

Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados



**Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados.
Resumen ejecutivo**

Primera edición, 2013

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-088-2

Hecho en México
Made in Mexico

Esta obra se terminó en marzo de 2013

Proyecto financiado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
SSa/IMSS/ISSSTE-Conacyt 87671

Responsable

Dra. Ma. Guadalupe Ruelas González

Equipo de trabajo

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte
Dra. Hortensia Reyes Morales
Mtra. Ma. Teresa Velasco Jiménez
Dra. Verónica Montes de Oca Zavala
M.E. Lilia Medina Zarco

Fotografía

“El caminante”, de Armando Farías Martínez

Contenido

Principales hallazgos y recomendaciones	4
Etapa I. Percepciones del personal, adulto mayor, cuidador y familiar	4
Etapa II. Resumen propuesta Modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor	6
Antecedentes	7
Metodología	10
Resultados. Etapa I	12
Sospecha de maltrato familiar en adultos mayores usuarios de servicios de salud	12
Necesidades y factores que obstaculizan el proceso de atención en salud del maltrato familiar hacia el adulto mayor	13
Necesidad de vinculación del sector salud con instituciones de asistencia social y legal para la referencia y contrarreferencia	18
Resultados. Etapa II	19
Modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor	19
Gráfica del modelo	21
Modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor	21
Referencias	22

Principales hallazgos y recomendaciones

Etapa I. Percepciones del personal, adulto mayor, cuidador y familiar

Sospecha de maltrato familiar en adultos mayores usuarios de servicios de salud

Hallazgo

- El personal de salud estima que 30 a 40% de los adultos mayores (AM) que reciben consulta médica posiblemente sufre algún tipo de maltrato familiar que conlleva la pérdida de consultas y falta de control de padecimientos.
- En urgencias y hospitalización, calculan que existe abandono del AM de entre 5 y 10%. Puede incrementarse los fines de semana o días festivos, lo que genera riesgo de infecciones hospitalarias y retraso de egresos.
- Enfatizan en la reincidencia de atención de estos casos y la dificultad para localizar a los familiares de AM maltratados o abandonados en los servicios de salud.

Recomendaciones

- Establecer indicadores en los servicios de salud para la detección del AM maltratado.
- Desarrollar un sistema de información para la evaluación y atención del AM maltratado.

Necesidades y factores que obstaculizan el proceso de atención en salud del maltrato familiar hacia el AM

Hallazgo

- El personal de salud se reconoce como causante de maltrato en los servicios de salud, debido a la falta de paciencia y exceso de trabajo, entre otros. Se expresa en rechazo, invisibilidad (no tomar en cuenta al AM) y trato inadecuado.
- Falta de capacitación y sensibilidad para atender las necesidades del AM maltratado.
- Desconocimiento del protocolo para la atención del maltrato familiar en el AM.
- Desconocimiento del procedimiento jurídico para el aviso o notificación de casos de maltrato.
- Carencia de interdisciplinariedad y prioridad a la atención de los problemas orgánicos, dejando de lado los psicosociales (maltrato).

- Los tiempos asignados de consulta son insuficientes, sobre todo en urgencias.
- Carencia de programas de capacitación, prevención y atención para el cuidador o familiar del AM.
- Es escaso el personal de salud especializado en la atención del AM.

Recomendaciones

- Educar y concientizar al personal de salud, en la problemática biopsicosocial del AM; su dignidad, derechos, preferencias, bienestar personal y la buena praxis profesional.
- Diseñar y ejecutar protocolos y guías de práctica clínica de atención gerontológica dirigidas al personal de salud para el abordaje integral del maltrato familiar en el AM.
- Proporcionar al personal de urgencias, hospitalización y consulta externa, un instrumento de rápida aplicación para la detección del maltrato.
- Implementar programas de capacitación, prevención y atención para el cuidador del AM.
- Analizar los perfiles profesionales y apoyar la apertura de plazas de contratación de gerontólogos, gericultistas y psicólogos, en especial en el primer nivel de atención en la salud.
- Incidir en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud para incluir el tema del maltrato a los AM en los programas de estudio.

Necesidad de vinculación del sector salud con instituciones de asistencia social y legal para la referencia y contrarreferencia

Hallazgo

- Carencia de vinculación del sector salud con instituciones sociales y legales.
- Existe duplicidad de funciones y falta de vinculación entre las instituciones de salud, sociales y jurídicas.

Recomendaciones

- Realizar convenios con instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inapam), las comisiones de derechos humanos, las procuradurías que atiendan a este tipo de población, entre otros, para la referencia y contrarreferencia de casos y retroalimentación de experiencias y conocimientos.
- Establecer una coordinación intersectorial para la atención integral del maltrato hacia el AM.
- Establecer un registro único de casos de maltrato y reforzar la obligatoriedad de notificación por parte de todos los sectores.

Etapa II. Resumen propuesta Modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor

Con base en los resultados y para dar respuesta a una necesidad no atendida, el modelo contempla la sensibilización, formación y orientación específica del profesional de salud, de modo que aumente su grado de conciencia del problema;¹ significa contar con una guía, un protocolo y un instrumento adecuado con el que se pueda detectar rápidamente la existencia de maltrato, así como tener indicadores en los servicios de salud para identificar tanto a las personas en riesgo de maltrato, como a aquellas que ya están siendo maltratadas;² formula nuevos roles profesionales, revisa algunos sistemas organizativos y en este sentido otorga un papel fundamental a la atención primaria en salud, a través de la cual se abren nuevos canales de comunicación intersectorial; diseña intervenciones interdisciplinarias para dar respuesta a los problemas del maltrato, protegiendo y cubriendo las necesidades de salud del AM maltratado, con lo que propicia su autonomía, favorece su inclusión social, mejora su bienestar y garantiza el ejercicio de sus derechos³ en los servicios de salud.

Antecedentes

La relevancia que para México tiene la atención a los adultos mayores (AM), se debe a que constituyen el grupo poblacional de más rápido crecimiento; a las condiciones de vida y salud que tienen la mayoría de los AM y al incremento en la violencia, lo cual los sitúa en una condición de vulnerabilidad social. De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), en el año 2010 residían en México 10 millones (9%) de personas de 60 años o más, y para el año 2050 se proyecta que alcanzarán 33.8 millones (27.7%).⁴ El envejecimiento de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, debido a que en este grupo de edad se presentan las mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica de toda la población.

La Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores⁵ define el maltrato como “La acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”. El maltrato puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. En cualquier escenario puede existir maltrato y si bien el más reconocido es en el núcleo familiar, también se puede presentar en las instituciones de atención a la salud.

Algunos estudios realizados en el ámbito internacional indican que entre los factores que agravan el riesgo de maltrato, descuido y explotación se encuentran: el género, la ayuda formal e informal, el deficiente estado de salud de los AM, la depresión y la edad avanzada, así como el vivir en condiciones de pobreza, carecer de apoyo familiar, el aislamiento social y la complicada relación de interdependencia y vinculación emocional de la persona maltratada y su agresor.⁶ Otros factores agravantes son el arraigo cultural de las premisas sociales que “normalizan” la violencia familiar, la percepción de que este problema es de índole privada, y las reacciones de vergüenza, temor o desprestigio que conlleva hablar del maltrato en público.⁷ Otros estudios indican que 4 a 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar,^{8,9} aunque se calcula que solamente uno de cada cinco casos se denuncia a las autoridades. Por otra parte, estudios realizados en Canadá, el Reino Unido, España, Estados Unidos,¹⁰ Colombia,¹¹ Chile,¹² así como informes de la OMS¹³ demuestran que el maltrato en AM es un problema prevalente y creciente en todo el mundo.¹⁴

En México la encuesta sobre violencia intrafamiliar de 1999¹⁵ registró que 18.6% de la población de 60 años o más vivía en hogares donde se presentaban actos violentos. Según datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), en 2001 se presentaron nueve mil denuncias por violación a los derechos humanos en AM y para 2002 esta cifra ascendió a 18 mil.¹⁶ En la Encuesta Nacional

sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (EnDIREH 2006), se registró que del total de mujeres mayores de 60 años, 27% sufría violencia de pareja y 14% por familiares e integrantes del hogar. En estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2008 en diferentes estados de la República mexicana se encontró que entre 16 y 17% de los AM han manifestado maltrato dentro del ámbito familiar.¹⁷

A pesar del incremento alarmante de denuncias de maltrato por parte de los AM, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) señaló que la mayoría de los AM no denuncian los abusos y cuando lo hacen se enfrentan a la falta de capacitación del personal de salud. Además indicó que los sistemas de salud no están organizados para dar atención adecuada a esta población, debido principalmente a que las dependencias públicas carecen de la infraestructura o los especialistas para proporcionar los servicios básicos, en este caso para los AM maltratados.

Para dar una idea de la gravedad de la situación, mientras que la Organización Mundial de la Salud recomienda un geriatra por cada 10 mil habitantes, en México sólo hay uno por cada 100 mil, y para 2009 apenas existían 414 geriatras certificados.¹⁸

Entre los principales obstáculos que enfrenta el sistema de salud para el problema del maltrato destacan el desconocimiento de este fenómeno, de su prevalencia, de los aspectos legales, así como el temor a perder la confianza del paciente o a causar un mayor daño, represalias o problemas legales. Además, el desconocimiento de protocolos para evaluar y responder ante casos de maltrato,¹⁹ la falta de experiencia en la evaluación o la simple negligencia, y la falta de coordinación entre las instituciones y los profesionales agravan el problema.

Aunado a lo anterior, se ha establecido que uno de los sectores laborales más expuestos al maltrato hacia el AM es el sector salud, lo cual tiene un impacto significativo sobre la eficacia de los sistemas de salud, amenaza la calidad de la atención y la atmósfera de cuidado que debiera existir en dichos establecimientos.¹ La información existente sobre el tema todavía es escasa, pero se supone que es un fenómeno frecuente. Algunos estudios han documentado abuso físico o psicológico por personal de salud con una prevalencia de hasta 10 y 40% respectivamente.²⁰ Todo lo cual, en parte, puede subsanarse con la capacitación y concientización del personal de salud; una educación sobre los problemas sociales, económicos y demográficos en que viven los AM y con la atención de las propias necesidades de capacitación reportadas por el personal de salud.

En México se han generado entre otros documentos la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en donde se establecen sus garantías en instituciones públicas del sector salud,²¹ así como la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, que establece la prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar,²² la cual provee una serie de indicadores para detectar distintos tipos de violencia y establece que debe llevarse a cabo con oportunidad, calidez, confidencialidad, honestidad y respeto a la dignidad, y al mismo tiempo establece la obligación de dar aviso al Ministerio Público (primera instancia del sistema judicial) y el registro a la Secretaría de Salud sobre los casos de violencia familiar detectados. La situación de los adultos mayores es protegida y regulada desde diversas disposiciones legales.

Ante este panorama se hace impostergable la implementación de modelos de atención que orienten el diseño de los recursos y sus intervenciones técnicas. El respeto a la dignidad del individuo como ser único, a sus derechos, a sus preferen-

cias y la búsqueda del bienestar personal, son valores esenciales en la atención del maltrato hacia el AM. En los servicios de salud estos principios, en ocasiones sujetos a numerosas normas organizativas, condiciones laborales y rutinas asistenciales, suelen quedar pendientes o tropezar con importantes dificultades.

El objetivo de la investigación es proponer un modelo de atención integral para la detección, diagnóstico y manejo del AM maltratado en los servicios de salud, con base en la percepción de los prestadores de servicios de salud, AM, cuidador o familiar y sectores institucionales que atienden problemas de maltrato, identificando y analizando el maltrato en los servicios de salud, así como las necesidades y factores que obstaculizan o facilitan los procesos de atención.

Metodología

El estudio se realizó en dos etapas: I) identificación de percepciones de prestadores de servicios, AM, cuidador y familiar; II) diseño del modelo de atención.

Etapla I. Para la identificación de las percepciones se realizó un estudio de diseño transversal que incorporó la estrategia de triangulación entre métodos, es decir, la combinación de técnicas de levantamiento de información cualitativa y cuantitativa para estudiar un mismo fenómeno.²³

Selección de lugares de estudio

Se efectuó con el objetivo de garantizar una mayor diversidad cultural, en tanto que la cultura, entendida como prácticas y creencias locales, es un elemento potencialmente diferenciador en la problemática del maltrato al AM; así, se tomaron tres áreas geográficas: norte, centro y sur. Además se seleccionaron los estados que para 2008 tuvieron una proporción de AM por arriba de la media nacional (8,37%) y dentro de estos estados, los municipios que contaran con unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Salud con 1º y 2º niveles de atención. Los municipios seleccionados fueron Monterrey, Oaxaca y Cuernavaca.

Levantamiento de datos

Se realizaron presentaciones con directivos del sector salud, a fin de contar con su aprobación y disponibilidad de lugares para realizar las entrevistas al personal que estaba en contacto con AM (personal de salud de consulta externa general, especialidad, urgencias y hospitalización). Cada institución proporcionó información sobre las zonas de influencia de acuerdo con el mayor número de AM que atendían. Se hicieron visitas domiciliarias para realizar las entrevistas a los AM, su cuidador y familiar no cuidador (en caso de contar con ellos). Asimismo, se efectuaron entrevistas a los Ministerios Públicos de algunas instituciones de salud y otras instituciones sociales y legales, así como organizaciones de la sociedad civil (OSC) que atendían casos de violencia. El total de entrevistas efectuadas fueron: personal de salud 89; AM, cuidador y familiar 111; otras instituciones 12. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas, previo consentimiento informado. Para tal fin, se diseñaron guías para cada tipo de informante y se efectuó el análisis con base en lo establecido en la teoría fundamentada. Los datos se agruparon para ser presentados en tres categorías: 1) sospecha de maltrato familiar en AM usuario de servicios de salud, se refiere a la identificación de maltrato familiar en el AM por parte del personal de salud; 2) necesidades y factores que obstaculizan el proceso de atención en salud del maltrato familiar

hacia el AM, se refiere a comportamientos o actitudes negativas y conocimientos del personal de salud sobre el maltrato hacia el AM, así como aspectos organizacionales que contribuyen a una inadecuada atención en salud del maltrato familiar en el AM; 3) vinculación del sector salud con instituciones de asistencia social y legal para la referencia y contrarreferencia, identifica la participación de estas instituciones con los servicios de salud en la atención del maltrato.

Etapa II. Diseño de un modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor. Con los resultados obtenidos y después de revisar diferentes propuestas de organizaciones internacionales de atención al AM maltratado, se elaboró el modelo tomando como base conceptual la definición de maltrato hacia el AM de la Declaración de Toronto⁵ y tomando como dimensiones los tipos de maltrato establecidos: psicológico/emocional, físico, sexual, económico y negligencia/abandono; asimismo se fundamenta en los principios de autodeterminación, dignidad, derechos y bienestar personal del AM en todas sus estrategias, pretendiendo dar respuesta a las inquietudes y demandas manifestadas por las personas entrevistadas en el contexto mexicano así como a acuerdos y convenios establecidos por México ante organismos internacionales.²⁴

Resultados

Etapla I

Sospecha de maltrato familiar en adultos mayores usuarios de servicios de salud

El personal de salud manifiesta que durante la atención al AM no es raro encontrar casos de maltrato por parte de la familia. Entre los signos que observan, se encuentran: moretones, rasguños, cicatrices, fracturas, fisuras, heridas abiertas o mal atendidas, desnutrición y falta de aseo personal. Asimismo indican que algunas conductas hablan de maltrato psicológico como los signos de tristeza, depresión, miedo, falta de ganas de vivir, enojo y comportamiento retraído o una rotunda negativa a cooperar en su recuperación.

Los médicos de consulta externa manifiestan la gran problemática que enfrentan al tener que atender AM frágiles (con cierto grado de sordera, ceguera, pérdida de memoria, inclusive demencia), solos en consulta. El porcentaje de este grupo de AM es calculado por los profesionales de salud entre 50 y 80%, lo cual, a decir de ellos, causa pérdida de citas, de análisis de laboratorio y gabinete, falta de adherencia terapéutica, olvido de indicaciones del médico. Adicionalmente, son menos rápidos para reaccionar ante alguna eventualidad que pudiera ponerlos en riesgo, como el andar solos en la calle, lo que los somete a un gran estrés. El personal de salud calcula que del total de los pacientes AM que atienden en consulta entre 30 y 40% llega con problemas de maltrato familiar.

... recién acaba de salir una paciente y [es] una experiencia frecuente, consecuencia de que vienen solos, en cualquier lugar por su capacidad limitada son presa fácil de las personas que les roban... , entonces, estos pacientes necesitan mucha compañía.

Por otra parte el personal de salud mencionó que entre 5 y 10% de AM son abandonados en los hospitales y en urgencias. Varios refirieron que esta cifra puede duplicarse en días festivos o fines de semana. Señalan que este tipo de casos ocasiona retraso en los pacientes que se tienen que dar de alta, problemas psicológicos en el AM y propensión a infecciones.

... Muchas veces aquí vienen con el familiar, el ancianito, la ancianita, mucho muy deteriorado y a la hora que los ingresas al piso para tratar de corregir situaciones de descompensaciones metabólicas, ya no encuentras a los familiares, simplemente desaparecen, ya no vienen, de repente el paciente incluso llega a fallecer y no hay nadie que reclame el cuerpo o que venga a hacer los trámites para

el duelo, el velorio, la sepultura y todo eso, lo hemos visto aquí, no rara vez, sino con cierta frecuencia.

Los profesionales de la salud manifiestan que se ha detectado un patrón de reincidencia en los AM con sospecha de maltrato ya que es frecuente que regresen por atención médica. Además, indican la dificultad para localizar a los familiares.

... Pero yo insisto que trabajo social tiene mucho que ver, mucho que ver, detectar un caso así solamente derivarlo tanto a trabajo social como a las psicólogas, y el obligar a los familiares, porque yo soy testigo de que trabajo social les ha dicho —si usted no se presenta, se va a dar aviso al Ministerio Público—. Entonces vienen los familiares, hacen acto de presencia y se vuelven a ir otra vez. Estar sobre ellos está cañón, no podemos estar como mamás o papás de ellos; y desafortunadamente, a veces nos ha sucedido, sacamos al paciente de su estado de desnutrición, de descuido en el que llegan, los damos de alta, y como sufren abandono social, vuelven a ingresar en las mismas condiciones por descuido, entonces, como le decía yo a mi compañera, —ese paciente que está en abandono, lo vamos a sacar pero va a volver a ingresar, porque se encuentra en abandono, en descuido—, entonces, incluso mi compañera me contesta —puro desgaste para nosotros y ¿para qué?, si de todos modos va a estar igual, ya no le echamos las mismas ganas—.

Necesidades y factores que obstaculizan el proceso de atención en salud del maltrato familiar hacia el adulto mayor

El personal de salud no proporcionó una definición de maltrato hacia el AM, pero lo reconoce al explicar los tipos de maltrato más conocidos como el psicológico, físico, económico y la negligencia, muy pocos refirieron el maltrato sexual. Por otra parte hicieron alusión a otros tipos de maltrato como el *abandono social*, que identificaron en la asistencia a consulta de AM solos; *maltrato por discriminación*, *maltrato verbal*, *maltrato por descuido*, *maltrato mental*, siendo los matices sobre los tipos de maltrato muy variados.

...específicamente del adulto mayor pues se manejan varios conceptos, desde luego que involucramos desde el daño físico, emocional, psicológico, también el económico, también consideramos el abandono, la falta de atención, el aislamiento social, la falta de protección en materia de salud.

Entre los obstáculos para la atención del AM maltratado, se encontró que el propio personal de salud indicó que el maltrato al AM es frecuente por los prestadores de servicios de salud y el personal en general, el cual se manifiesta en acciones como no dar al AM la atención ni el tiempo que requiere, regañarlo o hablarle de forma

imperativa y tratarlo de forma grosera, esta acción piensan, es la expresión de un ejercicio de poder que incluso, en ocasiones se extiende a los familiares del AM.

... pues aquí, la forma que le hablan a la persona, al paciente, al familiar —sálganse porque no es hora de visita—, o —espérense allá afuera— o —ahorita no tengo tiempo—, o se olvidan de la persona, no le dan la atención, hay trabajadoras sociales que también lo hacen igual, no le dan la confianza, no le dan la atención adecuada que corresponde o requiere el familiar o al paciente ¿no?

Los testimonios de los AM sobre el maltrato hacia ellos por el personal de salud permitieron profundizar este aspecto.

Los AM manifestaron que entre los problemas para la atención del maltrato se encuentran la negligencia y el maltrato psicológico por parte del personal de salud. A decir de ellos los problemas que enfrentan en los servicios de salud son: la falta de sensibilidad, de paciencia, rechazo y trato despótico; hacen hincapié en la dificultad que tienen para poder transmitir sus problemas de salud.

Ella sonreía y todo [*se refiere a la médica*],... haga de cuenta que yo iba enfermito y me sentía bien, desde antes de que me diera la medicina [*la médica*], porque es muy importante la psicología también, todo eso transmite y eso es bueno. Entonces, sí me gustaría que el médico que atiende a uno, fuera de que levante el ánimo pronto, de una sensibilidad que sintiera uno, que le está ayudando desde que nos está viendo, porque si llegamos y el médico está todo por allá con mala cara, no hay razón para que se pueda expresar uno también.

Los AM mencionan que el personal de salud no tiene el tiempo ni la paciencia para indagar sobre sus problemas, indican que debería ser capacitado y tener mayor sensibilidad para brindar una mejor atención.

Pero aquí el médico [*de la institución*], luego dice que tiene diez minutos para uno, entonces ni puede uno platicar con él, porque, —lo que pasa es que no tenemos mucho tiempo— dice [*el médico*].

... porque a veces nos rechazan o no nos tratan como deberían, —ahí espérese, todavía le falta—, luego nos dicen [*el personal de salud*].

El personal de salud estableció la falta de capacitación y concientización en todo el personal que labora en los servicios de salud y que tiene contacto con los AM. Arguyen que sin esta formación, es difícil que el personal comprenda a los AM y actúen de un modo apropiado con ellos. Entre los temas más solicitados por el personal de salud, se encuentran: *la gerontología, el proceso de envejecimiento, aspectos sociales* [del envejecimiento], *limitantes funcionales normales en un AM, la disfunción por la edad* [en contraste con] *la disfunción por patología, entre otros aspectos*.

La educación y la cultura en el área de salud al respecto del adulto mayor, ha sido ¡huuy! muy poca, y es muy necesario la capacitación sobre estos aspectos ¿no? Y más aún que, pues estamos viendo que nuestra edad cada vez es mayor, estamos llegando a 80, 90 años, yo creo que sí se pasa por alto, pero hay que seguir fomentando la educación al respecto de estas edades.

Los AM indicaron como maltrato que en la consulta externa, muchas veces les señalan que no les darán la consulta porque no van acompañados de algún familiar, pero ellos no pueden obligar a sus hijos, ya que tienen que trabajar o hacer sus actividades cotidianas.

... Porque los hijos en primer lugar, no se prestan para acompañarlo a uno, ¿por qué?, porque los hijos trabajan, los hijos tienen preocupaciones, los hijos, al anciano lo abandonan, pues, como un niño como decía yo, como un niño, unos que Dios nos ayuda, vemos cómo entramos y salimos y ahí se acabó todo.

El personal de salud, desconoce la existencia de algún protocolo, guía e instrumentos para la detección y atención del AM maltratado. Sin embargo, en algunas instituciones llevan a cabo algunas acciones como turnar al AM maltratado al área de trabajo social, o con alguna enfermera que se limita a hablar con los familiares, o los remiten con el psicólogo, pero no existe un seguimiento de estos casos. En el área de urgencias llevan a cabo el protocolo de notificar al Ministerio Público cuando existe alguna lesión.

Mire, yo creo que es necesario un protocolo, sí, es muy necesario. Sin embargo por los recursos que contamos nosotros en esta clínica en especial, no podemos hacer, ni detecciones, ni un seguimiento. ... Pero yo creo que teniendo un grupo [*de profesionales para atender a los AM maltratados*], podríamos detectar más cosas, podríamos solventarlo mayormente las situaciones que se presentan y eso va a secundar en una prevención en todas las enfermedades. La visita domiciliaria aquí la realiza un médico, pero ese médico me tiene que dar consulta, y tiene que salir, entonces no está como tal dedicado al 100%, y la trabajadora social [*tampoco*], tengo una sola trabajadora social que tiene que estar aquí y que no puede salir a todas las visitas domiciliarias, lo mismo en enfermería, pero yo creo que sí sería primordial tener el equipo específico para hacer todas estas detecciones.

El personal de salud desconoce las normas y reglamentos para la atención de la violencia intrafamiliar, así como los derechos y obligaciones del AM y del personal de salud. Entre los testimonios, se identificó una renuencia a hacer la notificación de casos identificados a las instancias correspondientes. El personal de salud refirió estar desprotegido legalmente (hasta el punto de estar en peligro de perder su cédula profesional), además de que los trámites burocráticos que tuvieran que efectuar en las

oficinas del Ministerio Público representan una pérdida de tiempo. Otro aspecto que los desmotiva a notificar es el miedo a represalias, el sentimiento de culpa y posibles problemas con los familiares.

Ok, voy y pongo la denuncia al Ministerio Público, ok, la genero yo, yo genero la querrella, pero si en la audiencia el anciano sale que sí es maltratado ¿a dónde va?, no hay instancias que los recojan, que se hagan cargo de él, y ¿qué va a suceder?, le voy a hacer un mal peor, porque en dado momento, lo que va a suceder, es que el familiar o los familiares van a estar en contra de él o al ratito el paciente se retracta y yo voy a quedar mal y luego el paciente no regresa o si lo hace, ya no se puede atender igual.

Los profesionales de la salud manifestaron que no existe comunicación, interacción, integración y retroalimentación entre el propio personal para intervenir en la atención del AM maltratado.

Yo creo que hace falta el equipo, hacer equipos, yo estoy seguro que en este caso, yo le digo que los médicos familiares podrían ser el equipo de medicina familiar, no tanto el de geriatría, (...) y que sea medicina familiar el que vea la otra parte social de la familia, qué engloba esa familia, qué problemática tiene esta familia para que actúe así para este adulto mayor, que a lo mejor *[se puedan hacer]* sesiones conjuntas *[donde]* se pueden presentar casos de ese tipo.

Indicaron que las áreas de especialidad solo se dedican a atender el padecimiento y difícilmente indagan sobre problemas de maltrato.

Sí, aquí la cuestión debe ser más interdisciplinaria porque el médico, por desgracia, aquí en los hospitales de alta especialidad se van a abocar sólo a la lesión, por ejemplo una fractura, el traumatólogo que no es muy sensible a todo el entorno social sino nada más se va a lo que es la atención de la fractura, el daño, sólo se va a dedicar a ver la fractura y la va a operar sobre todo en cirugía, pero no tiene tanto contacto con el paciente. ¡Es muy difícil!, o sea, la gente más sensible de identificarlo o reconocerlo *[el maltrato]* puede ser en enfermería o trabajo social, porque el médico aquí en los hospitales, solamente va a dirigirse al problema y sobre todo si es físico como en los casos de traumatismos, sólo se va a dedicar a eso... falta personal *[especializado]* para estos casos.

Otro problema señalado por el personal de salud, se refiere a que muchos de los maltratados llegan con lesiones que son atendidas en el servicio de urgencias, instancia frecuentemente saturada e inapropiada para hacer las indagaciones correspondientes, lo que dificulta dar seguimiento a todos los casos de maltrato a adultos mayores.

... la mayoría que llega aquí con una lesión, *[llega]* por urgencias (...) y urgencias siempre es el servicio más saturado de todos, entonces de entrada cuando uno ve una lesión, lo único que puede hacer en urgencias es avisar al Ministerio Público, dar aviso, que vengan, que certifique que tiene esas lesiones y demás, ahí sería ya un poco difícil integrar el caso, tal vez cuando ya haya subido a hospitalizarse por la lesión que le haya causado, entonces ahí podría ser una atención interdisciplinaria, pedirle sobre todo a psiquiatría o a psicología un apoyo para verlos, en este caso a veces tenemos geriatras que *[serían]* las personas que ya con un poquito más de tacto y sensibilidad pudieran hacerlo, pero no en el momento de la atención urgente porque de hecho entrarían por urgencias, porque en la consulta también sería un poco difícil de estarlos identificando, ya hasta que tiene las lesiones es lo más fácil, entonces tal vez en urgencias sólo se determinará lo físico pero ya para que puedan hablar y expresarse y demás, tendría que ser una atención más interdisciplinaria pero a nivel de hospitalización.

El personal de salud del primer nivel de atención indicó la dificultad que tiene para atender al AM maltratado, debido a la alta demanda de servicios de este grupo poblacional, así como la multiplicidad de programas que tiene que llevar a cabo y la carencia de recursos.

Mire, por ejemplo hay en la *[institución]* una cantidad muy fuerte de programas, entonces aquí el personal lo que le dice a uno como directivo, este —uf, ¡otro programa más me vas a cargar!, el tiempo no me alcanza para eso— entonces sí crear, un *[servicio]* especial pero con personal altamente capacitado, específicamente para atender este tipo de casos. Una optimización o una reorganización, una reestructuración o una reingeniería o como se pueda llamar. Podría ser un recurso que realmente no está siendo utilizado sino subutilizado; de la infraestructura, a lo mejor no es necesario invertir tanto dinero para crear un espacio, pero si designaran recursos y de preferencia algún personal con bastante capacitación continua, actualización, etc., para no distraer las labores, porque entonces vamos a crear otro problema.

Las instituciones no incorporan una estrategia de capacitación a los familiares, quienes desconocen cómo se debe atender a un AM y cuáles son sus necesidades, en especial cuando el AM presenta algún tipo o grado de demencia que requiere mayor atención y cuidados especiales, lo que puede conllevar al maltrato hacia el AM por parte de su cuidador.

El personal de salud aceptó que el maltrato a los adultos mayores es un problema que rebasa a las instituciones de salud. Señalaron que hace falta personal de salud formado en gerontología y otras áreas de salud que puedan brindar la atención que necesita el AM maltratado, sobre todo en el primer nivel de atención hospitalaria.

Necesidad de vinculación del sector salud con instituciones de asistencia social y legal para la referencia y contrarreferencia

El personal de salud señaló la necesidad de tener una vinculación con instituciones de asistencia social y legal que puedan recibir y atender los casos de maltrato familiar en el AM que son detectados en los servicios de salud.

De igual forma, el personal de salud indicó que gran parte del personal de los ministerios públicos y las instituciones sociales no tiene formación o capacitación para atender las necesidades del AM maltratado.

... Si se denuncia, las autoridades están muy frías en este sentido, la gente también no está sensibilizada, entonces ¿qué puedes hacer, qué puedes hacer para ayudar a una persona maltratada? y por lo mismo no se denuncia muchas veces, a mí me ha tocado, en dos ocasiones me ha tocado presentar, denunciar un maltrato severo, que llegaron dos personas en diferente tiempo con un grado de desnutrición tremendo, pero en una de las veces, pues aquí el director dijo —intérmelo— y hasta ahí llegaron.

En los tres estados de estudio se identificaron diferentes instancias para la atención de casos de maltrato familiar en el AM, que no son específicas para este grupo de la población. Solo en Monterrey se tiene la Procuraduría del Adulto Mayor, la cual atiende todos los casos de maltrato al AM que son reportados.

En la mayoría de las instituciones se encontraron muchos esfuerzos, el deseo y afabilidad de brindar una buena atención al AM maltratado, pero la gran labor se ve limitada al no tener vínculos entre instituciones, pocas manifestaron tener algún contacto con los servicios de salud y no se tiene un seguimiento de los casos. Los trámites son largos y en ocasiones el resultado de las investigaciones causa desencuentros entre el personal. Un mismo caso puede ser dictaminado como maltrato requiriendo alejamiento de la familia o bien ser dictaminado como maltrato pero no reunir los requisitos para ser aceptado en algún albergue, o bien dictaminado como no maltrato. Los Ministerios Públicos entrevistados indicaron que sólo acuden a algún servicio de salud cuando existe lesión reportada y en caso de detectar maltrato familiar lo turnan a diversas instituciones.

Resultados

Etapla II

Modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor

Se fundamenta en los principios de autodeterminación, dignidad, derechos y bienestar personal del AM en todas sus estrategias.

Integración interdisciplinaria: en esta estrategia se formará un equipo interdisciplinario con enfoque gerontológico, psicológico, legal y pedagógico en el primer nivel de atención, el cual es el eje integrador interdisciplinario y de enlace interinstitucional para llevar a cabo las siguientes acciones:

- a) Capacitar y concientizar al personal de consulta externa, hospitalización y urgencias del 1º, 2º y 3º nivel de atención. Esta acción proporciona al personal de salud las herramientas necesarias para la atención adecuada y detección del maltrato familiar hacia el AM. Para tal fin se elaboraron indicadores para ser detectados en el AM y en los servicios de salud; de igual forma se diseñó un instrumento validado de fácil y rápida aplicación para detectar el maltrato, se proporciona una guía clínica y un programa de capacitación sobre aspectos gerontológicos (enfaticando los aspectos psicológicos y sociales del AM), éticos y legales. Con todos estos elementos el equipo gerontológico interdisciplinario educará y concientizará al personal de salud para que durante la consulta médica del AM observe, relacione lo observado con los indicadores de maltrato, atienda el problema de salud y en caso de sospecha, aplique el instrumento de detección de maltrato. Estas actividades serán implementadas en todas las áreas señaladas, excepto en caso de que en el área de urgencias se presente un AM con lesiones, para lo cual se realizarán los procedimientos establecidos. Una vez detectado un caso de maltrato se referirá al equipo gerontológico interdisciplinario para su atención.
- b) Atención integral al AM. El equipo gerontológico interdisciplinario será el responsable de recibir y atender los casos de maltrato familiar en AM detectados en las áreas de consulta externa, urgencias y hospitalización. Sus acciones estarán siempre basadas en la autodeterminación, dignidad, derechos y bienestar del AM.
 - Brindará atención integral y asesoramiento al AM, efectuará valoración del cuidador y familia y atención en caso de requerir, así como una valoración del domicilio y comunidad.
 - Referirá el caso de maltrato (si procede) a instituciones de salud especializada o a instituciones de asistencia social o legal para su atención.
 - Capacitará y concientizará al cuidador, familia, comunidad y al AM, quien además recibirá técnicas de empoderamiento.

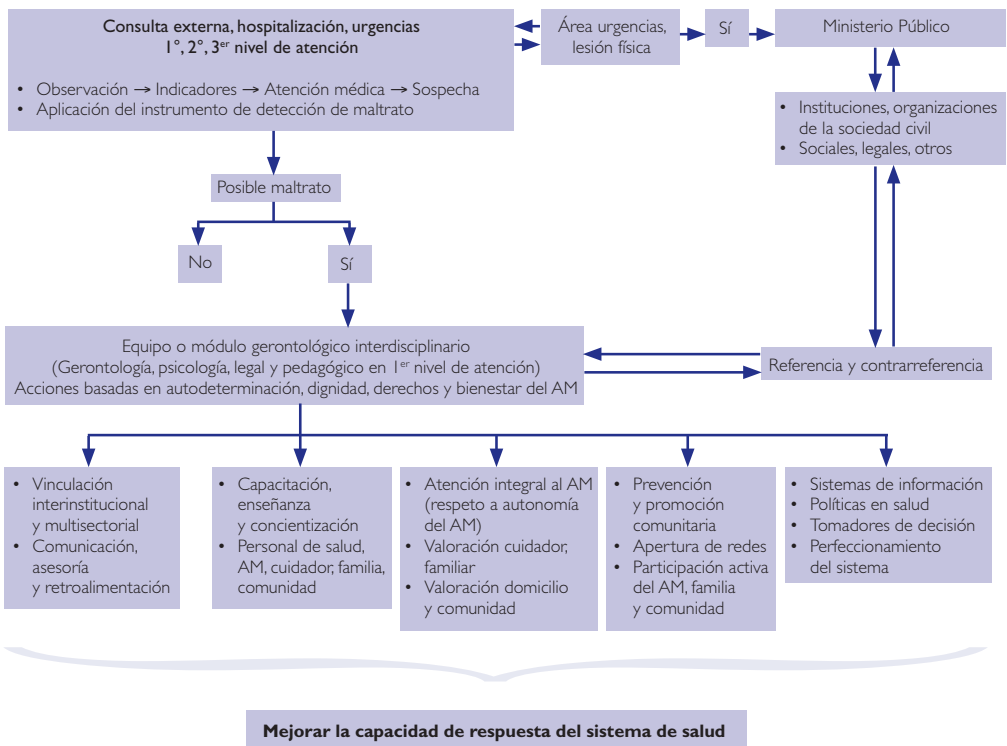
- **Prevención y promoción comunitaria.** Dentro de estas acciones el equipo gerontológico multidisciplinario buscará la apertura de redes sociales a través de instituciones sociales o legales, o grupos de autoayuda con el objeto de lograr la participación activa del AM, cuidador, familia y comunidad.

Interinstitucionalidad: con esta estrategia el modelo propone la vinculación del sector salud con diferentes sectores institucionales mediante la apertura de un canal de comunicación, asesoría y retroalimentación de experiencias, capacitación y redes sociales de apoyo constituidas para el maltrato familiar hacia el AM, así como enlaces para la referencia y contrarreferencia de casos de maltrato. Para tal fin se definirán los sectores de enlace, instituyendo las bases de participación y responsabilidades, con el fin de conjugar esfuerzos para la atención interinstitucional.

Sistema de información: el modelo propone aplicar la norma NOM-046-SSa2-2005, haciendo énfasis en la utilización obligatoria de los formatos establecidos para dar aviso al Ministerio Público y el registro de atención en casos de violencia familiar o sexual. Se propone revisar este, actualizarlo, adecuarlo o generar uno acorde con los requerimientos específicos para el maltrato hacia el AM y asimismo, implementar un sistema de información electrónico para el control, vigilancia y monitoreo de los casos atendidos por maltrato familiar hacia el AM. Estos sistemas proporcionarán información para la sociedad y tomadores de decisión, permitiendo la generación de investigaciones, intervenciones, políticas en salud y retroalimentación del modelo de atención en salud integral para el maltrato familiar hacia el adulto mayor.

Gráfica del modelo

Modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor



Referencias

1. Chapell D, Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Violence at work. Geneva: International Labour Organization. 2002:11-14
2. Ruelas González MG, Pelcastre Villafuerte BE, González VT. Percepción de médicos de consulta externa respecto al maltrato en el adulto mayor. En: Gerontología Social. Estudios de Argentina, España y México. Universidad Autónoma de Chiapas, 2011:175-196.
3. Martínez Rodríguez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad y dependencia. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 2011:11-207.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2011. México, INEGI, 2012.
5. OMS. Declaración de Toronto. Washington. 2002.
6. Brubaker TH. Family relationships in late life. Sage Publications; London. J Clin Epidemiol 1988; 41:441-9.
7. ONU. El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Nueva York, marzo 2002.
8. Pillmer KA, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontologist 1988;28.
9. Podkieks E. National Survey on Abuse of the elderly in Canada. Journal of Elder Abuse & Neglect 1992;4.
10. ONU. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Washington, 2003.
11. Marquez H. Abuso y maltrato. Red Latinoamericana de Gerontología. Colombia. 2001
12. Marín PP. Abuso o maltrato en el adulto mayor. Boletín de la Escuela de Medicina. 2000;29:1
13. OMS. Abuso y maltrato a las personas mayores: hacia una respuesta integral, Guatemala. 2003.
14. Gutiérrez-Robledo LM, García-Mayo EJ. Salud y envejecimiento de la población en México. México: ONU; 2005.
15. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. 2003.
16. ONU. Diagnóstico sobre los derechos humanos en México. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. México, 2003.
17. Ruelas GG, Salgado N. El maltrato en el adulto mayor: factores de riesgo en un contexto de pobreza. En: Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública 2003:37-51.

18. Ávila FF, Caro LE, Negrete RM, Montaña AM. La enseñanza de la geriatría en México. En: Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología en México. Instituto de Geriatria. 2010: 159-170.
19. Gutiérrez RLM. Declaración día internacional del maltrato al adulto mayor. INPEA, 15 junio 2008.
20. Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist*. 1989;29:314-320.
21. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México, 24 de junio de 2009:10.
22. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSa2-2005. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
23. Arias, MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En: Mercado F, Gestaldo D, Calderón C, (comps.). Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. México: Universidad de Guadalajara; 2000:481-499.
24. CEPAL. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. ONU. Boletín 3, Santiago de Chile, 2003.

Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados

Los cambios sociales y económicos, el incremento en la violencia y el maltrato, así como el rápido crecimiento del grupo de personas de 60 años o más hacen impostergable emprender acciones para alcanzar el reconocimiento de los derechos de los adultos mayores.

Los servicios de salud son un lugar privilegiado para atender de forma integral la salud de los adultos mayores maltratados. Sin embargo, actualmente se encuentran rebasados por la cantidad de casos, la falta de especialistas, la exigua capacitación y concienciación, el desconocimiento, la ausencia de protocolos de atención y de herramientas o instrumentos para la detección, atención, rehabilitación y, en su caso, derivación.

El *Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados* propuesto, después de identificar prioridades y necesidades, da respuesta a esta problemática bajo los principios de autodeterminación, dignidad, derechos y bienestar para proporcionar una atención acorde a las necesidades de esta situación de maltrato familiar. Al mismo tiempo da respuesta a los requerimientos del personal de salud, proporcionando las herramientas necesarias para la atención integral del adulto mayor maltratado de forma interdisciplinaria e interinstitucional.

