:** Se considera como un tipo de maltrato doloso, a la acción u omisión del incumplimiento voluntario de las funciones propias del cuidador para proveer al adulto mayor.

- Negligencia activa: es aquella que de manera intencional no cumple con sus obligaciones.
- Negligencia pasiva: es aquella que de manera involuntaria debido a que ignora las necesidades o se es incapaz de satisfacerlas.

III  
[E. Shekelle]  
Yaffe, 2012  
Bond, 2013

E

**Algunos subtipos de maltrato son:**

1. **Autonegligencia:** Es aquella donde el adulto mayor no se provee a sí mismo, (intencional o por discapacidad) comida, agua, vestimenta, higiene personal, medicamentos o seguridad, a pesar de contar con las facilidades
2. **Agresividad entre residentes:** Se manifiesta con la agresividad física, sexual o verbal en la interacción entre residentes de cuidados prolongados.

III  
[E. Shekelle]  
Yaffe, 2012  
Bond, 2013

## 4.2 FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO DEL ADULTO MAYOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> Existen diversas teorías con respecto al maltrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La teoría de la violencia transgeneracional.</li> <li>• La sobrecarga del cuidador.</li> <li>• La psicopatología del maltratador.</li> <li>• La teoría de la dependencia.</li> <li>• La teoría del aislamiento social.</li> <li>• Teoría integradora.</li> </ul>	<p><b>III</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>Anglin, 2009</i></p>
<p><b>E</b> Numerosos factores de riesgo han sido propuestos, se dividen en cuatro categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo del adulto mayor.</li> <li>• Factores de riesgo para el cuidador/maltratador.</li> <li>• Factores ambientales/Factores familiares.</li> <li>• Factores de riesgo para abuso institucional.</li> </ul>	<p><b>Ib</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>Johannsen, 2013</i></p>
<p><b>E</b> <b>Factores de riesgo del adulto mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia funcional OR (1.3-4.39).</li> <li>• Deterioro cognoscitivo OR (1.4-2.8).</li> <li>• Conducta agresiva OR (1.56-2.3).</li> <li>• Insuficientes recursos financieros OR (2.8-4.84).</li> <li>• Enfermedad psiquiátrica OR (1.49-7.1).</li> <li>• Sexo femenino.</li> <li>• Edad avanzada.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Historia familiar de violencia.</li> </ul>	<p><b>Ib</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>Johannsen, 2013</i></p> <p><b>III</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>Anglin, 2009</i></p>
<p><b>E</b> <b>Factores de riesgo para el cuidador/maltratador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colapso del cuidador OR 1.81 (1.19-2.74).</li> <li>• Enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos.</li> <li>• Uso de sustancias.</li> <li>• Dificultades financieras o desempleo.</li> </ul>	<p><b>Ib</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>Johannsen, 2013</i></p> <p><b>III</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>Anglin, 2009</i></p>



**Factores de riesgo ambientales y factores familiares:**

- Familia disfuncional, relaciones conflictivas.
- Aislamiento social.
- Red de apoyo deficiente.

Ib  
[E. Shekelle]  
*Johannsen, 2013*  
III  
[E. Shekelle]  
*Anglin, 2009*



**Factores de riesgo de maltrato institucional:**

- Inadecuada capacitación, experiencia y supervisión de los cuidadores.
- Escasez de personal.
- Salarios bajos.
- Síndrome de fatiga laboral.
- Transferencia negativa del personal.

Ib  
[E. Shekelle]  
*Johannsen, 2013*  
III  
[E. Shekelle]  
*Anglin, 2009*

**4.3 DETECCIÓN INICIAL DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Durante la entrevista se recomienda un ambiente adecuado que facilite la empatía entre médico y paciente, se debe evitar emitir juicios de valor, otorgar respeto y privacidad, garantizando confidencialidad, sin realizar actos de presión o coerción para responder las preguntas, así como tener una visión adecuada de los <b>factores de riesgo</b> para poder detectarlos.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Geroff, 2006</i> <i>Daly, 2010</i></p>
	<p>Se recomienda mantener contacto visual con el paciente, tono de voz audible y suave, no juzgar, no culpar y procurar que no haya interrupciones.</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Barbero-Gutierrez, 2006</i></p>
	<p>En caso de que el usuario no esté en condiciones de responder durante la entrevista, el prestador de servicios de salud se dirigirá, en su caso, a su acompañante, sin perder de vista que pudiera ser el probable agresor. Cuando la imposibilidad de la o el usuario se deba al desconocimiento o manejo deficiente del español, deberá contar con el apoyo de un traductor.</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>SSA, 2005</i></p>

R

En la entrevista inicial se debe considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración del grado de riesgo en que viven los afectados por esta situación.

D

[E. Shekelle]

SSA, 2005

R

Se recomienda realizar una historia clínica completa y agregar una valoración geriátrica integral haciendo énfasis en los principales **factores de riesgo** relacionados con el maltrato además de una exploración física (hallazgos físicos compatibles con maltrato).

D

[E. Shekelle]

Barbero-Gutierrez, 2006

Shugarman, 2003

R

Se debe registrar en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, los datos obtenidos de la entrevista y el examen físico del paciente afectado por maltrato, incluyendo:

- Nombre del afectado.
- Tiempo que refiere de vivir en situación de violencia.
- Estado físico y mental que se deriva del examen y la entrevista.
- Descripción minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato.
- Causas probables que las originaron.
- Procedimientos diagnósticos efectuados.
- Diagnóstico.
- Tratamiento médico y la orientación que se proporcionó por parte del personal de Trabajo social.
- En su caso, los datos de la o las personas que menciona como los probables responsables. Todo ello a fin de establecer la relación causal del maltrato del paciente involucrado, considerando los posibles diagnósticos diferenciales.

D

[E. Shekelle]

SSA, 2005

R

Para la detección de los casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, la Secretaría de Salud a través de la Norma Oficial NOM-046-SSA2-2005, "Criterios para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra mujeres" y la Asociación Médica Americana (AMA) recomiendan que los prestadores de servicios de salud realicen un tamizaje de manera rutinaria a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato.

D

[E. Shekelle]

SSA, 2005

C

[E. Shekelle]

McCaffree, 2008

Deberá investigarse el estado funcional, cognición y problemas psicológicos, mediante las siguientes escalas:



- Escala de Barthel que evalúa actividades básicas de la vida diaria. (Ver Anexo 5.3, Cuadro 1).
- Escala de Lawton y Brody que evalúa actividades instrumentales de la vida diaria. (Ver Anexo 5.3, Cuadro 2).
- Escala geriátrica de depresión (GDS) de Yesavage (Ver Anexo 5.3, Cuadro 3).
- Examen Mini-mental de Folstein que evalúa deterioro cognoscitivo. (Ver Anexo 5.3, Cuadro 4).
- Escala para evaluar la sobrecarga del cuidador de Zarit (Ver Anexo 5.3, Cuadro 5).

C  
[E. Shekelle]  
Shurgarman, 2003  
Fulmer, 2004



Dentro de la detección inicial se recomienda una búsqueda de antecedentes con un interrogatorio dirigido a solas con el paciente, con preguntas de escrutinio para cada tipo de maltrato.

C  
[E. Shekelle]  
Geroff, 2006  
Ibarra-Marmolejo, 2008

Se recomienda utilizar el siguiente cuestionario que consta de 9 ítems que involucran una para maltrato físico, una para maltrato sexual, tres para psicológico, una para financiero, una para negligencia y dos para abandono.



1. ¿Alguien en casa le ha hecho daño?
2. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
3. ¿Alguien le ha hecho hacer cosas que no quiere hacer?
4. ¿Alguien ha tomado sus cosas sin su consentimiento?
5. ¿Alguien lo ha regañado o amenazado?
6. ¿Ha firmado algún documento sin haberlo leído o entendido su contenido?
7. ¿Le tiene miedo al alguien en casa?
8. ¿Pasa mucho tiempo solo?
9. ¿Alguna vez ha dejado alguien de ayudarlo a cuidarse cuando ha necesitado ayuda?

C  
[E. Shekelle]  
Geroff, 2006  
Ibarra-Marmolejo, 2008

Una sola respuesta positiva a cualquiera de las preguntas, se considera como **sospecha de maltrato**.



En los casos de sospecha de cualquier tipo de maltrato debe remitirse siempre a los servicios especializados y/o sociales, con la opción pactada por el profesional y el paciente, respetando siempre que sea posible los deseos de este último.

III  
[E. Shekelle]  
Shurgarman, 2003  
Fulmer, 2004



La U.S. Preventive Services Task Force y la Canadian Task Force on Preventive Health Care concluyen que no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de cuestionarios para el tamizaje rutinario de maltrato en el anciano. De cualquier modo, aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia.

C  
[E. Shekelle]  
Moyer, 2013

Ambas sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta ordinaria para **detectar riesgos o signos de maltrato**, tratando de identificarlos precozmente a través de la **entrevista** y la **exploración física**, poniendo énfasis en aquellas personas con factores de riesgo.



Algunos otros instrumentos para detección de maltrato han sido utilizados, sin embargo, cuentan con varias limitaciones, por ejemplo:

- Son instrumentos que deben ser evaluados con reserva, pues se requiere tener un contexto del maltratado, maltratador y el ambiente, no sólo de la víctima.
- Son escalas de medición cualitativas que son de gran ayuda pues tratan de cuantificar el grado del problema pero pudieran guiar al clínico de forma inapropiada.
- Son entrevistas de aproximadamente 45 minutos, lo cual las hace poco prácticas.

III  
[E. Shekelle]  
Fulmer, 2004

#### 4.4 SIGNOS DE ALARMA Y MANIFESTACIONES INDIRECTAS DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado



La identificación de los signos de alarma y las manifestaciones indirectas de maltrato en el adulto mayor es de gran importancia debido a que en múltiples ocasiones es la única manera de sospechar este problema médico social.

**Punto de Buena Práctica**

En el momento que se detecte un caso probable de maltrato del adulto mayor, se debe considerar la presentación de otros síndromes geriátricos asociados como manifestaciones indirectas. Los síndromes geriátricos más comúnmente relacionados son:

- Deterioro cognoscitivo.
- Delirium.
- Depresión / Ansiedad.
- Malnutrición.
- Constipación / estreñimiento.
- Úlceras por presión.
- Síndrome de caídas.
- Alteraciones del sueño.
- Polifarmacia.
- Abatimiento funcional/ Inmovilidad.
- Fragilidad y sarcopenia.
- Colapso del cuidador.

(Ver Anexo 5.3 Figura 1):

Las características de los signos de alarma y manifestaciones indirectas van de acuerdo al tipo de maltrato.

Los hallazgos se engloban en patrones útiles que apoyan a identificar el tipo, estos son:

- Hallazgos generales en caso probable de maltrato.
- Hallazgos consistentes con maltrato físico.
- Hallazgos psicológicos en caso de sospecha de maltrato.
- Signos de alarma en sospecha de maltrato en el adulto mayor con:
  - Fracturas.
  - Malnutrición.
  - Deshidratación.
  - Úlceras por presión.
  - Abuso sexual y cambios en el comportamiento.
  - Lesiones en piel.
  - Referente a la medicación.
  - Maltrato financiero.
- Distribución anatómica de las lesiones en adultos mayores con maltrato.
- Indicadores generales de maltrato por parte del personal de salud.
- Exámenes de laboratorio útiles en la evaluación en sospecha de maltrato.



#### Punto de Buena Práctica



IV  
(E. Shekelle)  
Muller, 2007



Hallazgos generales en un caso **probable** de maltrato:

- Deshidratación.
- Delirium.
- Abatimiento funcional (Dependencia para las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria).
- Paciente con abatimiento funcional que acude sin un cuidador designado.
- Infestaciones (escabiasis, pulgas).
- Escoriaciones secundarias a infestaciones.
- Pelo desaliñado.
- Úlceras por presión (Profundas, infectadas, en varios sitios).
- Malnutrición (Si no existe una enfermedad como causa).
- Uñas largas y sucias.
- Mala higiene corporal.
- Mala higiene dental o piezas dentales incompletas o con caries.
- Impactación fecal.
- Depresión.
- Aislamiento social.
- Alteraciones del sueño o en la ingesta del alimento.

IV  
**(E. Shekelle)**  
*Muller, 2007*

Hallazgos **consistentes** con maltrato físico en los adultos mayores:

- Dermoabrasiones.
- Marcas de mordeduras.
- Lesiones múltiples y en estadios variables.
- Quemaduras (especialmente con bordes bien definidos).
- Alopecia traumática.
- Evidencia de restricción física.
- Fracturas.
- Hematomas.
- Laceraciones.
- Úlceras por presión (comúnmente necróticas o infectadas).
- Múltiples heridas en varios estadios de curación.
- Miedo al cuidador.
- Establecimiento de desórdenes psiquiátricos (trastorno depresivo mayor, estrés pos traumático, ataques de pánico ante factores externos posibles causantes del maltrato).

IV  
**[E. Shekelle]**  
*Muller, 2007*





**Hallazgos psicológicos** generales en un caso con posible maltrato en adultos mayores:

- Aislamiento social.
- Depresión.
- Alteraciones del sueño o en la ingesta de alimentos.
- Miedo al cuidador.
- Inicio de desórdenes psiquiátricos (trastorno depresivo mayor, estrés postraumático, ataques de pánico ante factores externos posibles causantes del maltrato).
- Condiciones de vivienda inadecuadas.

IV  
[E. Shekelle]  
*Muller, 2007*



Signos de alarma que deben ser considerados en el adulto mayor **con fracturas y sospecha de maltrato**:

- Fracturas espirales de huesos largos.
- Fracturas en otros sitios diferentes a muñecas, cadera o columna vertebral en adultos mayores no alcohólicos, sin datos relacionados con el trauma.

III  
[E. Shekelle]  
*Halphen, 2013*



Signos de alarma que deben ser considerados en el adulto mayor con **malnutrición y sospecha de maltrato**:

- Aquel adulto mayor que es incapaz de procurar o preparar sus propios alimentos.
- Cuando el cuidador no se toma el tiempo suficiente para alimentar al adulto mayor.

III  
[E. Shekelle]  
*Halphen, 2013*



Signos de alarma que deben ser considerados en el adulto mayor con **deshidratación y sospecha de maltrato**:

- En aquellos que requieren asistencia para la ingesta de líquidos.
- Uso excesivo de medicamentos con efecto diurético sin reposición adecuada de líquidos.
- Exposición prolongada a medio ambiente con temperatura elevada.

III  
[E. Shekelle]  
*Halphen, 2013*



Signos de alarma que deben ser considerados en el adulto mayor con **úlceras por presión y sospecha de maltrato**:

- Úlceras por presión múltiples, necróticas, profundas y/o infectadas.
- No seguir las recomendaciones estandarizadas para los adultos mayores inmóviles en riesgo de presentar úlceras por presión.

III  
[E. Shekelle]  
*Halphen, 2013*

E

Hallazgos físicos en el adulto mayor con sospecha de **maltrato sexual**:

- Dolor o irritación del área genital.
- Evidencia de enfermedades de transmisión sexual en la región oral o genital.
- Sangrado rectal o vaginal.
- Lesiones o laceraciones en vulva, abdomen o senos.
- Lesiones en el abdomen, parte interior del muslo y brazos.
- Lesiones de úvula o paladar.

III

[E. Shekelle]

*Halphen, 2013**Muller, 2007*

E

Cambios en el comportamiento del adulto mayor con sospecha de **maltrato sexual**:

- Enojo.
- Ansiedad o agitación especialmente durante el aseo del área genital.
- Depresión.
- Miedo.
- Mayor interés en temas sexuales.
- Incremento de un comportamiento sexual o agresivo.
- Insomnio.
- Aislamiento.

III

[E. Shekelle]

*Halphen, 2013**Muller, 2007*

E

**Signos de alarma dermatológicos** que deben ser considerados en la sospecha de maltrato en el adulto mayor:

- Lesiones o heridas sin causa evidente o explicable por el cuidador o en áreas identificadas de restricción física.
- Las lesiones en las muñecas o tobillos compatibles con uso de restricciones físicas.
- Un patrón bilateral de las extremidades superiores indica prensión y sacudida.
- Múltiples lesiones agrupadas en el tronco indican golpes repetidos.
- Las formas de las lesiones son compatibles con un objeto (p.ej. cinturón).
- Lesiones en la región cubital de los antebrazos son comúnmente de posición instintiva de defensa.
- Quemaduras por exposición solar prolongada en pacientes con deterioro cognoscitivo y dependencia severa para las actividades básicas de la vida diaria.
- Equimosis como resultado de la fuerza directa aplicada a la piel con ruptura de vasos sanguíneos subcutáneos, sin evidencia o explicación por el cuidador, a menos que reciba tratamiento con fármacos antiplaquetarios o anticoagulantes.

III

[E. Shekelle]

*Halphen, 2013*

Signos de alarma que deben ser considerados en sospecha de maltrato del adulto mayor **referente a la medicación**:



- Errores intencionados en la medicación.
- Administración de medicamentos inapropiados.
- Dosis inapropiadas de medicamentos (insuficientes o excesivos).
- Fallas en la monitorización de la adherencia a la terapia.
- Los cuidadores en domicilio o en instituciones pueden desviar los medicamentos, faltar a la administración, administrarlos de manera negligente o en exceso para mantener sedado al adulto mayor.

III  
[E. Shekelle]  
*Halphen, 2013*

Signos de alarma que deben ser considerados en la sospecha de **maltrato financiero** en el adulto mayor:



- Evidencia de explotación financiera.
- Declaración del adulto mayor de abuso financiero.
- Reporte de demanda de bienes a cambio de atención.
- Dejar sin recursos al adulto mayor para comprar comida.
- Incapacidad para el manejo de dinero (cuentas) y bienes o propiedades.

III  
[E. Shekelle]  
*Halphen, 2013*  
*Fulmer, 2004*

Distribución anatómica de las lesiones en los adultos mayores con maltrato:



- Extremidades superiores, 43.9%.
- Maxilofacial, dental, y cuello, 22.8%.
- Cráneo y cerebro, 12.2%.
- Extremidades inferiores, 10.6%.
- Tronco, 10.2%.

III  
[E. Shekelle]  
*Murphy, 2013*

Exámenes de laboratorio que deben ser considerados en la evaluación del adulto mayor con sospecha de maltrato:



- Balance Ureico Nitrogenado (BUN), urea, creatinina y electrolitos séricos (evalúa deshidratación).
- Biometría hemática completa (anemia).
- Albúmina, perfil de lípidos (evaluación nutricional).
- Análisis toxicológico.
- Niveles séricos disponibles de los medicamentos prescritos.

III  
[E. Shekelle]  
*Muller, 2007*

## 4.5 MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD ( *VIEJISMO* )

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> El <i>viejismo</i> es el conjunto de contravalores y actitudes peyorativas que resultan en la marginación y exclusión en todos los órdenes de la vida del adulto mayor.</p>	<p><b>D</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>García-Férez, 2003</i></p>
<p><b>E</b> La discriminación de los ancianos es a todos los niveles: económico, educativo, cultural y salud. La misma se genera debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en las relaciones de la familia.</li> <li>• Pérdida del papel hegemónico que en otro tiempo tuvo el anciano.</li> <li>• Mitificación de la sociedad de consumo con la exaltación de la juventud.</li> <li>• Visión hedonista de la vida.</li> <li>• Negación sistemática de los valores tradicionales.</li> </ul>	<p><b>D</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>García-Férez, 2003</i></p>
<p><b>E</b> La discriminación del adulto mayor en la atención a la salud es más evidente debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La escasez de recursos aunado a costos elevados plantea un problema de reparto.</li> <li>• Existe una mayor cantidad de enfermos crónicos que sobreviven, aumentando la demanda de recursos sanitarios y asistenciales.</li> </ul>	<p><b>D</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>García-Férez, 2003</i></p>

Causas que generan actitudes en el sistema de salud actual que denotan discriminación hacia el adulto mayor (*Viejismo*).



- Existe la percepción en los sistemas de salud que una vida de un joven es más valiosa que la vida de un anciano, por lo que se priorizan los cuidados no en base al pronóstico de la enfermedad sino por la edad.
- Existe el mito de que el acto de morir es más costoso en el adulto mayor. Sin embargo, son más costosos los cuidados otorgados en unidades de neonatología o de trauma.
- La estructura para el otorgamiento de cuidados de la salud ha privilegiado las unidades de agudos siendo pocas o nulas las unidades de crónicos planeadas.
- Los programas educativos de la carrera de medicina involucran pocas horas en sensibilizar al estudiante hacia el impacto del envejecer, la enfermedad y la muerte. Los estudiantes de medicina adquieren mecanismos de protección basados en la despersonalización.
- Existen pocos estudios clínicos aleatorizados que demuestren la efectividad y seguridad de tratamientos para el cáncer, las enfermedades cardíacas y la depresión en el adulto mayor, derivado de que la FDA no requiere participación de adultos mayores en los estudios.
- No existe un adecuado sistema de vigilancia de los efectos adversos de los fármacos una vez que se inicia su comercialización.

Las siguientes son acciones que denotan una actitud de maltrato o discriminación al adulto mayor durante la atención por parte del personal de salud:



- Uso de medidas de sujeción física.
- Tendencia a la obstinación diagnóstica.
- Encarnizamiento terapéutico.
- Negación de asistencia o limitación de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos en base a la edad.
- Uso excesivo de psicofármacos.
- Transferencia negativa en el personal de salud.
- Retraso en la atención por parte del personal de salud.
- No apego a las indicaciones médicas por parte del personal de enfermería.

#### IV

[E. Shekelle]

*International Longevity Center. Anti-Ageism Taskforce, 2009*

#### III

[E. Shekelle]

*Barbero-Gutiérrez, 2006*

Las actitudes discriminatorias por parte de enfermería hacia el adulto mayor surgen cuando brindan cuidados a pacientes con algún grado de dependencia o deterioro cognoscitivo.

**E**

Entre las razones por las que enfermería desarrolla actitudes negativas se encuentran:

- Inadecuada capacitación para el manejo del adulto mayor.
- Dificultad para comprender el lenguaje del adulto mayor.
- El hecho de que el adulto mayor es crítico del comportamiento de los jóvenes.
- Una dependencia emocional del adulto mayor hacia enfermería.

la  
[E. Shekelle]  
Eymard, 2012

**E**

Los programas de estudio de enfermería que reportan una influencia positiva en las actitudes hacia el adulto mayor y en el conocimiento sobre el mismo incluyen:

- Convivencia de los alumnos con adultos mayores en asilos.
- Envejecimiento exitoso y reducción de riesgos en los adultos mayores.
- Experiencia clínica y discusión de casos clínicos.

la  
[E. Shekelle]  
Eymard, 2012

**R**

Los programas de enfermería deben de incluir experiencia clínica con adultos institucionalizados y enfermos agudos para promover actitudes positivas hacia el adulto mayor.

A  
[E. Shekelle]  
Eymard, 2012

**E**

Las estrategias educativas basadas en la vivencia del ser adulto mayor en estudiantes de medicina incremento sus actitudes positivas hacia el cuidado de los adultos mayores.

la  
[E. Shekelle]  
Eymard, 2012

**E**

La utilización de estrategias educativas basadas en la vivencia en el personal **administrativo** ha sugerido anecdóticamente su utilidad.

la  
[E. Shekelle]  
Eymard, 2012

**E**

Las actitudes negativas hacia el envejecimiento tienen el potencial de influenciar las opciones de tratamiento y cuidado de los adultos mayores.

la  
[E. Shekelle]  
Eymard, 2012

R

Se recomienda crear un ambiente hospitalario que sea amigable para el adulto mayor contando con las siguientes características:

- Integrar e implementar diseños ambientales que permitan la movilidad física, y que cuenten con ayudas para personas con discapacidad auditiva o visual.
- La visión de “cero tolerancia” a la discriminación al adulto mayor debe de ser apoyada como una estrategia objetiva de la administración del hospital.
- Se debe de promover cursos que permitan el conocimiento, habilidades y actitudes que apoyen la “cero tolerancia” a la discriminación.
- Creación de un equipo interdisciplinario en urgencias para identificar a los pacientes con alto riesgo de complicaciones.
- Manejo conjunto de pacientes geriátricos en los servicios de cirugía ortopédica, cirugía vascular, cirugía cardíaca y cuidados oncológicos.
- Un equipo geriátrico especializado en pacientes con problemas de conducta secundario a delirium o demencia.
- Programa de soporte nutricional que incluya la preparación, presentación y asistencia al momento de la alimentación del adulto mayor.
- Un sistema de asistencia personalizada para el adulto mayor para que pueda navegar los servicios del hospital.

A

[E. Shekelle]

*Huang, 2011*

R

Se recomienda al momento de ofrecer un tratamiento médico o quirúrgico seguir los siguientes pasos para evitar una discriminación basada en la edad.

- Analizar la indicación del tratamiento para determinar si hay alternativas que confieran menos riesgo.
- Determinar el pronóstico de morbimortalidad, de riesgo quirúrgico y de funcionalidad con instrumentos validados en el adulto mayor.
- Determinar el riesgo beneficio de la intervención sobre la supervivencia y la calidad de vida. Frecuentemente se infravalora el tiempo de vida de un adulto mayor. El beneficio buscado no solo debe de ser una prolongación de la vida sino la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.
- Tomar la opinión del adulto mayor con el consentimiento informado y una explicación clara de los riesgos y beneficios esperados. En casos de urgencia o en casos de riesgo para la salud pública la capacidad para decidir puede ser transferida a los familiares o al personal de salud.

D

[E. Shekelle]

*Gómez-Pavon, 2003*



La concientización del personal de salud sobre las conductas *viejistas* que se pueden presentar durante la atención al paciente ayudará al cambio de actitudes y conductas discriminatorias.

Se recomienda la realización de talleres de concientización que incluyan:

- Conocimiento del proceso natural del envejecimiento.
- Prejuicios y actitudes *viejistas* más comunes en el adulto mayor.
- Técnicas de comunicación con el adulto mayor.

**Punto de Buena Práctica**



Para evitar la discriminación en el anciano al momento de otorgar cuidados de salud se recomienda lo siguiente:

- Reconocer el valor por igual de la vida sin importar la edad.
- Evitar la prescripción de la sujeción física o química solo para poder pasar sin eventualidades el turno.
- Evitar la utilización de medicamentos o intervenciones médicas fútiles al final de la vida.
- Utilizar siempre escalas pronosticas validadas al momento de tomar decisiones médicas.
- Evitar la prescripción de psicofármacos cuando existen alternativas no farmacológicas para manejar los síntomas.
- Promover la comunicación del equipo de salud a todos los niveles para optimizar la atención otorgada y que esta sea humanista.
- Detectar las redes de apoyo del paciente y favorecer la intervención en la atención.

**Punto de Buena Práctica**

#### 4.6 PRINCIPIOS GENERALES PARA EL MANEJO DE UN CASO DE SOSPECHA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Ante un caso de sospecha de maltrato, el personal de salud tiene la obligación de realizar intervenciones generales iniciales en el momento de la detección.

IV  
[E. Shekelle]  
Barbero-Gutiérrez, 2006

**R**

Ante todo, se deben realizar las estrategias de comunicación para facilitar la toma de decisiones en el caso de un adulto mayor maltratado:

- Respetar al adulto mayor y ganar su confianza.
- Asegurar la confidencialidad.
- Respetar las decisiones del adulto mayor.
- Confrontar la resistencia a la intervención, manejar el miedo y entender su pesimismo.
- Investigar si existen ideas de culpabilidad o miedo a la crítica al saberse maltratado.
- Promover la expresión de los sentimientos del maltratado.
- Asesoramiento e interacción con el adulto mayor y asegurarle que no se merece el maltrato.
- Expresarle que el personal de salud se preocupa por su bienestar y el riesgo de lesiones.
- Asesoramiento al cuidador, así como transmitirle que es normal que se sienta sobrecargado ante la situación de dependencia del adulto mayor.
- Animar al cuidador a buscar ayuda y apoyo por otros medios.

Se recomiendan los siguientes principios generales de intervención en caso de maltrato:

- Respetar la autonomía del adulto mayor.
- Proteger a la víctima en caso de ambiente desfavorable.
- Evaluar el riesgo de muerte o de lesión grave para la víctima en caso de continuar la exposición con el agresor, y si se precisa, realizar una intervención urgente.
- Cuidar la comunicación entre los integrantes del equipo.
- Evaluar si el maltrato es secundario a una actuación intencionada por parte del agresor.
- Evitar posiciones anticipadas por el personal que intervenga, o ligar su actuación a prejuicios.
- Evitar la confrontación entre el equipo y los afectados que resulte en una negación a recibir la atención.
- Concientizar al adulto mayor con sospecha de maltrato que se encuentra en una situación anormal, peligrosa y que tiene solución.
- Intentar que el responsable acepte que es parte del problema y de la solución.
- Buscar la colaboración de personas del entorno del adulto mayor (vecinos, amistades, otros familiares).

**R****IV****[E. Shekelle]***Barbero-Gutiérrez, 2006***D****[E. Shekelle]***Barbero-Gutiérrez, 2006*

**R**

Ante situaciones contundentes de maltrato, el equipo interdisciplinario de salud deberá establecer un plan de actuación integral. Este equipo debe estar formado preferiblemente por un médico, enfermera, trabajador social y psicólogo, en coordinación de otros profesionales (asesoría legal, cuerpos de seguridad, etc.).

**D**  
**[E. Shekelle]**  
*Barbero-Gutiérrez, 2006*

**R**

Se debe acordar con el adulto mayor maltratado un plan de seguimiento con visitas programadas en la medida de lo posible, además de que el plan de actuación deberá contemplar la esfera física, psicoafectiva y social del adulto mayor.

**D**  
**[E. Shekelle]**  
*Barbero-Gutiérrez, 2006*

**E**

Si la persona mayor no tiene capacidad para tomar decisiones y se encuentra en situación de maltrato, o bien tiene la capacidad y acepta la intervención del equipo interdisciplinario, este debe:

- Valorar el ingreso hospitalario urgente si la situación clínica (deterioro físico o psicológico) lo requiere.
- Notificar al área de trabajo social.
- Valorar si es candidato a ingresar a una institución de larga estancia.

**IV**  
**[E. Shekelle]**  
*Barbero-Gutiérrez, 2006*

#### 4.7 MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL ADULTO MALTRATADO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>El maltrato al adulto mayor tiene muchas características de los síndromes geriátricos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Su causa es multifactorial.</li> <li>2. Factores de riesgo ambiental y del huésped.</li> <li>3. Alta prevalencia pero es subdiagnosticado.</li> <li>4. Asociado con mayor mortalidad y declinación funcional.</li> </ol> <p>Es por esto que el manejo del adulto mayor maltratado al igual que otros síndromes geriátricos se beneficia de un manejo interdisciplinario.</p>	<p><b>IV</b>  <b>[E. Shekelle]</b>  <i>O'Connor, 2005</i></p>

Ante la sospecha del maltrato a un adulto mayor el médico debe de aplicar las tres R.



- **Reconocer:**
  - Factores de riesgo.
  - Tipo de abuso.
  - Signos y síntomas que sugieran posible maltrato.
  - El maltrato y nunca ignorarlo.
- **Responder**
  - Realizar una valoración clínica exhaustiva.
  - Reunirse con el **trabajador social** para obtener mayor orientación.
  - Revisar la legislación estatal para determinar el manejo correcto del caso.
- **Reportar**
  - Se debe de informar al paciente/abusador sobre la intención de reportar.
  - Dependiendo del tipo de maltrato establecer si amerita derivar a instancia legal.
  - Realizar documentación del caso de manera detallada.
  - Involucrar a los organismos locales protectores del adulto mayor maltratado.

**D**  
[E. Shekelle]  
*Hess, 2011*



Se debe de sobreponer las barreras existentes para que un médico reporte el maltrato al adulto mayor.

- Falta de conocimiento para la detección del maltrato en el adulto mayor.
- Uso deficiente de los instrumentos de escrutinio.
- Solicitud del paciente de no reportar el abuso.
- Miedo a ser demandado.
- Desconocimiento de las obligaciones legales del profesional ante el maltrato del adulto mayor.
- Tiempo reducido para el otorgamiento de la consulta médica.

**D**  
[E. Shekelle]  
*Hess, 2011*



Intervenciones comunes del médico y/o enfermería ante un caso de **negligencia** como tipo de maltrato.

- Ofrecer apoyo para satisfacer las necesidades del paciente y supervisar la situación.
- En caso de rechazar la ayuda de enfermería ofrecerla de manera regular.
- Supervisar al cuidador al momento de atender al adulto mayor y en caso necesario ofrecer una alternativa de cuidados (unidad de respiro o centro de día).
- Cuando no hay mejoría de la situación sugerir la institucionalización del paciente.
- Contactar a Trabajo social para dar aviso a las autoridades correspondientes.

**D**  
[E. Shekelle]  
*Sandmoe, 2011*

R

Intervenciones comunes del médico y/o enfermería ante un caso de **maltrato financiero**.

- Ofrecer apoyo al paciente y clarificar opciones de ayuda.
- Colaborar con los familiares y el paciente cuando hay capacidad cognoscitiva disminuida.
- Contactar a Trabajo Social para dar aviso a las autoridades correspondientes.

D

[E. Shekelle]

*Sandmoe, 2011*

R

Intervenciones comunes del médico y/o enfermería ante un caso de **maltrato psicológico**.

- Fortalecer la autoestima del paciente y autonomía para enfrentar a un cuidador dominante, buscando una solución a la situación.
- Ofrecer una alternativa de cuidados (unidad de respiro o centro de día).

D

[E. Shekelle]

*Sandmoe, 2011*

R

Intervenciones comunes del médico y/o enfermería ante un caso de **maltrato sexual**.

- Iniciar un plan para asegurar la integridad del paciente involucrando en lo posible a un familiar.
- En caso de que el paciente lo solicite apoyar para el cambio de residencia.
- Informar siempre al equipo interdisciplinario.
- Supervisar al cuidador al otorgar cuidados.
- Cuando no exista mejoría por parte del cuidador sugerir la institucionalización.
- Contactar a Trabajo social para dar aviso a las autoridades correspondientes.

D

[E. Shekelle]

*Sandmoe, 2011*

R

Estrategias e intervenciones de ayuda al adulto mayor.

1. Evitar el aislamiento social mediante:
  - Servicios de atención a domicilio.
  - Centros de día.
  - Tutela por parte de servicios sociales.
2. Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación.
3. Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del adulto mayor.
4. Valorar la necesidad de institucionalizar al adulto mayor si la familia no puede garantizar su atención.

D

[E. Shekelle]

*Barbero-Gutiérrez, 2006*

Las intervenciones de trabajo social con un adulto mayor que sufre maltrato son:

Elaboración de entrevista diagnóstica y/o estudio social médico para realizar una valoración integral.

Detectar factores sociales y/o familiares que pudieran intervenir en el maltrato.

Identificar fortalezas del adulto mayor y redes de apoyo para hacer frente al maltrato.

Proporcionar apoyo emocional al adulto mayor y al responsable del paciente.

Realizar notificación a la instancia legal correspondiente e informar al paciente y al maltratador sobre dicho acto.

Se debe de programar una visita domiciliaria de seguimiento a todos los pacientes que se identifican con maltrato.

Establecer coordinación con el médico tratante para determinar seguimiento del caso.

Realizar derivación del paciente y familiares a las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales (ONG).



**Punto de Buena Práctica**

## 4.8 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

### 4.8.1 INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO Y ADULTO MAYOR MALTRATADO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>R</b></p> <p>Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud deberán otorgar atención médica y social a las personas involucradas en situación de violencia familiar o maltrato. Además de participar en el diseño, aplicación y evaluación de los programas de promoción de la salud - educación para la salud, participación social y participación operativa.</p>	<p><b>D</b> (E. Shekelle) SSA, 2005</p>
<p><b>R</b></p> <p>La atención médica-social otorgada a las y los usuarios involucrados en situación de maltrato deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados.</p>	<p><b>D</b> (E. Shekelle) SSA, 2005</p>

**R**

Los prestadores de servicios de salud, incluidos médicos, trabajo social, enfermería, asistentes médicos, entre otros, proporcionarán la atención médica, orientación y consejería a las personas involucrados en situaciones de maltrato, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive (en caso de requerirlo, a un refugio), a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación o seguridad y protección, así como apoyo legal y psicológico para los cuales estén facultados.

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*SSA, 2005*

**R**

La intervención de Trabajo Social en caso de maltrato se realiza a través de una solicitud del médico o de cualquier integrante del equipo de salud (enfermería, nutrición, asistente médico) quienes deberán informarle el motivo de la derivación, o en su caso, que el paciente acuda de forma espontánea.

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Fernández, 2012*

**R**

El trabajador social de la salud deberá realizar una valoración emocional del cuidador primario y del adulto mayor maltratado, así como la identificación del tipo del maltrato a través del modelo de intervención tradicional (caso).

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Fernández, 2012*

**R**

Como parte de la intervención social para el adulto mayor maltratado y su cuidador, se recomienda aplicar el **Proceso Metodológico de Caso** en todas sus etapas.

- Investigación.
- Diagnóstico social.
- Plan de atención social.
- Tratamiento.
- Evaluación.

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Fernández, 2012*

**E**

En la entrevista diagnóstica, la **investigación** permite identificar factores de riesgo social en el cuidador tales como colapso del cuidador y/o maltrato hacia el adulto mayor.

**IV**  
**(E. Shekelle)**  
*Fernández, 2012*



Con el fin de obtener un **diagnostico social** que apoye la intervención social es fundamental realizar una entrevista diagnóstica que deberá incluir al menos los siguientes aspectos:

- Datos del paciente/cuidador. (aspectos socio-demográficos).
- Datos de la familia (Tipo, redes de apoyo, ciclo, roles, relación familiar, actividades culturales, entre otros).
- Datos de la vivienda (Tenencia, material de construcción, servicios intra y extradomiciliarios, higiene de vivienda, etc.).
- Datos económicos (ingresos, egresos, familiares que aportan al gasto, distribución, pensión, entre otros).

D  
(E. Shekelle)  
*Fernández, 2012*



La etapa de **diagnóstico social** permite identificar factores de riesgo social y emocional que intervienen en el maltrato al adulto mayor así como recursos y potencialidades tendientes que ayuden a la modificación de conductas tanto en el cuidador como en el maltratado.

IV  
(E. Shekelle)  
*De Robertis, 2013*



Para establecer un diagnostico social de colapso del cuidador, se recomienda realizar las siguientes preguntas al cuidador primario:

- ¿Tiene más de dos años cuidando al adulto mayor?
- ¿Cuántas horas del día destina para el cuidado?
- ¿Es el único cuidador?
- ¿Quién más participa en el cuidado?
- ¿Se siente cansado de cuidar al adulto mayor?
- ¿Se siente desesperado?

D  
(E. Shekelle)  
*Barbero-Gutierrez, 2006*



Para establecer un **diagnóstico social** de maltrato en el adulto mayor, se recomienda lo siguiente:

- Entrevistar en privado al adulto mayor sin el cuidador.
- Observar expresión corporal.
- Utilizar técnica de parafraseo de las respuestas.
- De forma inmediata entrevistar al cuidador a fin de evitar "conspiración".

D  
(E. Shekelle)  
*Barbero-Gutierrez, 2006*



Como parte de la entrevista se debe garantizar la privacidad y confidencialidad de la información obtenida tanto en el cuidador primario como en el adulto mayor.

D  
(E. Shekelle)  
*Barbero-Gutierrez, 2006*



En la etapa de diagnóstico social como parte del proceso metodológico de caso, se confirmará la sobrecarga del cuidador a través de la aplicación de la escala de Zarit, una puntuación mayor a 46 puntos sugiere cansancio o sobrecarga del cuidador. (Ver Anexo 5.3, Cuadro 5).

C  
(E. Shekelle)  
Gort, 2007



El **plan de atención social** permite establecer y fortalecer estrategias para:

- Eliminar la sobrecarga del cuidador primario.
- Disminuir el maltrato hacia el adulto mayor.

IV  
(E. Shekelle)  
Fernández, 2012



Para disminuir la sobrecarga del cuidador primario se recomienda proponer la integración a redes de apoyo formal e informal, así como a instituciones de apoyo social como son: Centros de atención social a la salud del IMSS, ISSSTE, DIF, SSA, INAPAM, PGR, etc., organismos no gubernamentales o grupos de ayuda privados.

**Punto de Buena Práctica**



En el cuidador **no** colapsado se recomienda ofertar la integración a grupos formales de estrategias educativas, de prevención de la violencia, actividad física, entorno favorable a la salud, envejecimiento activo y saludable, entre otros.

**Punto de Buena Práctica**



En el adulto mayor maltratado se recomienda establecer alternativas que solucionen su problemática social, algunas de las siguientes instituciones serán de ayuda para este fin: Ministerio público, DIF, INAPAM, Grupos de ayuda y Organismos no gubernamentales.

D  
(E. Shekelle)  
SSA, 2005



Para el adulto mayor no maltratado se recomienda derivar a talleres de envejecimiento activo y saludable en centros de atención social a la salud o en Unidades de primer nivel de atención.

**Punto de Buena Práctica**

**E**

El **tratamiento social** permite al Trabajador social ejecutar el plan establecido previamente en conjunto con el médico, adulto mayor maltratado y/o cuidador.

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*De Robertis, 2013*

Se recomienda durante el proceso de **tratamiento social**:

- Proporcionar apoyo emocional:
  - Escuchar.
  - Ser empático.
  - Reforzar autoestima.
  - Confidencialidad.
  - Privacidad.
- Aplicar la técnica de observación, poniendo énfasis en conductas evasivas que impidan la intervención social, tales como:
  - Cansancio del adulto mayor.
  - No escuchar bien.
  - Evitar la atención individualizada del adulto mayor por parte del cuidador.
- Programar visita a domicilio sin notificar al familiar día ni hora a fin de corroborar información obtenida durante la entrevista de gabinete
- Notificación a ministerio público de forma oficial por maltrato al adulto mayor.

**R**

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Barbero-Gutierrez, 2006*

**E**

En la etapa final del proceso metodológico de caso conocido como **evaluación**, permitirá sistematizar avances cualitativos en la modificación de conductas tanto en el cuidador como en el adulto mayor maltratado.

**D**  
**(E. Shekelle)**  
*Fernández, 2012*

✓

Se deberá realizar seguimiento del caso a través de llamadas telefónicas y/o visitas a domicilio, elaborando nota de trabajo social y anexarla a expediente clínico, al mismo tiempo se deberá coordinar con el médico tratante las acciones en conjunto.

**Punto de Buena Práctica**

**4.8.2 PROCEDIMIENTO MÉDICO LEGAL EN CASO DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR EN UNIDADES MÉDICAS HOSPITALARIAS**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El personal de salud deberá tener conocimiento del procedimiento médico legal en caso de evidencia contundente de algún tipo de maltrato.</p>	<b>Punto de Buena Práctica</b>
 <p>En relación a la consejería corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a la persona afectada sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes sufren de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.</p>	<p><b>IV</b> [E. Shekelle] SSA, 2005</p>
 <p>Es importante mencionar que la NOM-046-SSA2-2005, "Criterios para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra mujeres" es de observancia obligatoria para las instituciones del <b>Sistema Nacional de Salud</b>, así como para los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado. Su incumplimiento daría origen a sanción penal, civil o administrativa según corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.</p>	<p><b>IV</b> [E. Shekelle] SSA, 2005</p>
 <p>Ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica del afectado por violencia familiar y/o sexual o la existencia de riesgo en su traslado, se deberá dar aviso de manera inmediata al Ministerio Público.</p>	<p><b>D</b> [E. Shekelle] SSA, 2005</p>

El proceso de notificación a Ministerio Público en unidades hospitalarias por maltrato al adulto mayor es el siguiente:

**Médico tratante:**

- Detecta casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados con maltrato físico, psicológico, sexual, financiero o abandono.
- Elabora notificación a Ministerio Público en el Apéndice informativo 1 de la Norma Oficial, anexando un resumen clínico (**Ver Anexo 5.3, Cuadro 6**).
- Establece coordinación con el trabajador social para que éste continúe con el proceso de notificación.
- En coordinación con el personal encargado de epidemiología o responsable que la Unidad Médica Hospitalaria determine, se deberá llenar el formato "Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual, Apéndice normativo 2. (**Ver anexo 5.3, Cuadro 7**).



D  
(E. Shekelle)  
SSA, 2005

**El trabajador social:**

- Proporciona apoyo emocional al paciente y familiares.
- Orienta sobre los trámites administrativos. (notificación a ministerio público).
- Establece comunicación vía telefónica con la agencia del Ministerio Público y envía notificación de aviso (**Anexo 5.3, Cuadro 6**) por oficialía de partes o de la manera que la Unidad Médica lo determine.
- Elabora nota de Trabajo social de las acciones realizadas.
- Notifica al médico del reporte y la resolución del Ministerio Público y se lleva seguimiento del caso en conjunto.



Se deberá dar continuidad al caso médico legal en los diferentes turnos.

**Punto de Buena Práctica**



En los casos en los cuales las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante y/o el trabajador social informará a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o en caso de que por su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la agencia del Ministerio Público correspondiente siempre y cuando no sea el probable agresor, o alguna persona que pudiera tener conflicto de intereses.

D  
(E. Shekelle)  
SSA, 2005

## 5. ANEXOS

### 5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **Detección y Manejo de Maltrato en el Adulto Mayor**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **10 años**.
- Documentos enfocados **Diagnóstico y Tratamiento**

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

#### Estrategia de búsqueda

##### 5.1.1 PRIMERA ETAPA

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Maltrato en el Adulto Mayor en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica, ensayos clínicos controlados, metanálisis y revisiones sistemáticas. Se utilizó el término **Abuse in the Elderly**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **62 resultados**, de los cuales se utilizaron 10 documentos para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado
"Abuse in the elderly" Filters: Practice Guideline; Systematic Reviews; Meta-Analysis; Free full text available; published in the last 10 years; Humans; English; Aged: 65+ years	62 documentos 10 utilizados

#### Algoritmo de búsqueda:

1. Abuse in the Elderly [PubMed]
2. 2003[PDAT]: 2013[PDAT]
3. Humans [MeSH]
4. # 1 AND # 2 AND # 3
5. English [lang]
6. Spanish [lang]
7. # 5 OR # 6
8. # 4 AND # 7

9. Controlled Clinical Trial [ptyp]
10. Systematic Reviews [ptyp]
11. Meta-Analysis [ptyp]
12. Practice Guideline [ptyp]
13. # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12
14. #8 AND #13
15. Aged: +65 years [MeSH Terms]
16. # 14 AND # 15
17. # 1 AND #2 AND #3 AND(#4 OR # 5) AND (#9 OR # 10 OR #11 OR # 12) AND # 15

### 5.1.2 SEGUNDA ETAPA

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 3 de estos sitios se obtuvieron 83 documentos, de los cuales se utilizaron 9 documentos para la elaboración de la guía.

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Abuse in the Elderly**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
National Guideline Clearinhouse	9	4
TripDatabase	73	5
National Institute for Health an Clinical Excellence	1	0
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>9</b>

### 5.1.3 TERCERA ETAPA

Por haber encontrado pocos documentos útiles para la elaboración de la guía, se procedió a realizar búsquedas dirigidas de acuerdo a la patología obteniendo 21 documentos útiles para la conformación de la guía.

## 5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

### CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en evidencia categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad.	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III.

*Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-659*

### 5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

**CUADRO 1. ÍNDICE DE BARTHEL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE		PUNTUACIÓN
<b>Alimentación</b>	- Totalmente independiente		<b>10</b>
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Lavarse (baño)</b>	- Independiente: entra y sale solo del baño		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Vestirse</b>	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos		<b>10</b>
	- Necesita ayuda		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Aseo (arreglarse)</b>	- Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Deposiciones (valórese la semana previa)</b>	- Continencia normal		<b>10</b>
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas		<b>5</b>
	- Incontinencia		<b>0</b>
<b>Micción (valórese la semana previa)</b>	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta		<b>10</b>
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda		<b>5</b>
	- Incontinencia		<b>0</b>
<b>Usar el retrete</b>	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...		<b>10</b>
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Traslado sillón-cama</b>	- Independiente para ir del sillón a la cama		<b>15</b>
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo		<b>10</b>
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Deambulación</b>	- Independiente, camina solo 50 metros		<b>15</b>
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros		<b>10</b>
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Escalones</b>	- Independiente para bajar y subir escaleras		<b>10</b>
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo		<b>5</b>
	- Dependiente		<b>0</b>
<b>Interpretación</b>	<b>Resultado</b>	<b>Grado de dependencia</b>	<b>TOTAL</b>  _____
	<b>Menor a 20</b>	<b>Dependencia Total</b>	
	<b>20-35</b>	<b>Dependencia Grave</b>	
	<b>40-55</b>	<b>Dependencia Moderado</b>	
	<b>60 o mas</b>	<b>Dependencia Leve</b>	
	<b>100</b>	<b>Independiente</b>	

Adaptado de: Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.

**CUADRO 2. ESCALA DE LAWTON & BRODY**

	MUJER	VARON
<b>1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
<b>2. HACER COMPRAS</b>		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
<b>3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
<b>4. CUIDADO DE LA CASA</b>		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras , como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
<b>5. LAVADO DE LA ROPA</b>		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
<b>6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
<b>7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
<b>8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS</b>		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza las compras diarias, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

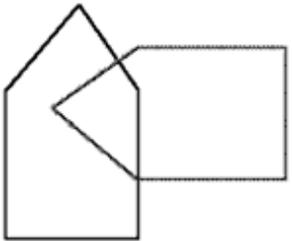
Adaptado de: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186.

**CUADRO 3. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).**

		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
<b>PUNTUACION TOTAL</b> _____			
<b>INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL.</b>			
<b>6 A 9 DEPRESIÓN LEVE.</b>			
<b>&gt; 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.</b>			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

**CUADRO 4. EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN.**

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)		PUNTOS
<b>ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.</b>		
¿QUÉ DIA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUAL ES EL MES? ¿CUAL ES EL DÍA? ¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (MÁXIMO 5 PUNTOS)		0 - 5
"DÍGME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, ¿EN QUE PISO ESTAMOS? ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUE ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? (MÁXIMO 5 PUNTOS.)		0 - 5
<b>FIJACIÓN</b>		
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (MÁXIMO 3 PUNTOS.)		0 - 3
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>		
"SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. (MÁXIMO 5 PUNTOS.)		0 - 5
<b>MEMORIA.</b>		
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS" (MÁXIMO 3 PUNTOS).		0 - 3
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.</b>		
"¿QUÉ ES ESTO?" (MOSTRAR UN RELOJ) "¿Y ESTO?" (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). (MÁXIMO 2 PUNTOS.)		0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO". (1 PUNTO).		0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). (MÁXIMO 3 PUNTOS).		0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE:" <b>"CIERRE LOS OJOS"</b> (1 PUNTO).		0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA" (1 PUNTO).		0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO" (1 PUNTO).		0 - 1
	(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)  <b>NOTA:</b> TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.	
		<b>TOTAL</b> _____
<b>PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL.</b>		
<b>GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a14 = GRAVE.</b>		

Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Res. 1975;19:189-98.

**CUADRO 5. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT**

<b>Instrucciones:</b> A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	
<b>Puntuación. 0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre</b>	<b>PUNTOS</b>
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
<b>Puntuación máxima de 88 puntos. "No sobrecarga" una puntuación inferior a 46. "Sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.</b>	<b>TOTAL</b>

Adaptado de: Zarit, S.H. et ál. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655

**CUADRO 6. FORMATO PARA NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO EN UNIDADES HOSPITALARIAS**

<b>AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO</b>										
(APENDICE INFORMATIVO 1)										
Nombre, razón o denominación social del establecimiento							Folio			
Institución					Localidad					
Municipio										
C.P.		Entidad federativa								
Servicio		Cama		Fecha de elaboración			Día	mes	año	
Usuario (a) o afectado (a) de violencia								Sexo		
								M	F	
Nombre (s)						Edad				
Apellido Paterno				Apellido Materno						
Domicilio										
Calle		Número Exterior		Número Interior		Barrio o colonia				
Domicilio			Localidad			Municipio		Entidad federativa		
Fecha de atención médica			Día	Mes	Año	Hora de recepción del usuario (a) afectado (a).		Horas	Minutos	
Motivo de atención médica										
Diagnóstico (s)										
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:										
Plan:										
a) Farmacoterapia										
b) Exámenes de laboratorio y gabinete										
c) Canalización					Referencia					
Seguimiento del caso:										
Área de trabajo social					Área de psicología					
Área de medicina preventiva					Área de asistencia social					
Pronóstico										
Notificación			Día	Mes	año	Agencia del ministerio público				
Nombre y cargo del receptor										

CUADRO 7. REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL, APÉNDICE NORMATIVO 2.

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL			
(APENDICE INFORMATIVO 2)			Folio
Unidad Médica			
Nombre	institución		
Localidad	Municipio	Entidad	
CLUES			
USUARIO AFECTADO (A)	1. Nombre	3. Edad	4. Sexo
	Apellido (Paterno Materno Nombres)	años	M F
	2. CURP		5. Está embarazada
			6. Discapacidad
			7. Derechohabencia
	8. Domicilio		
	calle	Número Exterior	Número Interior
			Barrio o colonia
	Localidad	Municipio	Entidad federativa
EVENTO MAS RECIENTE	1. Fecha de ocurrencia	3. Prevalencia	5. Fue en día festivo
	Día mes año	1. Primera vez 2. Subsecuente	si no
	2. Tipo de violencia	4. Día de la semana en que ocurrió	
	1. Física 2. Sexual 3. Psicológica 4. Abandono	1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo	
	6. Sitio de ocurrencia		1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte 4. Calle 5. Transporte público 6. Automóvil particular 7. Centro de trabajo 8. Otro especificar
7. Consecuencia resultante	7. Agente de la lesión	7. Lugar del cuerpo afectado	
1. Contusión 2. Luxación 3. Fractura 4. Herida 5. Asfixia mecánica 6. Ahorcamiento 7. Quemadura 8. Cicatrices 9. Aborto 10. ITS 11. Embarazo 12. Depresión 13. Trastornos de ansiedad 14. Trastornos siquiátricos 15. Defunciones 16. Otra	1. Fuego, flama, sustancia caliente 2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas 3. Objeto punzocortante 4. Objeto contundente 5. Golpe contra piso o pared 6. Pie o mano 7. Arma de fuego 8. Amenaza y violencia verbal 9. Múltiple 10. Otra 11. Se ignora	1. Cabeza o cuello 2. Cara 3. Brazos y manos 4. Tórax 5. Columna vertebral 6. Abdomen y/o pelvis 7. Espalda y/o glúteos 8. Piernas y/o pies 9. Area genital 10. Múltiple	
1. Edad	2. Sexo	3. Parentesco con la o afectado	
años	M F	1. Padre 5. Cónyuge o pareja conviviente 2. Madre 6. Otro pariente 3. Padrastro 7. Novio o pareja eventual 4. Madrastra 8. Sin parentesco - conocido 9. Sin parentesco - desconocido	
1. Fecha de ocurrencia	3. Atenciones Otorgadas	3. Destino después de la atención	
Día mes año	1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro	1. Domicilio 2. Consulta externa 3. Hospitalización 4. Traslado a otra unidad médica 5. Grupos de autoayuda mutua 6. Refugio o albergue 7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual 8. DIF 9. Otro	
2. Servicios de atención			
1. Consulta externa 2. Urgencias 3. Hospitalización 4. Otros servicios			
Notificación fecha			
Día Mes Año			
Notificante Nombre		Firma	

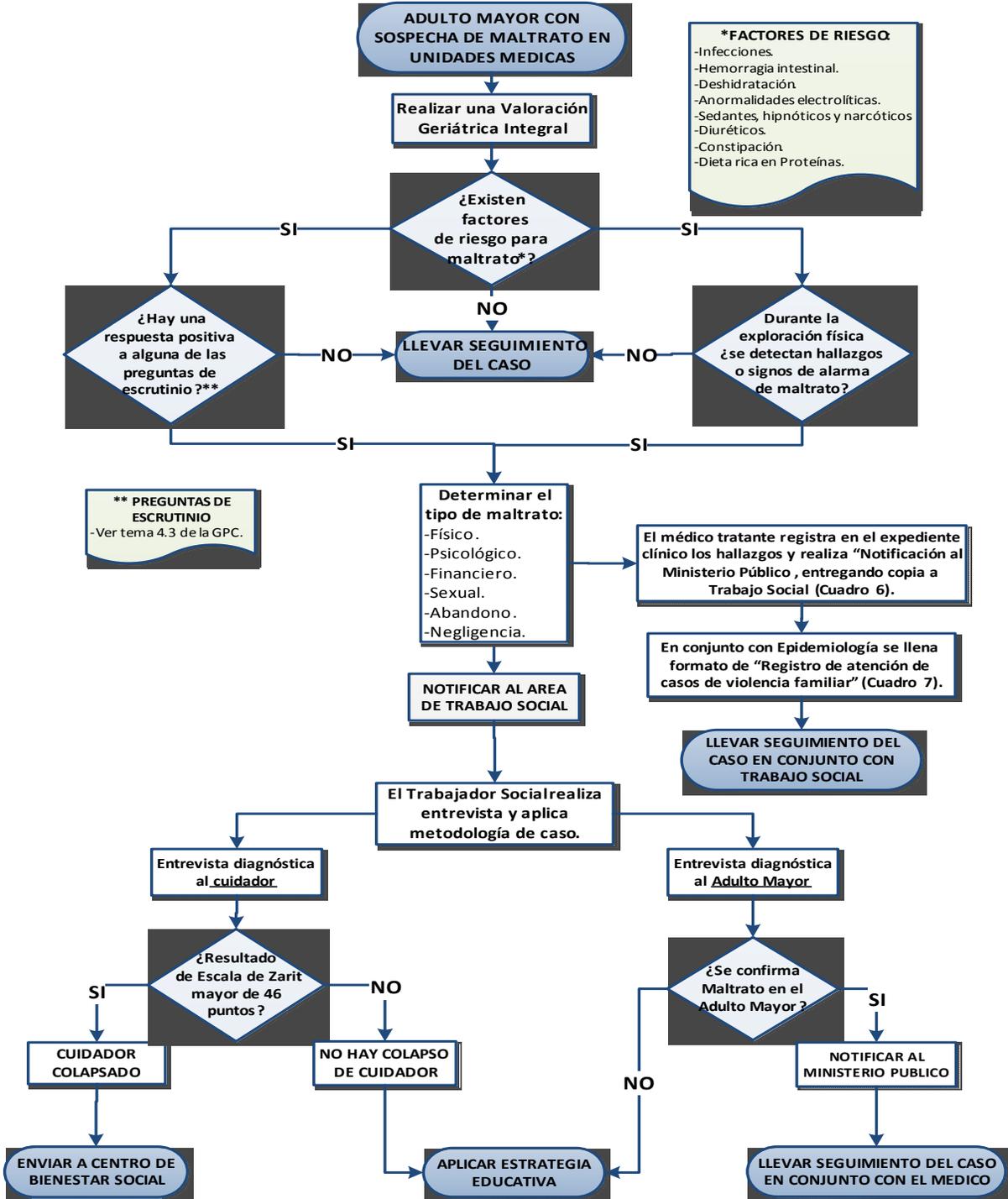
FORMATO ESTADÍSTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
 NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.

FIGURA 1. CORRELACIÓN DEL SÍNDROME DE MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR CON OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS



5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.

ALGORITMO 1. DETECCIÓN Y MANEJO DEL MALTRATO



## 6. GLOSARIO

**Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).** Son las actividades cotidianas que le permiten independencia al individuo para subsistir. (Alimentación, baño, vestido, aseo personal, deambular, subir escaleras, continencia urinaria y fecal, traslado del sillón a la cama).

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).** Son las actividades que le permiten al individuo llevar a cabo una vida independiente, social y económica. (Llamadas telefónicas, uso de transporte o conducir automóvil, realizar compras, preparar alimentos, quehaceres del hogar, manejo de medicamentos y de dinero).

**Adulto mayor en estado de abandono.** Aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos.

**Adulto mayor vulnerable.** Es aquel en que las actividades diarias están disminuidas física, mental, psicológica y existe deterioro social así como enfermedades recurrentes.

**Adulto mayor.** En México se considera adulto mayor a partir de los 60 años de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana

**Adulto mayor.** En términos legales y convencionales la edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos. Asignar roles sociales y esperar comportamientos personales, hay prácticas, experiencias y disposiciones legales.

**Agresor.** Se dice de la persona que viola o quebranta el derecho de otro.

**Alimentación.** Forma y manera de proporcionar al cuerpo humano unas sustancias que son indispensables.

**Alopecia traumática.** Es a menudo una consecuencia de pérdida de cabello por factores externos.

**Apoyo emocional.** Contacto social y afectivo que recibe la persona de manera cotidiana y en momentos críticos.

**Apoyo informativo.** Información verbal y escrita relativa a las redes de apoyo formal, programas gerontológicos y servicios accesibles y disponibles para las personas adultas mayores.

**Apoyo social.** Se denominan transferencias, se presenta como un flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información.

**Atención integral.-** Proceso de atención a la salud que comprende las esferas biológica, psicológica, social y ambiental del individuo, la familia y la población, en aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria, curación, rehabilitación y atención social a la salud.

**Auto-cuidado.** Comportamiento razonado del individuo que le permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como el disfrute al máximo de su vida.

**Autoestima.** Percepción subjetiva y objetiva que tiene el individuo de sí mismo que le permite auto-valorarse con relación al grupo de edad y social al que pertenece. Puede cumplir sus metas y expectativas de vida.

**Auto-negligencia.** Se refiere al no proveerse así mismo: comida, ropa, atención médica, no interesarse en el cuidado de su cuerpo, es más frecuente en los adultos mayores que viven solos o aislados.

**Autonomía.** Capacidad de tomar decisiones basadas en los valores de cada uno y de su propia historia. Es importante no confundirla con auto-cuidado. El tener limitaciones para realizar acciones de auto-cuidado no significa incapacidad para tomar decisiones con respecto a la propia vida.

**Calidad de vida.** Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que se ve afectado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

**Centros residenciales o Casa Hogar Para Adultos Mayores.** Centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio.

**Centro de día.** Servicio médico-social y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas o no, por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

**Colapso de cuidador.** Síndrome geriátrico que representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico que puede experimentar la familia o el cuidador primario de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica.

**Coma.** Estado patológico, reversible o no, caracterizado por la pérdida de conciencia y por una ausencia de respuesta frente a los estímulos externos, pero con la conservación de las funciones respiratoria y circulatoria.

**Comorbilidad.** La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

**Cuidador.** Persona responsable de la atención integral de la persona adulta mayor considerando los cuidados personales, de higiene personal y ambiental, administración de medicamentos, prevención de nuevas enfermedades y complicaciones así como asistencia para las ABVD y AIVD.

**Cuidador primario.** Son los cuidados de salud que se otorgan a las personas que lo necesitan, por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata. Remunerado o no por la ayuda que ofrecen.

**Debilidad.** Falta de fuerza o resistencia.

**Demencia.** Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal.

**Dermoabrasión.** Abrasión de la piel. Eliminación de una o varias capas de forma traumática o terapéutica para rejuvenecer la piel o eliminar manchas. [www.definicionesdemedicina.com](http://www.definicionesdemedicina.com)

**Desnutrición.** Estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrientes, o por una alteración en su utilización por las células del organismo.

**Deterioro cognoscitivo.** Pérdida de memoria, deterioro de la función cortical y/o subcortical (afasia, apraxia, agnosia y pérdida del funcionamiento ejecutivo, atención, orientación, lenguaje verbal y no verbal, memoria).

**Enfermedad incapacitante.** Enfermedad aguda o crónica que afecta significativamente las actividades básicas de la vida diaria y actividades básicas de la vida instrumentada.

**Escala de evaluación.** Criterios para medir alguna situación o fenómeno (por ejemplo. Enfermedad o alteración), la cual puede ser descriptiva, ordinal (se establecen grados, ejemplo: leve, moderado y severo) o cuantitativa cuando es posible obtener un puntaje.

**Estrategia.** Método para resolver o controlar un problema.

**Estrategias didácticas vivenciales.** Son procedimientos que el profesional utiliza en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizajes significativos, a través de vivencias, mediante dicho aprendizaje como propio.

**Factor de riesgo.** Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

**Funcionalidad.** Es la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria, por sí mismo y/o auxiliado por los instrumentos necesarios.

**Geriatría.** Especialidad médica, encargada del estudio y atención (preventiva y curativa) de los principales problemas de salud y sus repercusiones sobre la funcionalidad física, mental y social de las personas adultas mayores.

**Gericultista.** Técnico profesional que proporciona atención integral al adulto mayor, aplica técnicas específicas de rehabilitación, da información referente a fomento a la salud y asesora al familiar y/o al cuidador.

**Gerontología-** Ciencia que estudia el envejecimiento en sus aspectos biológicos, psicológico y social.

**Grupo de ayuda.-** Grupo de personas que tienen intereses comunes relacionados con problemas psicosociales consecuencia de un daño a su salud o de sus secuelas y que se reúnen para obtener información especializada para el cuidado médico y que a través de la interacción con sus pares, encuentran alternativas de solución que les permite enfrentar sus problemas.

**Impactación fecal.** Es la imposibilidad de pasar una colección dura de heces.

**Infestación.** Enfermedad causada por parásitos macroscópicos.

**Inmovilidad.** Condición generada por una disminución de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, generalmente por deterioro de las funciones motoras.

**Institucionalizado o institucionalización.** El hogar es el medio físico, familiar y social donde el adulto mayor se ha desarrollado a lo largo de su vida. La institucionalización tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar y en consecuencia debe realizar esfuerzos para adaptarse a un nuevo medio como sería una residencia asistida.

**Laceración.** Aquella herida surgida en un órgano o tejido. El efecto inmediato de la laceración es una ruptura en la piel de la persona que la padece, la cual podrá ser leve o bien importante en tamaño.

**Maltrato al adulto mayor.** Constituyen malos tratos a personas mayores, cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño practicado sobre personas de 60 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de derechos fundamentales del individuo.

**Metodología de Trabajo Social.-** Son estrategias o modelos de intervención tradicional en los cuales se promueve la participación de individuos, grupos y comunidades en acciones que prevengan, atiendan o solucionen las necesidades de la sociedad.

**Negligencia.** Se considera como un tipo de maltrato doloso, a la acción u omisión del incumplimiento voluntario de las funciones propias del cuidador para proveer al adulto mayor. Se considera involuntario o no intencionado a quien no pone la debida diligencia en el cuidado.

**Nutrición.** Conjunto de procesos merced a los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidas en los alimentos.

**Proceso metodológico de caso:** Serie de pasos sistematizados que permiten dirigir la intervención del profesional de Trabajo social en el cuidador primario y adulto mayor maltratado.

**Redes de apoyo.** Se refiere a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

**Sarcopenia.** Sarco = músculo, penia = deficiencia. Pérdida de la masa muscular esquelética apendicular de cuando menos dos desviaciones estándar por debajo del valor promedio normal.

**Signos de alarma de maltrato.** Datos objetivos de daño que no son inherentes al proceso de envejecimiento y deben llamar la atención del equipo multidisciplinario, ante la sospecha de maltrato.

**Transición Epidemiológica.** Los cambios estructurales en la población tendientes al incremento de la proporción de sujetos mayores de 60 años, se acompaña generalmente de aumento en las tasas

de morbilidad (enfermedades) y mortalidad (muerte) por causas de enfermedades crónicas y degenerativas, dejando en un segundo plano a los padecimientos infectocontagiosos.

**Viejismo** - El término ageism (viejismo) fue acuñado en 1969 por R Butler, y define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Anglin D; Schneider D. Elder abuse and neglect. En: Mosby editores. Rosen's Emergency Medicine. 7ª ed. 2009, 830-837.
2. Barrón-Cabrera SY, Martínez-Aguilera P, López-Hernández M, Zúñiga-Vargas ML, Alvarez-Carvajal ME. La familia y el Maltrato al Adulto Mayor. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2008;16 (8):333-337.
3. Barbero-Gutiérrez J. Moya-Bernal A. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación 2 ed. Madrid Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006.
4. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
5. Bond M, Butler, K. Elder Abuse and neglect: Definitions, Epidemiology and Approaches to Emergency Department Screening. *Clin Geriatr Med* 29 (2013): 257-273.
6. Daly JM. Elder Abuse Prevention. Iowa City (IA): University of Iowa College of Nursing. John A. Hatford Foundation Center of Geriatric Nursing Excellence, 2010 Oct. p. 71
7. De Robertis C. Fundamentos de Trabajo social. Ética y metodología. Universidad de Valencia, España. Editorial PUV. 2003. p. 88-89.
8. Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*, 2009;302:517-26.
9. Eymard AS, Douglas DH. Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *J Gerontol Nurs.* 2012;38(5):26-35.
10. Fernández GT, Ponce de León RL. Trabajo social individualizado. Metodología de intervención. Madrid. Académicas UNED, 2012.
11. Fernández AM. Malos tratos a los ancianos. Grupo de Salud mental del PAPPS 2002
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J psychiatric Res.* 1975;19:189-98.
13. Fulmer, T; Guadagnol, L; Bitondo, C, Connolly, M. Progress in Elder Abuse Screening and Assesment Instruments. *JAGS*, 2004;52: 297-304
14. Fulmer T. Elder Abuse and Neglect Assessment. *Dermatology Nursing.* 2004;16(5). [acceso 19 de Junio 2013] Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/493951>
15. García-Férez J. Bioética y personas mayores. Madrid Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2003.
16. Geroff AJ, Olshaker JS. Elder abuse. *Emerg Med Clin North Am.* 2006 May;24(2):491-505, ix.

17. Giraldo-Rodriguez, ML. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF). Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Autónoma Nacional de México y Gobierno del Distrito Federal. 2006 Reporte final.
18. Gómez-Pavon J. ¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad? *Jano* 2003;63(1474):34-9.
19. Gorbien, M, Eisenstein, A. Elder Abuse and neglect: An overview. *Clin Geriatric Med.* 2005 May;21(2):279-92.
20. Gort AM, Mingot M, Gomez X, Soler T, Torres G, Sacristán O, et al. Use of the Zarit scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(10):957-62
21. Halphen JM, Dyer CB. Elder mistreatment: Abuse, neglect, and financial exploitation. [acceso 14 de junio 2013]. Disponible en URL:<http://www.uptodate.com>
22. Hess S. The role of health care providers in recognizing and reporting elder abuse. *J Gerontol Nurs.* 2011;37(11):28-34.
23. Huang AR, Larente N, Morais JA. Moving Towards the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly. *Can Geriatr J.* 2011;14(4):100-3.
24. Ibarra-Marmolejo I. Maltrato de personas en la familia en España. Edit. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia. 2008.
25. International Longevity Center. Anti-Ageism Taskforce. Ageism in America, Cornell University. 2009.
26. Johannsen M, Lo-Giudice D. Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and aging* 2013; 42:292-298.
27. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
28. McCaffree MA. Elder Mistreatment (Resolution 429, A-07). Action of the American Medical Association House of Delegates 2008 Annual Meeting: Report 7 of the Council of Science and Public Health Recommendations Adopted and Remainder of Report Filed. Disponible en: [www.ama-assn.org//resources/doc/csaph/a08-csaph7-ft.pdf](http://www.ama-assn.org//resources/doc/csaph/a08-csaph7-ft.pdf)
29. Moyer V. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*, 2013; 158: 478-486
30. Muller M, Bitondo C. Elder abuse, neglect and exploitation. En: Saunders. *Duthie's Practice of Geriatrics.* 4a ed. 2007, 69-81.
31. Murphy K, Waa S, Jaffer H, Sauter A, Chan A. A Literature Review of Findings in Physical Elder Abuse , *Canadian Association of Radiologists Journal* 2013; 64(1):10-4
32. O'Connor K, Rowe J. Elder abuse. *Reviews in Clinical Gerontology* 2005;15(1):47-54.

33. OMS. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Nov. 2002. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf)
34. Sandmoe A, Kirkevold M, Ballantyne A. Challenges in handling elder abuse in community care. An exploratory study among nurses and care coordinators in Norway and Australia. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3351-63.
35. SSA. Secretaría de Salud. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra mujeres. Criterios para la prevención y atención. [Acceso junio 2013.] Disponible en: [www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/.../1/.../VIOLE1B.PDF](http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/.../1/.../VIOLE1B.PDF)
36. Sellas MI, Krouse LH. Elder abuse. Updated march 2013 [acceso 19 de Junio 2013] Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/805727-overview>.
37. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.
38. Shurgarman L; Fries B; Wolf R; Morris J. Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *JAGS* 51: 24-31; 2003.
39. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. 2012 Dec;58(12):1336-40, e695-8.
40. Zarit, S.H. et ál. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-655

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de <institución a la que pertenecen los autores que elaboraron la GPC> las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el <institución que coordinó el desarrollo de la GPC> y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de <institución que participó en los procesos de validación interna, revisión, validación externa, verificación> su valiosa colaboración en la <enunciar los procesos realizados> de esta guía.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

---

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

## 9. COMITÉ ACADÉMICO.

### Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Ricardo Jara Espino	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

**Directorio sectorial      Directorio institucional.**

**Secretaría de Salud      Instituto Mexicano del Seguro Social**  
 Dra. Mercedes Juan López      Dr. Javier Dávila Torres  
**Secretaría de Salud      Director de Prestaciones Médicas**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**      Dr. José de Jesús González Izquierdo  
 Dr. José Antonio González Anaya      **Titular de la Unidad de Atención Médica**  
**Director General**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**      Dra. Leticia Aguilar Sánchez  
 Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias      **Coordinadora de Áreas Médicas**  
**Director General**      Dr. Arturo Viniegra Osorio  
**División de Excelencia Clínica**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**  
 Lic. Laura Vargas Carrillo  
**Titular del organismo SNDIF**

**Petróleos Mexicanos**  
 Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin  
**Director General**

**Secretaría de Marina Armada de México**  
 Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz  
**Secretario de Marina**

**Secretaría de la Defensa Nacional**  
 General Salvador Cienfuegos Zepeda  
**Secretario de la Defensa Nacional**

**Consejo de Salubridad General**  
 Dr. Leobardo Ruíz Pérez  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Luis Rubén Durán Fontes	Presidente
	<b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b> Dr. Pablo Antonio Kurí Morales	Titular
	<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b> Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b> Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b> Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
	<b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b> Dr. Leobardo Carlos Ruiz Pérez	Titular
	<b>Secretario del Consejo de Salubridad General</b> Mtra. Rosa María Galindo Suárez	Titular
	<b>Directora General Adjunta de Priorización del Consejo de Salubridad General</b> General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
	<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b> Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	<b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México</b> Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b> Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
	<b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b> Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
	<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b> Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	<b>Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b> Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	Titular
	<b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b> Dr. José Mejlem Moctezuma	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b> Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
	<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b> Dr. Esteban Puentes Rosas	Titular
	Encargado del Despacho. <b>Dirección General de Evaluación del Desempeño</b> Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	<b>Director General de Información en Salud</b> M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del Presidente del CNGPC
	<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b> Dr. Agustín Lara Esqueda	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	Dr. Juan Lorenzo Ortegón Pacheco	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa	Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
	<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b> Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b> Dr. Eduardo González Pier	Asesor Permanente
	<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b> M. en C. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.</b> Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.</b> Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b> Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud</b> M. en C. Mercedes Macías Parra	Invitada
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría</b> Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC</b>	