



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIONES EN TRABAJO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN**

ENSAYO

PERSONAS ADULTAS MAYORES CON MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR, EN LA CD. DE MÉXICO.

Desde la perspectiva del envejecimiento en el área de la
salud

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MODELOS DE INTERVENCIÓN CON ADULTOS MAYORES

PRESENTA

LIC. SILVIA BAUTISTA-MARTÍNEZ

MÉXICO D.F. OCTUBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres por su acompañamiento desde el cielo.

A la Mtra. Socorro García Rivas por su valioso apoyo
en la construcción de éste trabajo.

A mis niños amados

A mis pacientes

ÍNDICE

	Pág.	
RESUMEN	5	
INTRODUCCIÓN	6	
JUSTIFICACIÓN	8	
DESARROLLO DEL TEMA		
I. APROXIMACIONES DEL TEMA		
1.1. ¿Quién es la persona adulta mayor?	9	
1.2 Concepto del maltrato en el envejecimiento	9	
1.3 Tipología	10	
1.4 Evaluación geriátrica integral en el maltrato	11	
1.5 Barreras que dificultan la detección en la persona adulta mayor	12	
1.6 Funciones del equipo de salud en el maltrato	13	
II. ANTECEDENTES DEL MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR HACIA PERSONAS ADULTAS MAYORES		14
III. PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS EN EL ESTUDIO DEL MALTRATO EN LA VEJEZ		17
3.1 Modelo psicológico	18	
3.2 Modelo ecológico	18	
3.3 Modelo sociológico	18	
IV. INSTITUCIONES PÚBLICAS y PRIVADAS QUE ATIENDEN EL MALTRATO HACIA PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA CIUDAD DE MÉXICO		20
4.1 Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	20	
4.2 Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal	20	
4.3 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	23	
4.4. Secretaria de Desarrollo Social del Distrito Federal Dirección General de Desarrollo Social del Gobierno del DF (UAPVIF)	24	
4.5 Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del DF	24	
4.6 Instituto de las Mujeres	25	
4.7 Comisión Nacional de Derechos Humanos	26	

V. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA Y LA MIRADA DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL FENÓMENO DEL MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR EN PERSONAS ADULTAS MAYORES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (INCMNSZ).	
5.1 Características generales de la población atendida	27
5.2 Encuesta a personal de salud sobre el fenómeno de maltrato en el ámbito familiar a personas adultas mayores.	30
VI. EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIA HACIA PERSONAS ADULTAS MAYORES ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE GERIATRÍA DEL INCMNSZ.	
6.1 Gráficos	35
CONCLUSIONES	40
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES CON MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENVJECIMIENTO EN EL ÁREA DE LA SALUD	42
I. Promoción de la salud	43
II. Detección de probables casos y diagnóstico	44
III. Tratamiento y rehabilitación	48
IV. Sensibilidad, capacitación y actualización	50
V. Investigación, registro	51
Perfil del Profesional de Trabajo Social en la atención del maltrato	53
ANEXOS	54
BIBLIOGRAFÍA	65

RESUMEN

El incremento de la población adulta mayor en la segunda mitad del siglo pasado ha generado y obligado al Mundo y a nuestro país a tomar acciones para enfrentar éste cambio piramidal poblacional y, con ello hacer esfuerzos por enfrentar las necesidades y problemas que derivan por vivir más años. Son las Instituciones que luchan día a día en dar soluciones a la par del aumento de éste sector. Tal es el caso del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que atiende el 33% de adultos mayores del total de la población, resolviendo problemas relacionados con la salud y de síndromes geriátricos, además de otros problemas como: el maltrato desde el ámbito familiar que es invisibilizado por el propio protagonista y también por parte del personal de salud; prácticas que son indeseables ya que genera consecuencias negativas para la persona adulta mayor. De ahí el interés de realizar este trabajo, primero se presentará el marco teórico del maltrato, seguido del diagnóstico del fenómeno social desde la mirada de la persona adulta mayor y desde el personal de salud del Instituto y, finalizar con una propuesta de intervención a la luz del trabajo social gerontológico.

Palabras clave: maltrato, persona adulta mayor

ABSTRACT

The increase in the elderly population in the second half of the last century has generated and bound to the world and our country to take action to address this changing population pyramid and thus make efforts to address the needs and problems caused by live longer . Institutions are struggling every day to provide solutions at par with the industry it increased. Such is the case of the National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán serving 33% of the total elderly population, solving problems related to health and geriatric syndromes in addition to other problems such as abuse from the field family that is invisible by the protagonist himself and also by the health personnel practices that are undesirable because it creates negative consequences for the older adult. Hence the interest of this work, we first present the theoretical framework of abuse, followed by the diagnosis of social phenomenon from the perspective of the older person and from health staff of the Institute and end with a proposal for action to the gerontological social work light.

Keywords: abuse, older adult

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de las Naciones Unidas, para 2025 el número de las personas adultas mayores (es decir, de 60 años o más) ascenderá a 1,2 mil millones, equivalente al doble de la cifra actual de 600 millones. De cada millón de personas que cumple 60 años cada mes, 80% se encuentran en los países en desarrollo.

En la última mitad del siglo pasado es cuando aumenta considerablemente el grado de sensibilidad social por el fenómeno de la violencia, y es bajo esta circunstancia, que el maltrato a las personas adultas mayores adquiere reconocimiento como problema social por parte de la comunidad internacional.

Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato a personas adultas mayores y otras formas de violencia doméstica se les han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal.

El creciente interés que se ha dado en los últimos años hacia este fenómeno, tiene que ver principalmente, por su interrelación con 3 aspectos:

- El progresivo envejecimiento de las poblaciones
- La creciente sensibilización respecto de los derechos humanos de hombres y mujeres
- La necesidad de acabar con las inequidades de género

Derivado de ello, surge de manera alterna la necesidad de que los gobiernos se comprometan a diseñar y ejecutar medidas para enfrentar los retos que plantea el envejecimiento.

A nivel internacional el reconocimiento del envejecimiento poblacional tanto en los países desarrollados como en desarrollo, motivó la realización de una serie de acciones a favor de este sector de la población. En este sentido, se celebró en 1982 la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena Austria discutió de manera central la problemática que enfrentan las personas adultas mayores, las consecuencias del envejecimiento de la población; las tendencias demográficas; los cambios producidos como consecuencia del aumento de la proporción de las personas adultas mayores; la manera en que esta situación influye sobre los sistemas socioeconómicos de diferentes países, las consecuencias de estos cambios y las transformaciones previsibles para los próximos decenios. Adicionalmente se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, en el que se definieron los derechos de las personas adultas mayores.

En la Segunda Asamblea Mundial celebrada en Madrid (2002) y se incorpora al Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, se señalaron dos nuevas esferas que exigían la adopción de medidas urgentes, a saber: las personas adulta mayores y el VIH/SIDA, el maltrato de las personas adultas mayores en todo el mundo.

La Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el 2006 (EMPAM-DF), constituye la primera en América Latina, financiada por el Gobierno del Distrito Federal México, quien contó con el apoyo del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la autoría de la Mtra. Giraldo. La encuesta reporta que el 16% de las personas adultas mayores sufren maltrato, (1 de cada 100), la forma más frecuente es el maltrato psicológico seguido del físico y económico.

En el marco de las Instituciones de Salud, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), atiende el 33% de personas adultas mayores que presentan patologías médicas de diferentes especialidades, sin embargo como los y las enfermas son entes bio-psico-sociales, es necesario valorar y abordar no solo aspecto biológico, sino el componente social y su grupo familiar en donde muchas veces se presenta el maltrato en las personas adultas mayores.

La tesis principal de éste ensayo argumentativo es por una parte visibilizar el fenómeno del maltrato en el área de la salud desde la mirada de personas adultas mayores en el marco de la teoría de envejecimiento exitoso y, con ello contribuir en la corresponsabilidad de las acciones que permitan una sensación de bienestar, fortalecer la funcionalidad e independencia del anciano. Por otra parte fortalecer la participación interdisciplinaria en el abordaje del maltrato en la primera Clínica de prevención y atención del maltrato en su tipo en el Distrito Federal en el área de la salud.

Por ello el presente ensayo se aborda el marco teórico del maltrato en la vejez, antecedentes del maltrato en la vejez, caracterización de la población y la percepción del personal de salud con relación al problema del maltrato, el diagnóstico del maltrato en personas adultas mayores en una institución del tercer nivel de atención médica y, una propuesta de intervención desde la mirada del profesional del Trabajo Social de la Clínica de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

JUSTIFICACIÓN

En la mitad del siglo XX es cuando aumenta considerablemente el grado de sensibilidad social por el fenómeno del maltrato en la vejez y, precisamente es bajo esta circunstancia que el maltrato en personas adultas mayores adquiere reconocimiento como problema social por parte de la comunidad internacional.

Hoy en día el maltrato hacia las personas adultas mayores es un tema pendiente en la agenda pública y de estudio en México; la presencia de éste fenómeno social se observa también en las personas adultas mayores que se atienden en la Clínica de Geriátría del INCMNSZ, la experiencia de una persona que falleció por omisión de cuidado de sus hijos e hijas (administraron insulina pero no le dieron de comer), fue razón de peso para que en la suscrita se generara una preocupación profesional para estudiar y atender ésta problemática social.

El maltrato en las personas adultas mayores tiene consecuencias negativas, tanto en su salud como en sus capacidades funcionales y sociales. Se ha observado que presentan sentimientos de culpa, vergüenza, miedo, ansiedad, desesperanza, dependencia de drogas o alcohol, trastornos alimentarios, entre otros.

Muchos pacientes adultos mayores que se atienden en el día a día de la práctica profesional presentan omisión de cuidados por su familia, aquellos que nos les compran ni les administran su medicamento, no brindan cuidados de aseo mínimos, o bien al ser dependiente el enfermo se queda aislado en su recámara, algunos más son abusados al utilizar su pequeño pero único ingreso como lo es la pensión alimentaria que proporciona el Gobierno del Distrito Federal. Otras formas de maltrato que se encuentran en la práctica profesional es que los adultos mayores no les dan de comer en horarios adecuados, reciben gritos, menosprecio, burlas por la edad, o bien no los llevan a consulta médica, o ningún hijo puede o quiere dejar sus actividades personales para cuidar a la persona adulta mayor que no puede valerse por sí misma.

De ahí que las consecuencias, costos financieros y humanos directos e indirectos del maltrato a personas adultas mayores se estiman considerables; algunos estudios estiman que el maltrato se asocia a mortalidad, pobre calidad de vida y mayor demanda de servicios de salud y sociales.

El maltrato hacia las personas adultas mayores no se ha llegado a reconocer en nuestra Institución, encontrándose ausencia tanto de investigaciones como de datos que den cuenta de la prevalencia real del problema, de ahí el interés por desarrollar el presente trabajo.

Más aún cuando no se cuenta con una ruta de abordaje institucional. La necesidad de proponer una estrategia de intervención social interdisciplinaria en instituciones de salud de tercer nivel de atención médica de la Ciudad de México y sobre todo que sea intersectorial preocupa profesionalmente en virtud del aumento de personas adultas mayores día a día, esfuerzo concierne a todos los profesionales de la salud y, de manera particular el trabajo social.

DESARROLLO DEL TEMA

I. APROXIMACIONES DEL TEMA

1.1. ¿Quién es la Persona Adulta Mayor?

La Ley de los Derechos de las Personas adultas mayores de nuestro país, en el artículo 3º las define:

“Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años de edad o más y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.”

1.2 Concepto de maltrato en el envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento, se producen modificaciones morfológicas y funcionales que, unidas a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas e invalidantes, hacen que, a pesar de la gran capacidad de adaptación de las personas mayores, en ocasiones las limitaciones en su autocuidado sean tan importantes que se pase de una situación de independencia a otra de dependencia ya sea familiar, de servicios sociales y/o sanitarios. Por ello, se considera a la vejez como una etapa del desarrollo humano donde los factores de riesgo de padecer maltrato aumentan al mismo tiempo que la edad.

Como se señala en el documento preparado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato (INPEA), para la II Asamblea Mundial del Envejecimiento 2002, el maltrato a las personas mayores empieza a cobrar interés en los últimos veinte años, después de haber sido abordado el abandono y el abuso infantil y con posterioridad el fenómeno del maltrato conyugal.

Aunque casi todos los estudiosos del tema señalan que el maltrato a las personas adultas mayores es un problema que ha existido siempre, en todas las sociedades y culturas, la novedad de los estudios que se vienen planteando recientemente está en considerar que las personas adultas mayores también son una población susceptible de recibir maltrato y en ver este fenómeno como un grave problema social.

A pesar de que a una gran parte de la sociedad le resulta difícil comprender que el maltrato pueda ocurrir, y piensan que sólo se produce en instituciones, rechazando la idea de que las personas mayores puedan ser maltratadas en sus propios hogares.

Bazo 2001, afirma que el maltrato a las personas adultas mayores fue detectado desde mediados *de los años setenta*, pero no es hasta la década siguiente, y en los Estados Unidos, cuando se acuña el término de “elder abuse”. El tema del maltrato en las personas adultas mayores es un capítulo más de un tema más amplio como el de la violencia doméstica, aunque con características y connotaciones específicas.

En el plano internacional, todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia, lo cual no implica que no exista este tipo de violencia, sino sencillamente que se produce en el anonimato social y político, es decir, que se produce pero que no se reconoce, ni se ponen las medidas para evitarlo. Éste es el caso de España, señala Bazo, al igual que el de otros países europeos donde existe poca o ninguna información sobre el problema.

La detección del maltrato es siempre una tarea muy compleja. No resulta fácil detectar un fenómeno que en muchas ocasiones permanece oculto y escondido por sus propios protagonistas; es decir, por el agresor y por la persona agredida. Las barreras que obstaculizan: se invisibiliza por parte de la víctima, de la persona responsable del maltrato, de los profesionales o por aspectos socioculturales. El porqué de la falta de detección obedece a múltiples causas, entre las cuales se puede destacar el hecho de que se produzcan principalmente en la esfera privada (añadiendo así cierta reticencia al conocimiento público):

De acuerdo a la Declaración de Toronto OMS 2002, que define el maltrato de las personas mayores se define “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 produce daño o angustia a una persona anciana”, siendo ésta definición que se utilizará en el presente ensayo.

1.3 Tipología:

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (México1996), clasifica la violencia familiar:

Violencia Familiar: Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psico-emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño, y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases:

A) Maltrato Físico. Todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control;

B) Maltrato Psicológico. Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad;

C) Maltrato sexual. Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen un daño. Así como

los delitos establecidos en el Título Quinto del Nuevo Código Penal (2002) para el Distrito Federal, es decir, contra la libertad y la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual, respecto a los cuales la presente Ley sólo surte efectos en el ámbito asistencial y preventivo.

La revista de Lancet Vol 364 en Arch of Fam Med (2004), reporta otras variantes del maltrato en las personas adultas mayores.

D). Maltrato financiero o explotación material. Involucra el robo, el uso ilegal o inapropiado de los recursos de una persona anciana.

Salgado, 2003, agrega la negligencia en personas adultas mayores: acto de omisión, fallo intencional o no en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor por su cuidador (malnutrición, deshidratación, mala higiene). Incluye el abandono. Es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios, para evitar daño físico, angustia o daño mental. La negligencia puede ser activa o pasiva.

Tipos de Negligencia

- Física, incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios necesarios para el óptimo funcionamiento o evitar daño, ejemplos administración inadecuada de medicamentos, alimentos e higiene. No proporcionar lentes, ropa, prótesis, o medidas de seguridad.
- Emocional, no proporcionar estímulos sociales a una persona adulta mayor dependiente, ejemplos: dejarlos solos periodos largos ó ignorarlo. Utilizar silencios ofensivos.
- Económica o material, no utilizar los recursos disponibles para mantener o restaurar la salud o bienestar de una persona adulta mayor.

Negligencia Activa (acciones intencionadas)

Negligencia Pasiva (incapacidad para cuidar)

Auto-negligencia: La propia persona adulta mayor pone en peligro su salud o seguridad.

1.4. Evaluación geriátrica integral en el maltrato

Las evaluaciones médicas mínimas de la persona adulta mayor con sospecha de maltrato en una clínica geriátrica: (Gutiérrez, 2004)

Realizar las pruebas de:

- Valoración del estado mental (Escala de Mini-mental de Folstein).
- Estado depresivo: Valoración de Depresión.

Elaborar la historia clínica completa.

- En ausencia del cuidador.
- Datos de hidratación, nutrición, medicación, traumatismos.

Buscar indicadores sospechosos.

- Incongruencias en la historia o cuadros repetidos.
- Acudir solo o sin el cuidador.
- Intervalo prolongado para recibir atención.

Evaluar el estado funcional del adulto mayor:

- Presencia de deterioro cognitivo.
- Actividades en la vida diaria básicas.
- Expectativas del paciente.
- Patologías en el cuidador
- Crisis en la familia
- Dependencia económica, de apoyo físico o emocional.

Entrevistar al Cuidador.

- Edad
- Ingreso
- Conocimientos sobre el cuidado del paciente.
- Rol de un día
- Capacidad para afrontar el estrés.

Entrevista de trabajo social con el paciente y familiar por separado

- Evaluación de la red de apoyo familiar
- Dinámica familiar
- Valoración del entorno domiciliario
- Tamizaje de maltrato
- Evaluación de red de cuidados
- Tamizaje de sobrecarga en el cuidador

En algunas ocasiones puede ser primero la evaluación social antes que la evaluación clínica, sin embargo debe complementarse el protocolo. Es conveniente disponer de un consentimiento informado para el abordaje interdisciplinario, en el marco de la bioética.

1.5 Barreras que dificultan la detección de maltrato a personas adultas mayores

- Por parte de la persona adulta mayor

Negación y no reconocimiento de los malos tratos.

Temor a represalias.

Temor a causar problemas al responsable.

Sentimiento de culpa y vergüenza.

Chantaje emocional.

Miedo a no ser creído, a sentirse fracasado.

Estar socialmente aislado.
Normalizar los malos tratos.

- Por parte de la persona responsable

Negación de la existencia de malos tratos
Impedir el acceso a los servicios sanitarios y/o sociales
Temor a fracasar
Rechazo de intervenciones

- Por parte de los profesionales

Carecer de formación, protocolos, tiempo y concienciación sobre la problemática
Incredulidad
No querer involucrarse en cuestiones legales
Desconocer recursos disponibles
Temor al aumento de ira del responsable
Actitud de reticencia, ambivalencia

- Por aspectos socioculturales

Actitudes desfavorables hacia las personas mayores por “menos productivos”.
Insuficiente información y sensibilización
Valores socioculturales que influyen en las formas de abordar los conflictos en el seno de la propia familia evitando la intromisión de personas extrañas, y por otra parte la tendencia de no entrometerse los vecinos, amigos o profesionales como si los malos tratos fueran una cuestión privada. (Moya y Barbero, 2005)

1.6 Funciones del equipo de salud referidas por (Kirsch, 2008), son:

Médico. Es responsable de la evaluación geriátrica integral. Atención de lesiones.

Enfermera. Debe realizar acciones de Detección y Prevención. Atención de lesiones

Trabajadora Social. Es responsable del tamizaje de maltrato, evaluación social. Coordinar plan de intervención.

Abogado. Proporciona asesoría en el marco legal.

II. ANTECEDENTES DEL MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR HACIA PERSONAS ADULTAS MAYORES

A continuación se citan las leyes y políticas que sustentan la prevención del uso de la violencia y la promoción de derechos humanos en relación al maltrato de las personas adultas mayores. Ellas son los referentes normativos y filosóficos de carácter internacional, nacional.

En el plano internacional la Declaración Universal de derechos humanos de las Naciones Unidas (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que proclaman la posesión de los derechos y libertades a las personas sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional, posición social, económica o cualquier otra condición. Mencionan que la violencia ejercida hacia las personas es una manera de impedir el libre ejercicio de estos derechos, que en su conjunto dan sentido a la dignidad humana.

En 1982, en la 1ª Asamblea Mundial sobre envejecimiento en Viena, se aprueban los derechos humanos de los ancianos.

En 1997, se crea la Liga internacional para la prevención del abuso del adulto mayor (INPEA).

En la 2ª Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid (2002), La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud en el que por primera vez se aborda la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo. Refiere que el maltrato a las personas adultas mayores es uno de los rostros más ocultos de la violencia y que además tiene muchas posibilidades de aumentar, ya que en muchos países la población está envejeciendo rápidamente.

El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas (2002), reconoce la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.

Entre el 2003-2006 Comunidades de todo el mundo comienzan a planificar sus actividades para crear conciencia sobre el abuso y maltrato a las personas adultas mayores.

A partir del 15 de Junio de 2006 el INPEA (Liga internacional para la prevención del abuso del adulto mayor) celebra el primer día mundial de la toma de conciencia del abuso en los ancianos en Nueva York, a partir de entonces en todas las Naciones se celebra.

Según datos publicados por el National Center on Elder Abuse (NCEA), la International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), The National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS) y la OMS, entre 5 y 6% de ancianos vive situaciones de violencia doméstica y un 10%, violencia institucional, de los cuales sólo uno de cada 5 es conocido, esta evidencia se le ha conocido como fenómeno del Iceberg (2002).

La investigación sobre el maltrato en personas adultas mayores se inició hace más de dos décadas, y entre los estudios más importantes hay que mencionar la primera de todas, que data de 1979, promovida por la Asociación de Gerontología de Manitoba (Canadá).

Belanger (1981) realizó una encuesta vía correo a 140 profesionales, sus resultados destacan el 25 % de los casos era de abuso físico, el 44% de explotación material y el 30% de violación de los derechos de las personas adultas mayores encuestadas.

Las primeras definiciones contempladas por las distintas administraciones federales que aparecieron en Estados Unidos de América sobre abuso a personas adultas mayores tuvieron lugar en 1987. Estas definiciones, que se incorporaron a las distintas leyes federales, tenían como fin principal el servir de guía para detectar posibles problemas de maltrato. Las definiciones han sido diferentes en los distintos estados y para los diferentes investigadores, aunque habitualmente implican tres categorías básicas:

- Abuso en el ámbito doméstico: referido a las distintas formas de maltrato a una persona adulta mayor, producidas por alguien con quien se tiene una relación especial (familiar, amigo o cuidador contratado) y ocurrido en el domicilio de la persona adulta mayor o en el generador de maltrato.
- Abuso en el ámbito institucional: referido a las mismas situaciones de maltrato, pero producidas en centros residenciales destinados a personas mayores y producidas por personas que tienen una obligación legal o contractual de proveer cuidados y protección a esa persona adulta mayor.
- Auto abuso o autonegligencia: cuando esa situación (habitualmente de negligencia o abandono) es producida intencionadamente por la persona adulta mayor.

Entre los estudios de habla inglesa sobre el tema del maltrato personas adultas mayores, destacamos como más significativos: De acuerdo a la Declaración de Toronto OMS 2002, que define el maltrato de las personas mayores se define “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 produce daño o angustia a una persona anciana”. Para fines de éste trabajo se utilizará el concepto de maltrato y, será ésta la definición que tomará como base.

En nuestro país, surge Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal (1996) define a Violencia Familiar: Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psico emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño.

Dentro de la normatividad mexicana tenemos a la NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada hasta el 16 de abril 2009.

En México 2002, a través de la Ley de los Derechos de las personas adultas mayores acuña en el capítulo II de los Derechos: a una vida libre de violencia a los ancianos mexicanos.

En el Distrito Federal, en el marco jurídico vigente ha sustentado las bases para el reconocimiento de los derechos de las personas mayores, por tal motivo la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y por Acuerdo número A/009/2010 crea el 16 de abril del 2010, la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores víctimas de Violencia Familiar, inaugurada por el Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa, Procurador General de Justicia del Distrito Federal y la Lic. Rosa Icela Rodríguez Velázquez, Directora General del Instituto para la Atención de Adultos Mayores del Distrito Federal.

El más reciente esfuerzo es la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, tiene como finalidad de establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en condiciones de soledad, abandono, discriminación, discapacidad, así como víctimas del maltrato en sus diversas expresiones.

III. PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS EN EL ESTUDIO DEL MALTRATO EN LA VEJEZ.

Según Muñoz Tortosa (2004), la búsqueda y el análisis que se pueda realizar en una investigación social dependen, sin duda, del modelo y enfoque teórico que se elija. Es por ello que en el tema del maltrato en personas adultas mayores abordar y plantear con claridad el modelo teórico resulta básico para poder realizar la búsqueda de las causas y factores que explican o ayudan a comprender el porqué de este fenómeno, cada vez más preocupante en nuestra sociedad.

No obstante, como señalan algunos estudiosos del tema, un primer problema se encuentra en la falta de una definición consensuada y válida sobre lo que se entiende por “maltrato”, por “violencia”, por “abusos” hacia las personas mayores. Utilizar unos y otros términos no es una cuestión meramente semántica, sino refleja en parte la opción y la valoración que se quiere sobre el tema.

Se puede pensar que las diferencias entre violencia y abuso están en la forma de hacer presente la relación de poder entre la víctima y el agresor; desde el punto de vista de la tolerancia social, el abuso es un comportamiento sobre el que se tiene mayor permisividad que sobre la violencia. Ahora bien, el límite que separa un comportamiento de otro es muy difícil de precisar de manera objetiva, ya que cada situación depende de una gama amplia de factores personales, culturales, de comportamiento y de relacionales sociales.

Hablar de vulnerabilidad, de fragilidad, de dependencia, es hablar de los posibles escenarios que favorecen comportamientos violentos o abusivos, perpetrados hacia las personas adultas mayores por algunos familiares, cuidadores, profesionales, que de manera esporádica o de manera más frecuente mantienen algún tipo de relación con las personas mayores, y por causas varias rompen la frontera del respeto, de la relación social y humanamente establecida.

Ello no quiere decir que, cuando una persona adulta mayor esté en esta situación de fragilidad o dependencia, necesariamente se produzcan los abusos o maltrato. No se trata de una relación causal, sino de una situación que añade un riesgo más hacia esos comportamientos cuando la persona que los propicia no sabe mantener un equilibrio o controlar las situaciones que le producen estrés o malestar, por falta de información, por problemas personales o de carácter o por el propio deterioro que supone asumir tareas de cuidado sobre personas mayores cuando también se es adulto mayor y se tienen carencias y dificultades.

Para propósito del trabajo dan una explicación al maltrato se colocan todos los modelos teóricos y son:

3.1 Modelo Psicológico

Características

La causa de la violencia se encuentra en las características patológicas del cuidador (trastornos neuróticos o psicóticos, drogas), dependencia económica, alcoholismo, enfermedad mental.

Dificultad para controlar los impulsos.

Estados de ansiedad altos

Baja autoestima.

Escasa empatía con la persona que cuidan.

Afectividad negativa hacia la persona que cuidan.

Depresión y estrés.

Perspectivas teóricas

Teoría del “aprendizaje social”.

Teoría del apego

Cognición social

Interaccionismo: teoría de la reciprocidad desequilibrada.

3.2 Modelo Ecológico

La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.

Perspectiva teórica

Modelo teórico de Bronfenbrenner: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema.

Modelos de interacción social (Muñoz, 2004)

3.3 Modelo Sociológico

Las condiciones sociales, valores, prácticas culturales, como factores que estimulan la violencia social y el maltrato a las personas adultas mayores.

El estrés social o laboral en interacción con factores culturales, ambiente familiar o institucional se suman hasta propiciar un comportamiento agresivo.

Los factores económicos, la pobreza social o personal, la precariedad laboral

El aislamiento social o la falta de apoyos sociales del cuidador.

Perspectiva teórica

La teoría de la desventaja social

La sobrecarga del cuidador

El aislamiento social o empobrecimiento de redes sociales.

Teorías sobre la violencia doméstica basadas en la perspectiva de género, en el patriarcado, en el “edadismo”.

El maltrato desde el modelo sociológico, modelo que se utilizará en el presente trabajo, pone el énfasis en las condiciones sociales, valores, prácticas culturales, como factores que estimulan la violencia social y el maltrato a las personas adultas mayores, y bajo ésta perspectiva se hará el análisis de este trabajo:

- El estrés social o laboral en interacción con factores culturales, ambiente familiar o institucional se suman hasta propiciar un comportamiento agresivo.
- Los factores económicos, la pobreza social o personal, la precariedad laboral, son otros tantos factores que propician entornos sociales desestabilizadores y generadores de actitudes agresivas y violentas.
- El aislamiento social o la falta de apoyos sociales del cuidador constituyen otros factores de riesgo hacia comportamientos agresivos.

Entre los factores estresores en el ámbito familiar se citan:

- La desventaja social (desempleo, problemas económicos, hacinamiento).
- La sobrecarga del cuidador.
- El aislamiento social o empobrecimiento de redes sociales, ya que el apoyo social contribuye a disponer de apoyos externos, poder acceder a recursos en momentos críticos y a controlar determinados comportamientos.

Las teorías sobre la violencia doméstica basadas en la perspectiva de género, en el patriarcado, en el “edadismo”*, enfatizan el carácter social dominante sobre la violencia hacia las personas mayores; el rol dominante del hombre sobre la mujer, la estructura familiar patriarcal, la marginación de la mujer adulta mayor, enfatizan estas connotaciones de violencia doméstica.

*El edadismo hace referencia al mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una persona únicamente por el hecho de ser mayor (Butler, 1969; Palmore, 1990). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores.

IV. INSTITUCIONES PÚBLICAS y PRIVADAS QUE ATIENDEN EL MALTRATO HACIA PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en eje II México Incluyente, deben de quedar insertas las estrategias que atienden personas adultas mayores y respectivas necesidades a través de los programas y acciones en coordinación con los tres órdenes de gobiernos.

Es conveniente resaltar las instituciones que atienden el maltrato en las personas adultas mayores en el Distrito Federal, con niveles de intervención distintos por su esencia de los objetivos a los que responden, sin embargo no hay una convergencia e intersección que vincule los esfuerzos y un seguimiento interinstitucional e intersectorial. En los últimos años ha habido voluntad política para la creación de instituciones que atiendan a las personas adultas mayores víctimas de maltrato, sin embargo aún es largo el camino en la estructuración de un mecanismo que dé respuesta integral al problema del maltrato en la vejez.

A continuación se señalarán las instituciones que apoyan a la persona adulta mayor que se presume que fue maltratada:

4.1. Sistema para el desarrollo integral de la familia DIF

Esta institución cuenta con diversas áreas, por lo que sólo se resaltarán algunas de ellas a efecto de contar con herramientas para la canalización:

La Dirección Ejecutiva de Asuntos Jurídicos: Brinda servicios de asistencia jurídica en materia familiar, orientación psicosocial a personas con escasos recursos. Sus oficinas se encuentran en Xochicalco No.1000 Col. Santa Cruz Atoyac Tel. 5604-6700 ext.6000 y 6001.

Según la Ley de los derechos de las personas adultas mayores artículo 22, corresponde al DIF, en su fracción IV, la promoción mediante la vía conciliatoria, de la solución a la problemática familiar, cuando no se trate de delitos tipificados por el Código Penal o infracciones previstas en la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

4.2. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PGJ-DF

4.2.1. Fiscalía de Investigación de Delitos Sexuales

Actividades: atención psicológica y médica a víctimas y familiares; asesoría legal; información y difusión; prevención; capacitación y programas en los medios. Especialización: violencia sexual.

Dr. Gabriel Hernández 56 1er piso Col. Doctores Delegación Cuauhtémoc C.P. 06720 México DF Tels. 5346 8202

4.2.2. Subprocuraduría de Atención a víctimas y servicios a la comunidad

Esta instancia cuenta con varios centros, que proporcionan diferentes servicios de manera general, los cuales se describen a continuación:

4.2.2.1. Agencia Especializada para la Atención a Adultos Mayores Víctimas de Violencia Familiar

En el Distrito Federal, el marco jurídico vigente ha sentado las bases para el reconocimiento de los derechos de las personas adultas mayores; sin embargo, por sus características particulares, dichas personas tienen altas posibilidades de ser violentadas física y emocionalmente, particularmente dentro del contexto familiar. Por tal motivo, es menester de las instituciones públicas, específicamente de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, garantizar el pleno ejercicio de los derechos que las leyes han otorgado a las personas adultas mayores; entre otros, el derecho a una vida con calidad, libre de violencia, a la no discriminación, a ser respetado en su persona, a ser protegido contra toda forma de explotación y recibir un trato digno y apropiado por parte del Ministerio Público en toda situación que se encuentre involucrado como víctima en la comisión de un delito en su agravio.

Ubicación

Calle Gral. Gabriel Hernández Núm. 56, Planta Baja, esquina Dr. Lavista, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, c.p. 06720 (Búnker). Tels. 5345-511 y 5345 5112.

Horario: Lunes a viernes de 09:00 a 17:00 y de 17:00 a 21:00 horas, así como sábados, domingos y días festivos, la atención se proporciona en la guardia de la Fiscalía de Procesos en Juzgados Familiares, ubicada en Gral. Gabriel Hernández Núm. 56, 4° piso, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc

Servicios

Consulta y conciliación:

En la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar se proporciona asesoría jurídica en general, y se apertura expedientes conciliatorios sobre conflictos de carácter familiar en donde se encuentren involucradas personas adultas mayores, como un medio alternativo de solución, mediante acuerdos o convenios que redundan en beneficio de las mismas, quienes evitan someterse a juicios de carácter familiar o al inicio de averiguaciones previas, así como a desgastes económicos y emocionales.

Investigación:

Las Unidades de Investigación sin Detenido adscritas a la Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar, tiene la función de integrar las indagatorias respecto al ilícito de violencia familiar que sufren los adultos mayores.

Apoyo Asistencial:

A través de áreas especializadas, brinda apoyo psicológico y social para salvaguardar la integridad física y emocional de las personas adultas mayores, que se encuentren involucradas en conflictos de carácter familiar y de carácter penal, lo cual se realiza en coordinación con la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, a través de sus distintos Centros de Atención, el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, así como albergues temporales, casas asistenciales y asilos

4.2.2.2 ADEVI. Centro de atención socio jurídico a víctimas del delito violento.

Atiende a víctimas sobrevivientes y familiares del delito violento.

Servicios legales, psicológicos, de trabajo social y médicos. Dom. Mérida 255 Col. Roma Sur Del. Cuauhtémoc C.P. 06760 Tels. 5345-5580; y 5345-5582.

Centro de atención a personas extraviadas y ausentes. CAPEA

Realiza búsquedas para la localización de personas extraviadas y ausentes.

Servicios legales, psicológicos, de trabajo social y médicos. Dom. Dr. Andrade Esq. Velasco No.103 PB Col. Doctores Del. Cuauhtémoc Tels. 5345-5067, 5345-5084.

4.2.2.3 Centro de atención a riesgos victímales y adicciones CARIVA

Atiende a personas que se vean reducidas en el ejercicio de sus derechos. Este centro tiene como fin disminuir los riesgos de un delito. Atiende personas con adicciones, personas con alguna discapacidad, adultos mayores, y adolescentes, personas que viven alguna situación de violencia, etc.

Servicios legales, psicológicos, de trabajo social y médicos. Dom. Dr. Lucio esquina Dr. Olvera No. 220 1º piso Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06720 Tels. 5242-6141 y 5242-6136

4.2.2.4 Centro de atención a la violencia familiar CAVI

Brindar atención integral a mujeres, niñas, niños menores de 12 años víctimas de violencia familiar, así como por los delitos de lesiones, omisión de auxilio o cuidado e incumplimiento de las obligaciones alimentarias. Solicitan las medidas de protección que requieran las mujeres víctimas de violencia.

Servicios legales, psicológicos, de trabajo social y médicos.

Domicilio: General Gabriel Hernández esquina Dr. Lavista No. 56 PB. Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06720 Tels. 5345-5248 y 5345-5249.

4.2.2.5 Centro de Investigaciones Victimológica y de Apoyo Operativo CIVA

Brindan atención a las personas agresoras en situaciones de violencia familiar así como a las víctimas de lesiones culposas y/o amenazas.

Realizan acciones conducentes para la obtención de la reparación del daño moral y material.

Domicilio: Dr. Andrade esquina Dr. Velasco No. 103 4º piso Col. Doctores Del. Cuauhtémoc CP. 06760 Tels. 5345-5058 y 5345-5050

4.2.2.6 Centro de terapia de apoyo a víctimas de delitos sexuales CTA

Brindan atención integral a las personas que han sido víctimas de algún delito sexual y que fueron afectadas en diversas áreas, tales como: física, emocional, familiar, económica y social.

Servicios legales, psicológicos, de trabajo social y médicos.

Domicilio: José Enrique Pestalozzi No 1115 Col. Del Valle Del, Benito Juárez CP. 03300 Tels. 5200-9632 y 52009633.

4.2.2.7 Programa de Atención a Víctimas del Delito (Pro víctima)

Cuba 60 Col. Centro Delegación Cuauhtémoc México DF

Tels. 5518 2650, 5521 0136, 5521 3078

4.3. Instituto Nacional de las personas adultas mayores INAPAM-SEDESOL

Domicilio Petén 449 Col. Narvarte Delegación Benito Juárez México DF C.P. 03020 Tel. 5536-1143.

Subdirección de Asistencia Jurídica (antes Procuraduría de Derechos del Anciano). Domicilio Federico Gómez Santos NO. 7 Col. doctores CP 06720 México DF Tels. 5634 8890 Ext. 210 y 211 El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a 14:30 horas

Asesoría jurídica

Proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas de 60 años y más que enfrenten problemas legales. Se atienden casos de las siguientes materias:

Familiar, Civil: acreditación de dependencia económica, registro de adulto, jurisdicción voluntaria para acreditar dependencia y cuidados familiares.

4.4. Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del DF. Dirección General de igualdad y diversidad social.

Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF)

Objetivo: Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a través de la implementación del Modelo único de Atención del Sistema Red UAPVIF, Refugio y Casas de Emergencia.

La atención es: Gratuita, Confidencial, Oportuna: además podrá recibir atención en las áreas: Jurídica, Psicológica y de Trabajo Social

Esta Dirección (que pertenece a la Secretaría de Desarrollo Social del DF), cuenta con una Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, conocidas como UAPVIF's, las cuales se encuentran ubicadas en cada una de las demarcaciones territoriales del DF.

Los servicios que brindan son:

- Trabajo Social. Área que brinda información sobre lo que es la violencia familiar y se orienta a la víctima acerca de lo que debe de hacer en caso de vivir una situación de éstas.
- Asesoría legal jurídica. Se le ofrecen servicios de información y acompañamiento legal que le permitan a la víctima conocer sus derechos y defenderlos.
- Asesoría psicológica. Se brindan conocimientos y herramientas para superar los procesos de crisis, indecisión y baja autoestima, entre otros, que impiden tomar decisiones y avanzar en el proceso de empoderamiento que le permitan a la víctima enfrentar la situación de violencia.

4.5 Instituto para la atención de los adultos mayores en el Distrito Federal. IAAM DF

En el Distrito Federal sí se atienden y sancionan conforme a la ley el maltrato y las agresiones físicas y verbales hacia las personas adultas mayores derechohabientes de la pensión alimentaria, mediante la suma de esfuerzos del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores y el Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y Procuración de Justicia.

Con la puesta en operación de la "Línea Plateada", que presta servicio las 24 horas de todos los días del año, se protegen los derechos fundamentales de las mujeres y los hombres mayores de 68 años con residencia en la Ciudad de México.

Un grupo de abogados y psicólogos recibe en el número telefónico 55 33 55 33 denuncias por abandono, maltrato, despojo, robo y agresión en cualquiera de

sus modalidades cometidos por delincuentes del orden común, vecinos, amigos e incluso familiares. Cada acusación se canaliza a la Agencia Especializada para la Atención de las Personas Adultas Mayores de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

El Instituto para la Atención de los Adultos Mayores trabaja a diario en garantizar la alimentación y atención médica de las personas adultas mayores, así como garantizar la vigencia de sus derechos humanos y brindarles certeza jurídica, mientras que el Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y Procuración de Justicia capacitó a psicólogos y abogados para prestar un servicio humano y de calidad a los beneficiarios de la pensión alimentaria en el Distrito Federal.

- Abril 2010. Creación de la Agencia Especializada para la Atención a Adultos Mayores Víctimas de Violencia Familiar;
- Creación de un módulo del Ministerio Público Virtual en las oficinas del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores. Habilitación de un Ministerio Público vía telefónica, en el 5533 5533, en donde recibirán atención por parte del Consejo Ciudadano de Seguridad Pública.
- Integración de la Red por la Defensa de los Derechos de los Adultos Mayores, con educadoras capacitadas en materia de derechos humanos, que acompañarán a ancianos a la agencia correspondiente para presentar denuncias.
- La creación de un número telefónico 01 800 PGJDF (74533), para la atención de las personas de este grupo vulnerable de la sociedad

4.6 Instituto de las Mujeres

Violencia, según la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal LAMVLVDF (2007), significa un abuso del poder, que busca someter y controlar a otra persona y que siempre tiene una dirección, en lo que concierne a la violencia de pareja en la mayoría de los casos casi siempre son los hombres quienes ejercen la violencia contra las mujeres. (Manual de Capacitación “Justicia con Perspectiva de Género. Instituto de las Mujeres DF. 2009, p.37.)

La violencia contra las mujeres adopta muchas expresiones: acoso, hostigamiento, violación, tortura, asesinato, etc. (Torres, 2004)

Etapas para la atención integral de las mujeres víctimas de violencia

Art. 33 de la Ley mencionada, considera como fundamentales las siguientes etapas para lograr atender integralmente a las mujeres víctimas de violencia:

Ruta crítica:

- I. Identificación de la problemática. Se determinan las características del problema, el tipo, modalidad de violencia o conducta delictiva, los efectos y posibles riesgos para las víctimas directas e indirectas, en su esfera social, económica, laboral, educativa y cultural.
- II. Determinación de prioridades. Se identifican las necesidades inmediatas y mediatas, así como las medidas de protección que en su caso requiera la víctima.
- III. Orientación y canalización. La autoridad o entidad a la que acuda la víctima por primera vez brindará de manera precisa, con lenguaje sencillo y accesible, la orientación social y jurídica y suficiente con respecto al caso de violencia que presente, realizando la canalización ante la instancia correspondiente.
- IV. Brindar acompañamiento. Cuando la condición física y /o psicológica de la víctima lo requiera deberá realizar el traslado con personal especializado a la institución que corresponda.
- V. Seguimiento. Son las acciones para vigilar el cumplimiento de los procedimientos de canalización contenidos en esta Ley para atender los casos de violencia contra las mujeres.

Una ruta crítica exitosa implica un proceso de fortalecimiento de las mujeres y de apropiación de sus condiciones de vida, en el que las instituciones debieran funcionar como instrumentos de apoyo, facilitación y garantía de sus derechos y no simplemente como aplicadoras de un plan preestablecido.

En la medida en que los casos de violencia contra las mujeres constituyan infracciones a la Ley y a los derechos humanos, el o la funcionaria pública deben actuar de acuerdo a la debida diligencia.

4.7 Comisión Nacional de Derechos Humanos

Comisión Nacional de Derechos Humanos, a través de las Comisiones estatales quienes cuentan con servicios de asesoría o de orientación de las diferentes formas de maltrato a las personas adultas mayores.

Periférico Sur 3469 Col. San Jerónimo Lídice Del. Magdalena Contreras. CP. 10200 México DF Departamento de información telefónica: 56818125 Ext. 1127 y 1129 o través de la página www.cndh.org.mx

V. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA Y LA MIRADA DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL FENÓMENO DEL MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR EN PERSONAS ADULTAS MAYORES ATENDIDAS EN EL INCMNSZ

5.1. Caracterización de la población atendida.

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán es una institución de alta especialidad médica que atiende a población abierta, principalmente adultos, que no cuentan con seguridad social y no han resuelto su problema de salud en otra institución. Al tratarse de un Instituto de tercer nivel de atención médica, es el único en su tipo en México y Latinoamérica.

La población adulta mayor representa en el Instituto el 33 % de la población total 29,499, en el año 2010.

Se analizó la base datos de ese 33% o sea 9,833 personas adultas mayores *que ingresaron* al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de enero a diciembre del 2010 tanto hospitalizados como lo que se atendieron en forma ambulatoria, sin considerar los pacientes subsecuentes que acudieron a las consultas de especialidad; la idea es caracterizar a la población que ingresa, objeto de estudio.

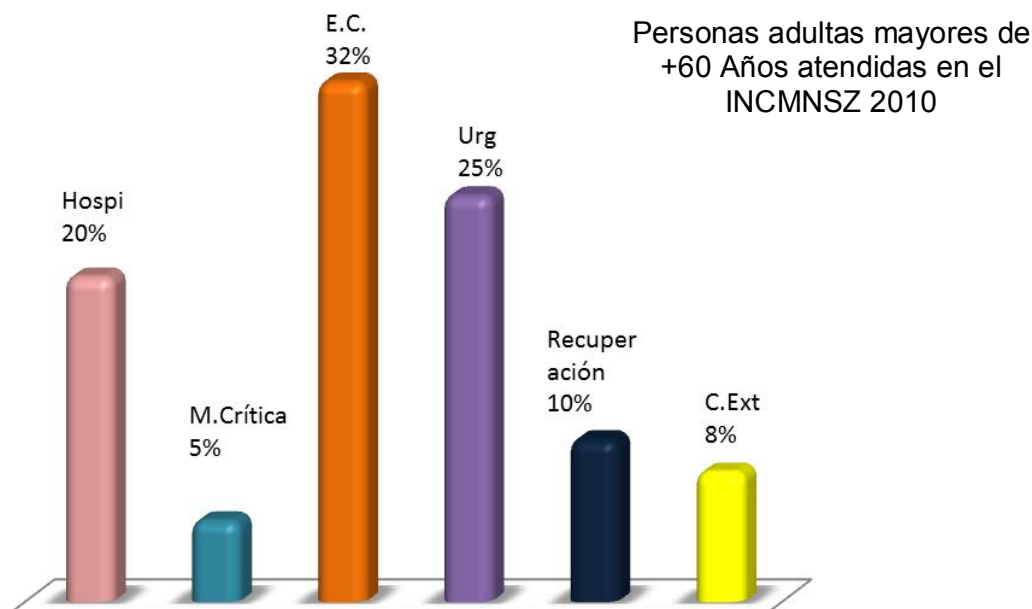


Gráfico 1. Descripción de los servicios que atienden adultos mayores en el INCMNSZ del mes de enero a diciembre 2010, como se observa Estancia Corta (internados y ambulatorios) son quienes atiende el número mayor de enfermos adultos mayores, seguido de los sectores de hospitalización, incluye los cuatro pisos del Instituto.

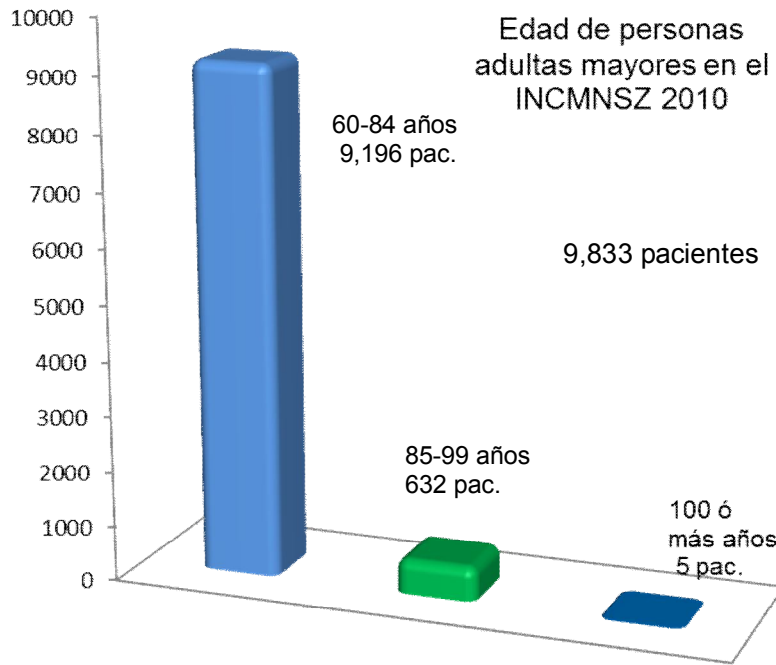


Gráfico 2. Como se puede observar las personas adultas mayores se encuentran en su mayoría de los 60 a 84 años, el resto de los pacientes son la minoría.

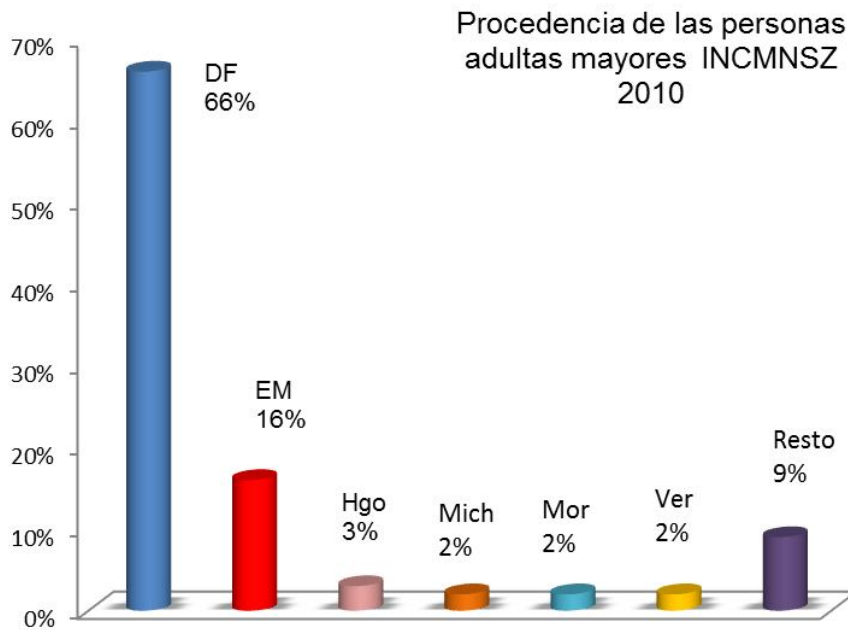


Gráfico 3. Las personas adultas mayores que acuden a atenderse en el INCMNSZ predominante son del DF seguido del Estado de México, el resto de las Entidades federativas son minoría, lo que significa que la distancia es un factor determinante en el acceso a los servicios de salud de alta especialidad de las personas adultas mayores.

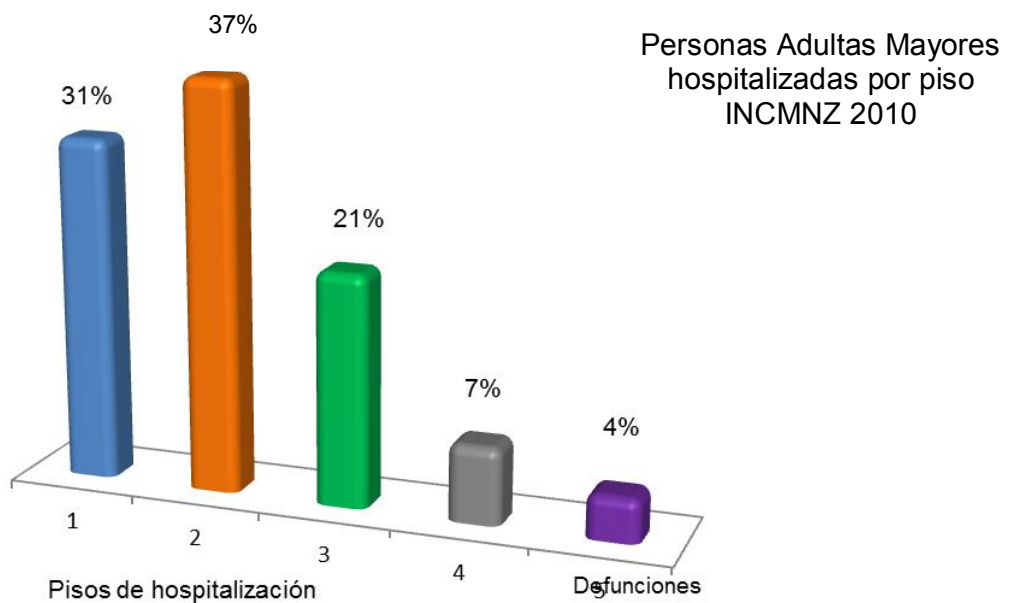


Gráfico 5. Como se observa las personas adultas mayores se internan en todos los pisos del Instituto, se obtuvo un 37% en el segundo piso, muy probablemente porque en ese piso se encuentra el sector geriátrico donde solo se internan pacientes adultos mayores.

5.2. Encuesta a personal de salud INCMNSZ sobre el fenómeno del maltrato en el ámbito familiar hacia personas adultas mayores.

Se aplicó el siguiente instrumento (ver anexo 1) a 100 servidores públicos de los servicios de geriatría, hospitalización, urgencias, y medicina interna, con la finalidad de valorar cómo percibe el fenómeno del maltrato en personas adultas mayores, si existe o no, que acciones implementan y el conocimiento sobre la normatividad vigente así como las sanciones a que se hacen acreedores sino implementan las acciones correspondientes.

A continuación, se presentan los resultados:

Personal de salud del INCMNSZ encuestados con relación al tema de maltrato febrero-junio 2011

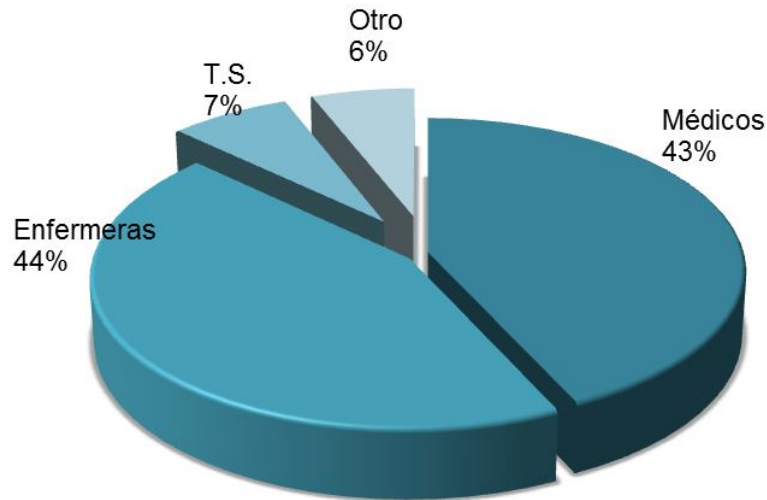


Gráfico 1. Se observa el personal encuestado en el INCMNSZ con relación al fenómeno del maltrato. La encuesta se aplicó al azar, en los diferentes servicios de atención del Instituto.

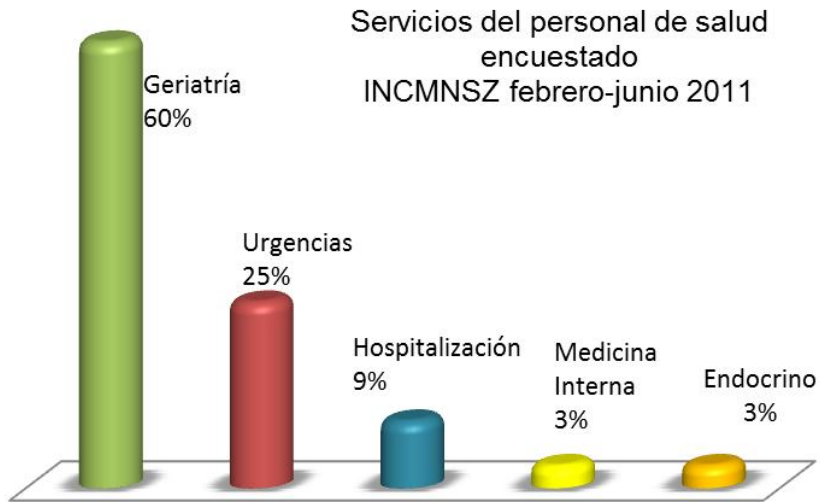


Gráfico 2. Los servicios al que pertenece el personal de salud encuestado, predomina el servicio de geriatría, que en teoría debe ser más sensible al fenómeno del maltrato en adultos mayores.

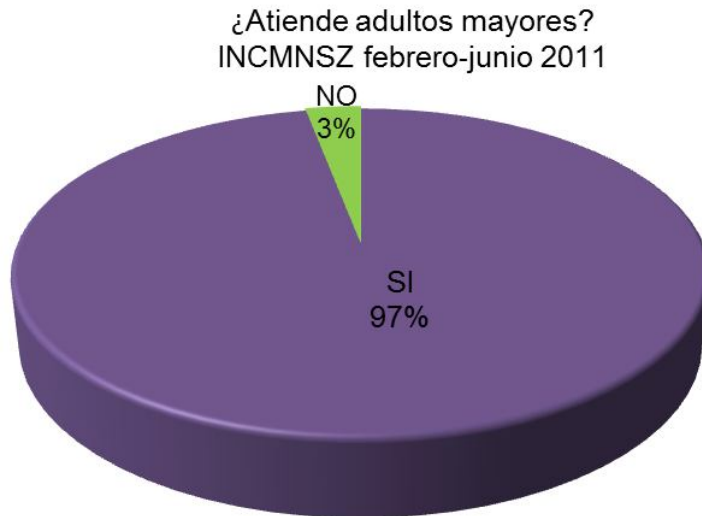


Gráfico 3. La mayoría del personal de salud encuestado, atiende personas adultas mayores independientemente del servicio al que pertenezca. En el INCMNSZ es una institución que solo atiende mayores de 16 años de edad.



Gráfico 3. Se observa que el 54 % de los servidores públicos atienden entre 1 a 5 pacientes diariamente, seguido del 25% de 6 a 10 pacientes adultos mayores, lo que indica que se trata de una población que cada día envejece más y que sigue en aumento.

Detección de maltrato en personas adultas mayores por parte de personal de salud
INCMNSZ febrero-junio 2011

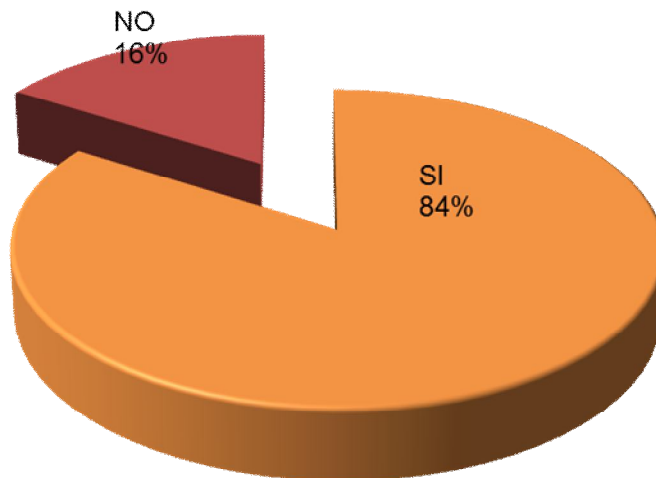


Gráfico 4. Se observa que el 84% del personal de salud encuestado, detecta personas adultas mayores maltratadas, lo que se traduce que el fenómeno está visibilizado por los profesionales de la salud.

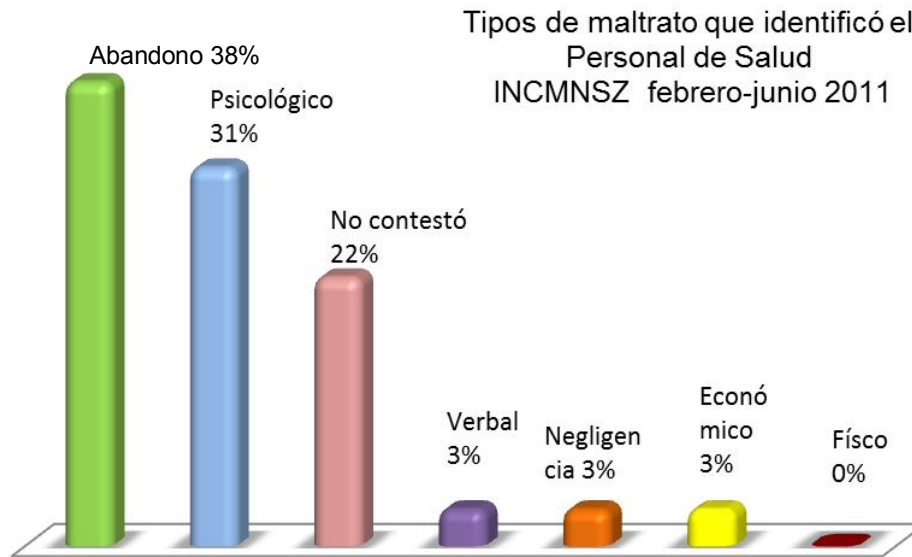


Gráfico 5. Se observa que el abandono (38%) es el principal tipo de maltrato que detecta el personal de salud en el INCMNSZ, seguido por el maltrato psicológico en el 31%. Teóricamente el abandono, es la parte extrema de la negligencia, habría que conocer la conceptualización de abandono para el personal de salud.

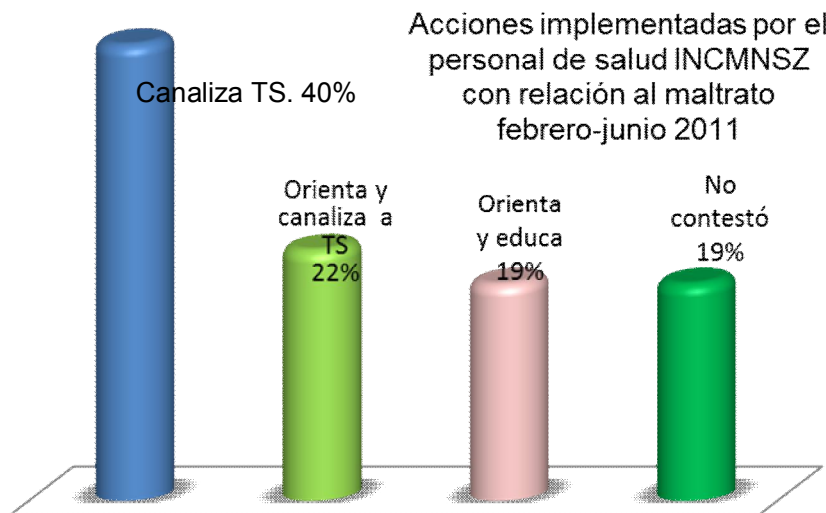


Gráfico 6. Se observa que el personal de salud canaliza a la persona adulta mayor con sospecha de maltrato a Trabajo Social en un 40%, seguido del 22% del personal que proporciona orientación y envía a Trabajo Social. El 19% solo proporciona algún tipo de orientación y educación. Llama la atención el 19% de los servidores públicos no contestaron será acaso ¿por qué no realizan ninguna acción?. El profesional de trabajo social es visualizado por el resto de los profesionales de la salud como un especialista en el maltrato.

Conocimiento del personal de salud de la NOM-046
INCMNSZ febrero-junio 2011

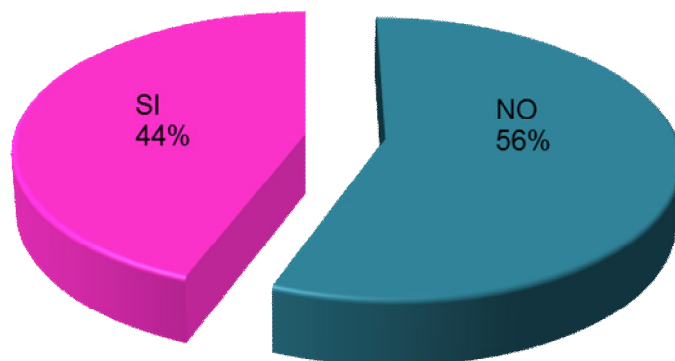


Gráfico 7. El 56% de los encuestados señalan que no conocen la normatividad del maltrato, lo que representa un área de oportunidad para las instituciones de salud.

¿Conoce las sanciones por incumplimiento de la NOM-046?

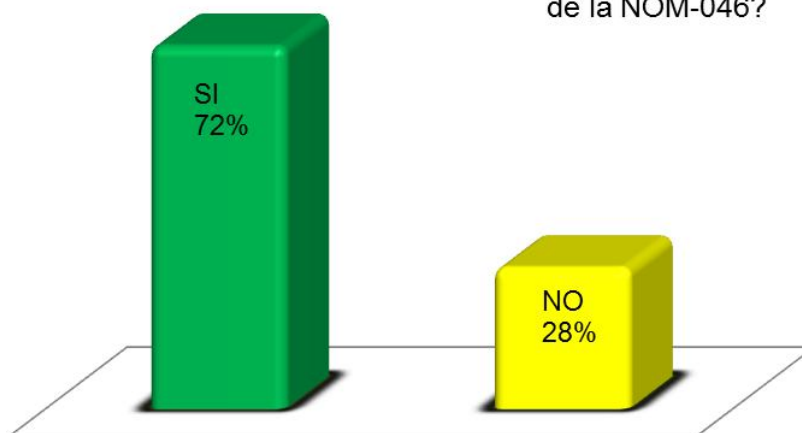


Gráfico 8. Se observa que, el 72% del personal de salud conoce las sanciones civiles, administrativas y penales por no aplicar el procedimiento como lo marca la NOM-046, sin embargo en la práctica no hay evidencia que se apliquen esas sanciones.

VI. EVALUACIÓN DEL MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR HACIA PERSONAS ADULTAS MAYORES ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE GERIATRÍA DEL INCMNSZ.

El fenómeno del maltrato en las personas adultas mayores en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), se detectó a través del instrumento encuesta de maltrato (Giraldo, 2006) (ver anexo 2) y las Evaluaciones sociales y familiares (ver anexo 3) en cada uno de los pacientes que se atienden en consulta externa y hospitalización abarcando a aquellos usuarios que fueron atendidos por Trabajo Social de Junio 2009 a Marzo 2011, en total se atendieron 825 personas, de las cuales en 51 personas se detectó algún tipo de maltrato, es decir el 6% del total de la población, dato que es posible que solo sea el iceberg del fenómeno de maltrato, de que no todos los adultos mayores son atendidos por la Clínica de Geriatría, solo aquellos que presenten algún o varios síndromes geriátricos, dejando sin posibilidad de evaluar a adultos mayores que cursen un aparentemente envejecimiento saludable, o bien que la persona adulta mayor niegue conscientemente el maltrato.

A continuación se revisará algunos aspectos del 6% de personas adultas mayores con sospecha de maltrato:

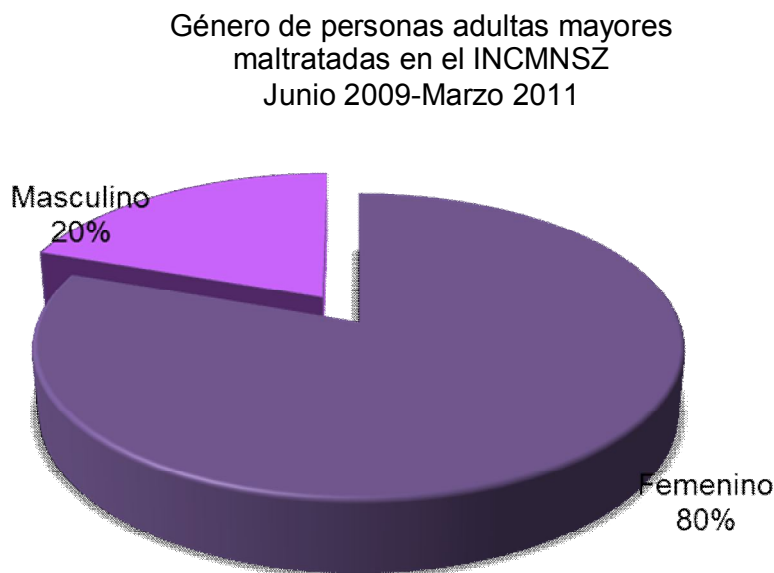


Gráfico 1. Se observa que el maltrato en las personas adultas mayores es predominante en las mujeres en un 80%, y solo una quinta parte afecta a los hombres. Con lo encontrado, se puede afirmar la feminización del maltrato en el INCMNSZ.

Edad de las personas adultas mayores maltratadas en el INCMNSZ
Junio 2009-marzo 2011

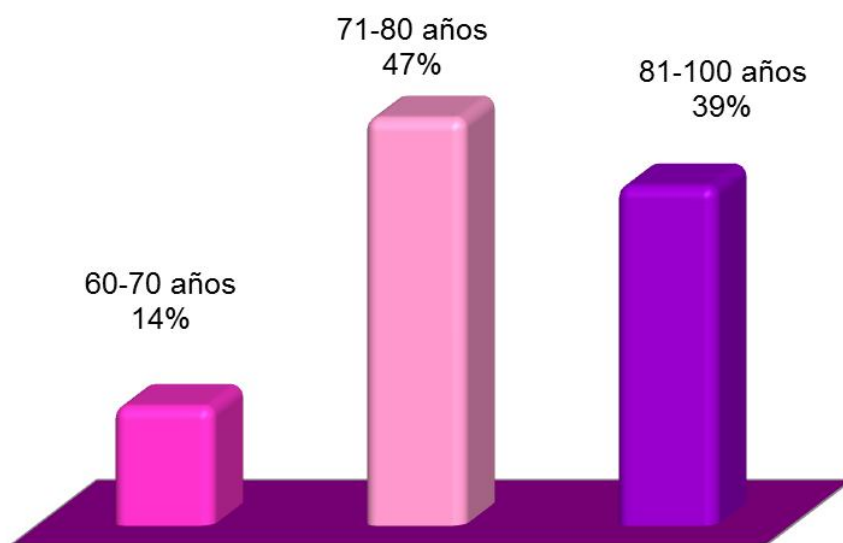


Gráfico 2. Se observa que las décadas más avanzadas de las personas adultas mayores son las que presenta algún tipo de maltrato, siendo éstas décadas las que se asocian a más dependencia física.

Cuota de pago en personas adultas mayores en el INCMNSZ
Junio 2009-Marzo 2011

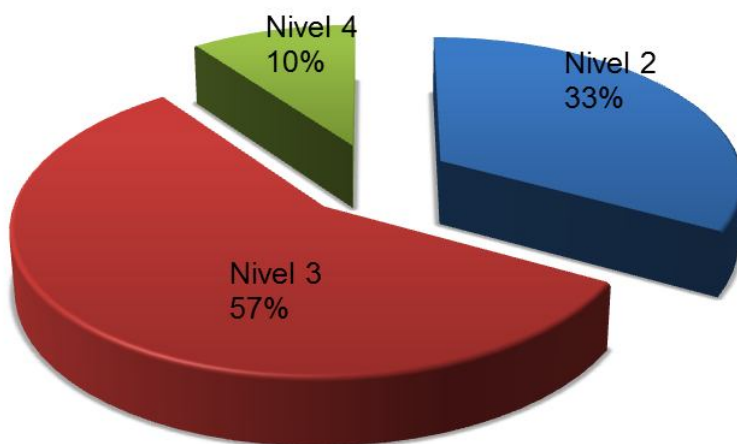


Gráfico 3. Como se observa, los niveles socioeconómicos de las personas adultas mayores son bajos, lo que significa es que sus recursos económicos son bajos. Importantes mencionar que en el INCMNSZ existen niveles desde nivel 1 al 6., siendo los niveles 1,2, 3, los más bajos, 4 y 5 intermedios y nivel 6

equivale a pagar el 100% de los costos hospitalarios. La medición se realizó con instrumento institucional para asignar cuota.

Tipos de maltrato en personas adultas mayores en el INCMNSZ Junio 2009-Marzo 2011

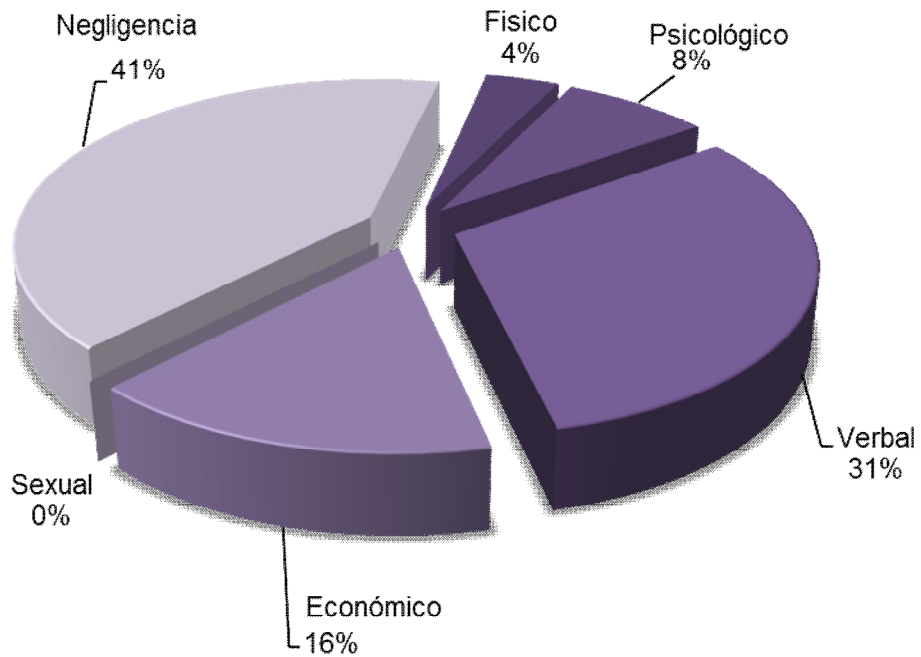


Gráfico 4. Se observa, que la negligencia predomina en las personas adultas mayores, y es el principal tipo de maltrato, seguido del maltrato verbal en un 31%, maltrato financiero o económico en un 16%, en un 8% se presenta el maltrato psicoemocional, y nadie reportó maltrato sexual. Es un hallazgo haber encontrado ésta información desde la mirada de Trabajo Social, ya que en la Encuesta de maltrato a personas adultas mayores (EMPAM-D.F-2006), encontraron principalmente maltrato psicoemocional.

Procedencia de las personas
adultas mayores maltratadas
INCMNSZ Junio 2009-Marzo 2011

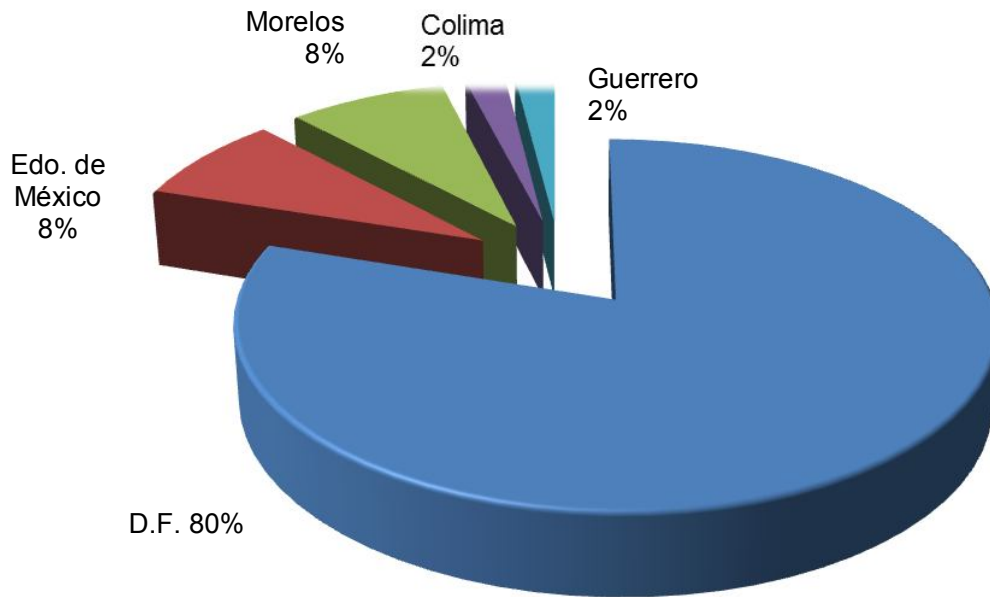


Gráfico 5. Como se observa, las personas adultas mayores proceden en su mayoría de alguna delegación del Distrito Federal en un 80%, el 8% proceden del Estado de México, un 8% proceden de Morelos, y 2% de Colima y Guerrero.

Generador de maltrato INCMNSZ
Junio 2009-Marzo 2011

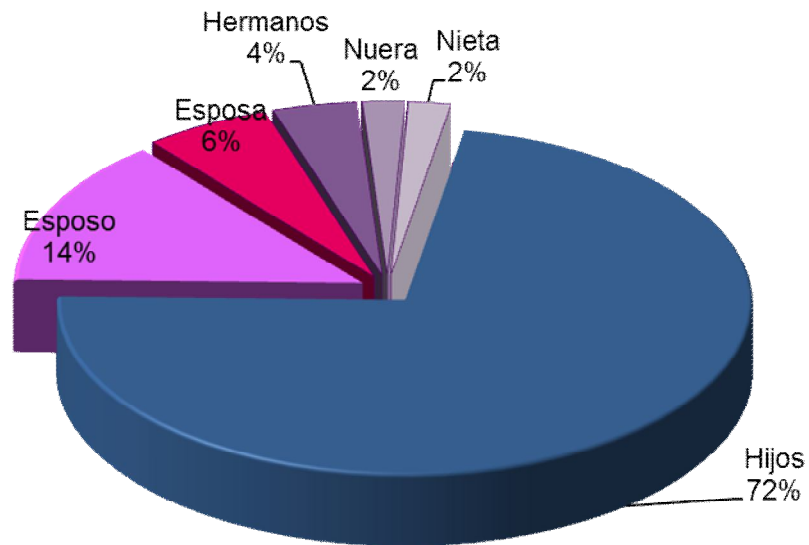


Gráfico 6. Se observa que los generadores de maltrato en las personas adultas mayores son en un 72% los hijos (predominantemente hijas porque son las cuidadoras), seguido de esposo en un 14%, y en un 6% esposas, en un 4% hermanos, y en un 2% nueras y nietas cada una, lo que podemos resaltar la feminización del generador de maltrato en personas adultas mayores atendidas en INCMNSZ.

CONCLUSIONES

Es cierto que el aumento de años en las personas en el mundo, representa un júbilo por que en la actualidad se viven más años, sin embargo la otra cara de la moneda de esas personas que viven más tal vez vivan con mayor discapacidad y enfermedades que aparecen como pago de la factura a la ganancia de vivir muchos años, con ello una avalancha de problemas sociales como la pérdida de roles, sin ingresos propios, con o sin seguridad social, con dependencia psicosocial, con limitada calidad de vida, con depresión y aislamiento; con una red de apoyo familiar y/o extra familiar desgastada por una larga evolución de enfermedades crónico degenerativas o presencia de enfermedades oncológicas y, con presencia de maltrato por la o las personas que mantienen una relación de confianza con la persona adulta mayor, como sucedió en aquella mujer adulta mayor quien murió por omisión de cuidados de 6 hijos y, quien sembró preocupación profesional en la suscrita para que hoy se pueda visibilizar el maltrato en personas adultas mayores en el INCMNSZ y con ello proponer una estrategia de intervención de Trabajo Social en una institución de salud de tercer nivel de atención médica de la Ciudad de México.

Para lo anterior, fue necesario diagnosticar del maltrato en la Clínica de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), el hallazgo encontrado fue un 6% de maltrato en personas adultas mayores en 825 pacientes evaluados; es importante este 6% en virtud de que las instituciones mundiales como OMS reporta datos similares en poblaciones envejecidas en otras naciones, lo que permite vislumbrar que se puede estar bajo el fenómeno de iceberg en nuestra Institución.

En los datos encontrados el maltrato en personas adultas mayores en el INCMNSZ se presentó en mujeres principalmente, las edades de ellas son de más de 70 años (personas que requieren de mayor apoyo por no valerse por sí mismas), viven en la Ciudad de México y, son escasos recursos económicos.

La modalidad del maltrato es la negligencia (omisión de cuidados) por parte de sus hijas, hallazgo muy importante en virtud de la feminización del victimario, seguido de la pareja. El maltrato verbal se presentó en segundo lugar y después el maltrato psicológico, sin embargo la presencia de uno o más modalidades del maltrato también existió en un mismo paciente.

Los profesionales de salud reportan que en 97% atienden diariamente adultos mayores lo permite visualizar el fenómeno de la población envejecida en nuestro Instituto, lo que preocupa es que señalan en la encuesta aplicada que detectan en un 84% pacientes con sospecha de maltrato; el abandono y maltrato psicológico son los principales tipos de maltrato que observan en las personas adultas mayores que atienden, lo que corrobora que se tiene un mayor número de personas adultas mayores que sufren maltrato.

La atención y prevención del maltrato en la vejez es una tarea muy compleja en virtud de que se invisibiliza por el propio protagonista, por generador del maltrato y, por los propios profesionales de la salud a pesar que la normatividad oficial del maltrato indica que deben de reportar los casos con sospecha de maltrato; por otro lado en la encuesta aplicada entre el personal de salud del INCMNSZ, se encontraron algunos hallazgos importantes.

Dentro de las acciones tomadas por el personal de salud del Instituto en personas adultas con sospecha de maltrato principalmente los canalizan a Trabajo Social, también refieren que proporcionan orientación y educación y, después lo envían a trabajo social. El reconocimiento institucional por el profesional de trabajo social representa una enorme responsabilidad sin embargo hasta el momento no hay una estrategia sistematizada para dar atención al maltrato en la vejez; ésta es una excelente oportunidad de empoderar a Trabajador social para orquestar la intervención interdisciplinaria en el Instituto y enfrentar la problemática social en la vejez.

El conocimiento directo de los casos de pacientes adultas mayores con sospecha de maltrato ha permitido construir la presente propuesta de intervención para atender y prevenir el maltrato en la vejez.

El reto ha sido muy grande para Trabajo Social en el INCMNSZ en virtud de que los espacios profesionales son dirigidos por el modelo médico hegemónico; a pesar de ello se presentó el diagnóstico del maltrato en personas adultas mayores en el auditorio principal del INCMNSZ en presencia de personal de todo el Instituto y las autoridades del Instituto.

El camino es largo en la prevención y atención del maltrato en personas adultas mayores mientras no haya más investigación, que los profesionales de la salud incluyendo a Trabajo Social no asuman su responsabilidad y se visibilicen los derechos humanos a nivel internacional y nacional. Compromiso que le concierne a todos los profesionales que atienden personas adultas mayores con ésta problemática social.

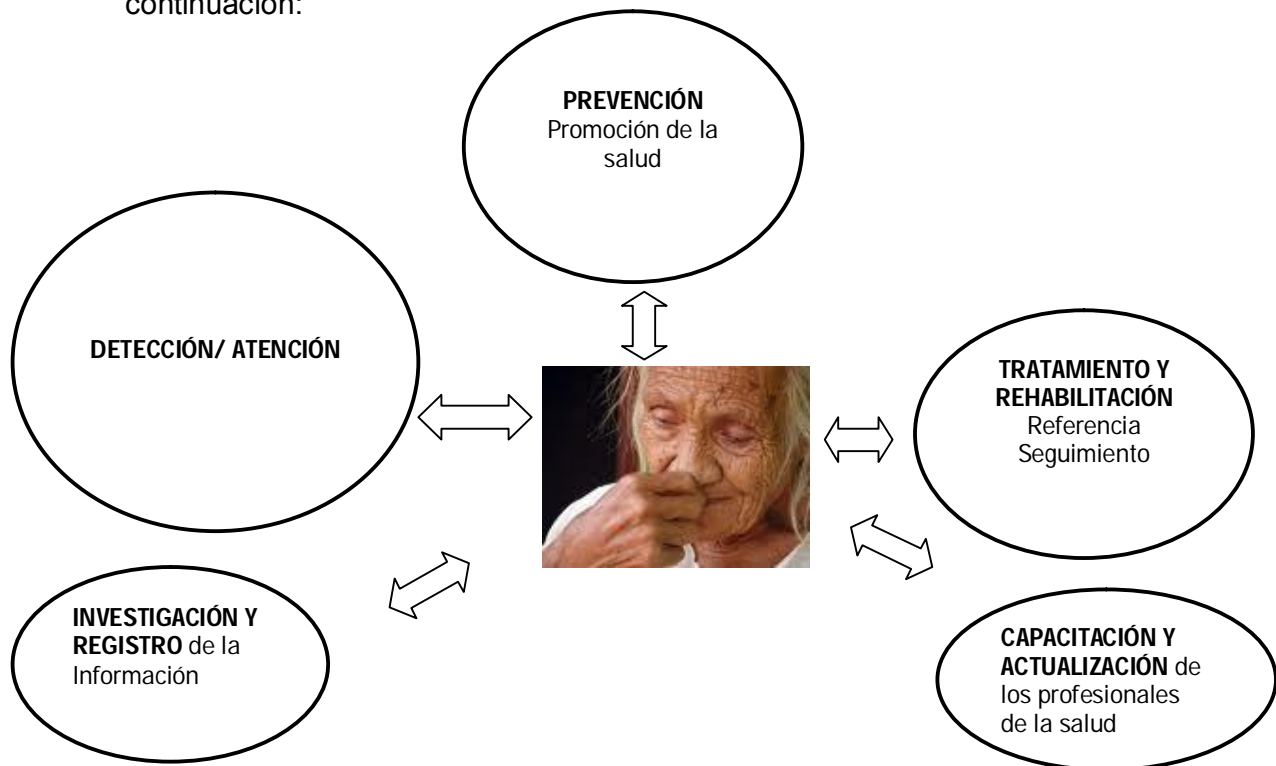
El trabajo es arduo aún, se recomienda la implementación de la primera Clínica de maltrato en personas adultas mayores en la Ciudad de México lo que representará de un espacio profesional preponderante para el profesional de trabajo social en el área de la salud.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE PRESENTAN MALTRATO EN EL ÁMBITO FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ÁREA DE LA SALUD

En México hay pocas instituciones de salud que tengan integrado un servicio de Geriatría con un equipo interdisciplinario, y con ello camino que recorrer para implementar procedimiento institucional ex profeso para la atención del maltrato en la vejez.

La propuesta metodológica que se presenta está sustentada en la normatividad mexicana del maltrato, en el modelo sociológico, y en los hallazgos encontrados en la aplicación de instrumentos y, con base en base a la normatividad mexicana del maltrato, se presenta la siguiente propuesta metodológica que pretende realizar abordaje interdisciplinario de contención y conciliación, todas ellas previas a la notificación o denuncia ante el ministerio público, en virtud de que el objetivo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es la atención médica especializada y no la procuración de la justicia.

Se afirma que el fenómeno social del maltrato en la vejez es un tema poco visibilizado inclusive por la persona adulta mayor, sin embargo como ya se ha expuesto **existe** y, genera consecuencias negativas para la salud física, mental de la persona adulta mayor que se atiende en el INCMNSZ, de ahí que se propone categóricamente la creación de una Clínica del Maltrato a la persona adulta mayor, la primera en su tipo en la Ciudad de México, a donde un grupo de especialistas diagnostiquen e intervengan interdisciplinariamente. El proyecto de atención se basa en un esquema de 5 ejes que se describen a continuación:



I. Promoción de la salud

1.1 Programas educativos.

Los profesionales de la salud deberán llevar a cabo programas educativos dirigidos a la población en general que tengan como propósito prevenir el maltrato en la vejez, promover estilos de vida saludables, incluyendo la distribución equitativa de responsabilidades en el interior de las familias, el desarrollo de las relaciones de respeto entre las personas, basadas en el reconocimiento de los derechos de cada uno de los integrantes de cualquier grupo humano.

Considerando que muchas personas adultas mayores son independientes y funcionales bio psico socialmente, están en la posibilidad de coparticipar en la aplicación de sus derechos y de sus obligaciones, se insistirá en la participación de ellos mismos promoviendo y potencializando sus capacidades vigentes de tal manera que contribuyan con la familia en su autocuidado, evitando la sobre protección de las personas que los rodean. El ser viejo no es sinónimo de no poder participar en la familia.

Es importante la coordinación y participación de los diversos actores sociales responsables tales como instancias de las mujeres, sistemas DIF, áreas de procuración de justicia, autoridades municipales y comunitarias, entre otros, en virtud de información a las personas adultas mayores y a la población en general sobre el fenómeno del maltrato en la vejez. En el apartado de instituciones mexicanas que atienden el maltrato en las personas adultas mayores expuesto con anterioridad, se revisaron las diferentes opciones de prevención y atención en la Ciudad de México.

1.2 Jornada conmemorativa en el marco del Día Mundial de la toma de conciencia del maltrato y abuso en la vejez.

Con la finalidad de abarcar a más personas adultas mayores se propone organizar jornada de conferencias con expertos en la materia (por supuesto incluido a trabajo social), en el marco del Día mundial de la toma de conciencia del maltrato y abuso en la vejez, que la Organización de las Naciones Unidas estableció que se debe conmemorar el día 15 de junio de cada año. En ésta Jornada se invitará a las diferentes instituciones involucradas en la prevención y atención del maltrato sin costo para los asistentes, buscando financiamiento de proveedores de servicios y laboratorios médicos, la sede el auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Conscientes de que el simposio es la estrategia educativa ideal para impactar a un mayor número de personas. Se promocionará el evento a través de los medios de comunicación masiva: entrevistas de radio, se utilizarán las redes sociales e invitación electrónica a otras instituciones de salud.

Metodología	Técnicas	Instrumentos
Trabajo Social con Grupos	Proceso educativo Planeación didáctica (Conferencia)	Crónicas grupales Lista de asistencia

1.3. Grupos comunitarios.

Señala la NOM-046 SSA-2-2005 sobre maltrato, que los profesionales de la salud, deben promover la integración de grupos de promotores comunitarios y redes sociales que participen en actividades de información y orientación sobre el derecho de las personas a una vida libre de violencia. Se propone un grupo psicoeducativo organizado por trabajo social para familiares de pacientes con Alzheimer y demencias similares (éstos enfermos son más vulnerables a recibir maltrato por parte de sus cuidadores en virtud de sus circunstancias de dependencia) y, siendo el profesional de trabajo social el experto en el tema de maltrato y colapso del cuidador, en las sesiones correspondientes.

Metodología	Técnicas	Instrumentos
Trabajo Social de Grupos	Proceso educativo Planeación didáctica (Conferencia)	Crónicas grupales Lista de asistencia

II.- Detección de probables casos y diagnóstico

Es importante señalar que el área de la salud solo puede identificar sospecha o probable maltrato, a través de entrevista a profundidad con cuestionario estructurado o con pruebas de tamizaje ex profeso y, solo las áreas de la procuración de la justicia pueden dictaminar maltrato en virtud que puede constituir un delito.

2.1. Evaluación geronto-geriátrica integral a la persona adulta mayor.

Se propone una evaluación integral de la persona adulta mayor que incluya: valoración médica, de enfermería, nutrición, gericultista y por supuesto de trabajo social a ancianos hospitalizados o bien atendidos en consulta externa.

A través de la identificación de pacientes con sospecha de maltrato por parte del equipo de salud o bien por la propia detección de la evaluación social de la trabajadora social de geriatría (ver anexo 2) se abordará el caso de probable maltrato.

La metodología de trabajo social es intervención individualizada para ésta problemática social, utilizando el siguiente procedimiento:

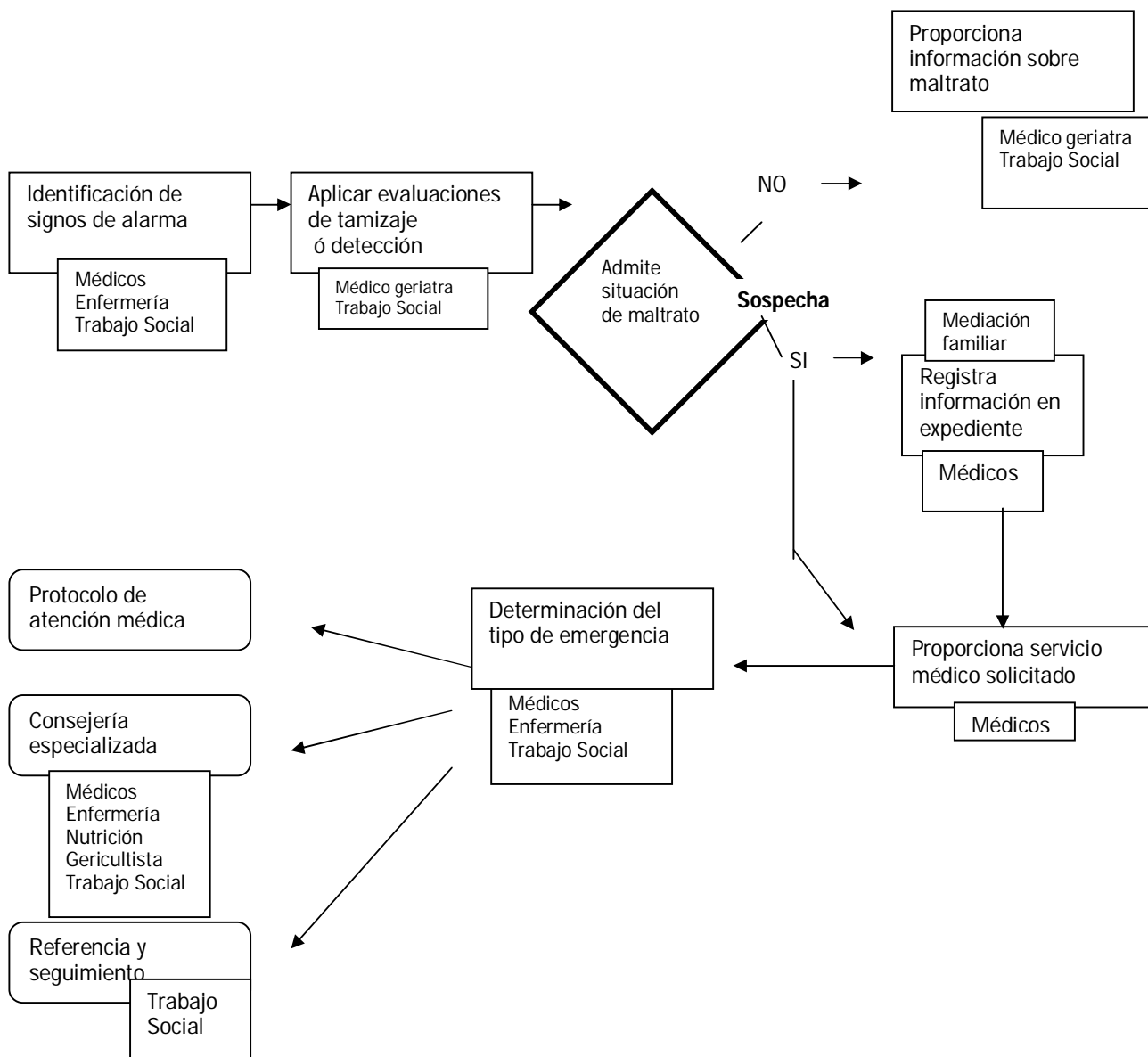
- a. Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado con sospecha de maltrato en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. El instrumento (inédito), mide la situación social y familiar de la persona adulta mayor, bajo el marco las recomendaciones de las Organización Panamericana de la Salud OMS en lo se refiere al funcionamiento social del anciano. Consta de once aspectos, con 78 ítems, incluye:

- I. Datos generales del paciente
- II. Datos del cuidador primario
- III. Tratamiento farmacológico
- IV. Recursos sociales y comunitario en las dimensiones: familiar, extrafamiliar e institucional
- V. Estructura y dinámica familiar. Familiograma
- VI. Condiciones económicas
- VII Servicio Médico
- VIII. Maltrato del adulto mayor
- IX. Condiciones de vivienda
- X. Diagnóstico social
- XI. Plan y tratamiento social

- b. Se aplicará instrumento ex profeso para medir maltrato en adultos mayores (Giraldo, 2012).
- c. Se aplicará escala de sobrecarga de cuidador de Zarit (Zarit, 1980). (Ver anexo 4)
- d. Entrevista al familiar responsable legal del paciente por separado de la persona adulta mayor.
- e. Trabajo social definirá si es necesario citar a los familiares cercanos para establecer un proceso de *mediación familiar* y establecer acuerdos familiares; el abordaje será el siguiente:
- Enviar citatorios a esposo (a), hijos, familiares que viva bajo el mismo techo con el paciente.
 - Se inicia la sesión con una presentación del equipo de salud: geriatra, enfermería, nutriología y gericultista, coordina trabajo social. Se presentan los familiares con nombre y parentesco cada uno de los familiares y paciente.
 - Se establece objetivo de la sesión familiar y tiempos.
 - Se evaluará la red de cuidados al adulto mayor y, cada familiar expresará su participación en la atención y cuidado del adulto mayor generando la discusión de aspectos de dinámica familiar y cuidados.

- Se visibilizará el probable tipo de maltrato, siendo cautelosos en no generar otros conflictos entre familiares y el paciente. Se refuerzan responsabilidades con lo establecido en la Ley de los adultos mayores y el Código Civil (capítulo de alimentos).
- Se fortalecerán los canales de comunicación, así como distribución de cuidados entre todos los familiares y se establecerán acuerdos de apoyo económico para el anciano, la aplicación o no de estos acuerdos será por convicción de los parientes o personas que vivan con el adulto mayor.
- En caso necesario, se proporcionará información sobre instancias de procuración de la justicia, si la persona adulta mayor desea denunciar.
- Cada integrante del equipo de salud realizará recomendaciones desde su área de conocimiento.
- El seguimiento será a través de la consulta de geriatría y en algunos casos con visita domiciliaria coordinada por trabajo social.
- Los familiares asistentes y el personal de salud firma documento de haber participado en la sesión.
- Trabajo social realizará nota de intervención familiar y se adjunta al expediente clínico.
- Si se considera conveniente, se solicitará autorización para visitar el domicilio del paciente y se solicitará autorización por escrito y se acordará fecha.
- Se sigue protocolo de cortesía al cierre de la sesión.

En caso de que la persona adulta mayor no esté en condiciones de responder durante la entrevista inicial, el o la Trabajadora Social se dirigirá, en su caso, a su acompañante o familiar responsable, sin perder de vista que pudiera ser el probable generador de maltrato.



Metodología		Técnicas	Instrumentos
Trabajo Individualizado	Social	Entrevista Observación Mediación familiar Herramienta: Visita domiciliaria	Evaluación social y familiar de Silvia Bautista Test de sobrecarga de Zarit and Zarit Encuesta de Maltrato de Liliana Giraldo Reporte de visita domiciliaria

III. Tratamiento y rehabilitación

3.1 Canalización a la persona adulta mayor a otras instituciones de salud mental

Orientar el tratamiento de las personas adultas mayores involucradas en situación maltrato al otorgamiento de una atención médica integral y de las secuelas específicas, refiriéndolos para ello a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme establecen las disposiciones aplicables y los manuales que al efecto emita la SSA, de conformidad con la NOM 046 SSA2-2005. Esta normatividad recomienda seguimiento periódico, siendo a través de las consultas médicas. Se debe contar con directorio de instituciones para la referencia de las personas adultas mayores.

Referir preferencialmente, a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades atendiendo a las y los pacientes adultos mayores con sospecha de maltrato que manifiesten alteraciones psicológicas, trastornos psiquiátricos.

Cuando la infraestructura institucional lo permita, impartir consejería en los servicios de salud con personal que haya recibido capacitación especial siendo la Trabajadora Social quien generará proceso de comunicación y análisis mediante el cual se brinden elementos para que la o el usuario tome decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre las alternativas para la prevención y atención de la violencia familiar.

La atención a la violencia se clasifica según la NOM-046 SSA2 2005:

1. Esencial. Incluye: detección activa, contención y manejo de crisis, atención médica a lesiones breves, atención básica a violencia sexual, orientación y consejería, referencia y seguimiento; estos servicios deben estar disponibles en cualquier unidad de salud.
2. Especializada que comprende, atención médica quirúrgica para lesiones leves y graves, especialidades médicas incluyendo psiquiatría en caso necesario, tratamiento para violencia sexual, tratamiento psicológico especializado, orientación y consejería, estos servicios deberán estar disponibles en las unidades de segundo nivel.
3. Consejería, brindar información objetiva, basada en evidencia científica, sobre las opciones que tiene para su atención, así como los derechos que le asisten y los servicios que le pueden ofrecer otras instituciones ya sean públicas, privadas o de la sociedad civil, en materia de asesoría y apoyo legal. Esto con el objetivo de brindar elementos para que la persona adulta mayor tome decisiones voluntarias conscientes e informadas.
4. Referencia a los usuarios involucrados en situaciones de violencia a servicios de atención especializada de las instituciones de salud , o

salud mental, o a otros servicios especializados incluidos los refugios, de acuerdo al tipo de daños, a la salud física, mental o emocional y al nivel de riesgo estimado.

Metodología	Técnicas	Instrumentos
Trabajo Social Individualizado	Entrevista Observación	Formato de canalización Directorio de instituciones de salud mental y/o atención a víctimas de maltrato.

3.2 Dar aviso al ministerio público

Avisar al Ministerio Público mediante el formato establecido (ver en anexo 4), en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados con sospecha de maltrato.

En los casos que exista una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función, dar atención médica, después se notificará al Ministerio Público. La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar debidamente registrados en el expediente clínico.

En los casos en que se sospeche la comisión de delito, se deberá de notificar al ministerio público con documento ex profeso que señala la normatividad y guardar copia en el expediente clínico.

Las instituciones de salud están obligadas a dar aviso al Ministerio Público de los caso de maltrato según la NOM-046, en este apartado se debe tener cautela para evitar otros conflictos.

El Aviso al Ministerio Público tiene por objetivo dar a conocer a la autoridad de procuración de justicia sobre los casos de sospecha de maltrato en la persona adulta mayor detectados/atendidos en los servicios de salud, por lo que su llenado y respectivo envío debe hacerse en forma institucional por la persona responsable de la unidad en los términos que señala el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de atención médica art 18 y 19.

El aviso al Ministerio Público, de ninguna manera constituye una denuncia, ni sustituye la voluntad de la persona adulta mayor.

La información contenida en el aviso al Ministerio Público y en el expediente clínico puede ser utilizada en el proceso penal por el propio Ministerio Público o por quien asiste a la víctima en procesos jurídicos, de conformidad con la legislación de cada Entidad.

El Aviso al Ministerio Público es de carácter eminentemente técnico médico y su carácter descriptivo de lo dicho por la víctima, así como de las condiciones de salud física y mental que se encuentren en el momento de la atención médica; sin hacer juicios de valor, ni establecer o negar la ocurrencia de un delito; eso no le corresponde a los profesionales de la salud sino a las instancias de procuración de justicia.

Metodología	Técnicas	Instrumentos
Trabajo Social Individualizado	Entrevista Observación	Formato de canalización Directorio de instituciones de atención a víctimas de maltrato.

3.3 Consejería y seguimiento

La Trabajadora Social informará a la persona adulta mayor sobre:

- Su derecho a denunciar los hechos de maltrato 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.

La finalidad de la consejería es facilitar la toma de decisiones autónomas basadas en evidencia científica y el respeto a los derechos humanos de las personas adultas mayores. Se recomienda contar con un directorio actualizado en la clínica de geriatría del INCMNSZ,

Metodología	Técnicas	Instrumentos
Trabajo Social Individualizado	Entrevista Observación	Formato de canalización Directorio de instituciones de atención a víctimas de maltrato. Registro en expediente

IV. Sensibilización, capacitación y actualización

Es indispensable que el personal de salud se actualice para que realice sus actividades de detección, atención, aviso y registro y referencia.

Trabajo Social podrá llevar a cabo las siguientes actividades académicas sobre el tema de la prevención y atención del maltrato en la vejez:

- Sesiones generales del Instituto donde acude todo el personal médico, es un foro ciento por ciento de médicos, presentando la propuesta de intervención así como el diagnóstico del maltrato: experiencia institucional.
- Clases a personal de enfermería en el tema de evaluación social y maltrato en la vejez y en la formación de gerontólogos de la facultad de medicina de la UNAM.
- Asesoría a residentes de geriatría en el tema de maltrato y colaboración en tesis de residentes.
- Socializar la propuesta de intervención de trabajo social en el maltrato en las personas adultas mayores en eventos académicos de trabajo social, de geriatría y gerontología, enfermería y medicina.

Los contenidos indispensables en los cursos de capacitación incluyen:

- Aspectos conceptuales, tipología, marco jurídico, los procedimientos para la detección de maltrato en la vejez en los servicios de salud, así como el reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual, psicológico. Se recomienda que todo el personal debe contar con un directorio que le permita ubicar los servicios especializados, así como las organizaciones sociales de diversas orientaciones disciplinarias que brindan apoyo a los casos de maltrato.

Metodología	Técnicas	Instrumentos
Trabajo Social con Grupos	Planeación didáctica (Conferencias, simposio, mesas redondas, panel, etc.)	Reporte de asistencia Evaluación diagnóstica pre y post

V. Investigación, registro de la investigación

La investigación ayuda a tener una visión más clara de la realidad con respecto a un fenómeno; en el campo de la salud busca contar con información para la toma de decisiones con base científica para mejorar la calidad de vida de las personas y la sociedad en su conjunto.

En los últimos años se han realizado grandes esfuerzos para identificar la magnitud y el impacto del maltrato en la vejez, sin embargo es mínimo el número de investigaciones, quedan muchas preguntas sobre los factores de riesgo, y sobre todo de las intervenciones que puedan resultar eficaces para la prevención y atención de este grave problema de salud pública.

El documento primario del registro de la información sobre los casos es el expediente clínico donde deben registrarse los resultados de la entrevista y el examen físico en forma detallada, clara y precisa. Además es una obligación registrar la información de los casos detectados en los formatos preestablecidos para recabar información.

Trabajo Social podrá sistematizar la información contenida en el instrumento de evaluación social, los instrumentos de maltrato, colapso del cuidador, de las visitas domiciliarias de las personas adultas mayores maltratadas, así como las intervenciones en éstos casos, generándose investigaciones cuali-cuatitativas que fortalecerían la investigación social.

Metodología	Técnicas	Instrumentos
Método científico	Entrevistas Aplicación de cuestionarios, test, encuestas.	Expediente Evaluaciones sociales Test de sobrecarga del cuidador

Perfil del Profesional de Trabajo Social en la atención del maltrato en la vejez

Todos los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, rehabilitadores, nutriólogos, etc.) que atienden el maltrato de la vejez deberán poseer conocimientos teóricos en el tema del maltrato, derechos de los ancianos, marco legal; manejo y abordaje desde su área de intervención, pero sobre todo convicción, sensibilidad, imparcialidad y respeto en la persona adulta mayor, en virtud que éste sector de la población aumenta aceleradamente.

En virtud de no existir un perfil profesional de Trabajo Social en la atención del maltrato, se recomienda el siguiente:

CONOCIMIENTO	APTITUDES	ACTITUDES	HABILIDADES
Proceso de envejecimiento	Neutralidad	Respeto	Entrevista
Teorías sociales del envejecimiento	Imparcialidad	Empatía	Observación
Gerontología Social	Capacidad de reflexionar	Sensibilidad	
Maltrato en la vejez	Control de emociones	Calidez	
Especialidad de trabajo social en modelos de atención con personas adultas mayores			
Orientación Familiar			

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL ESPECIALIDAD DE MODELOS DE TS DE ATENCIÓN EN ADULTOS MAYORES



Agradecemos de antemano su colaboración en contestar el siguiente cuestionario.

Objetivo: Conocer las dimensiones del maltrato en la vejez en el INCMNSZ y las acciones implementadas por el personal de salud.

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas.

1.- Profesión

Médico () Enfermería () Trabajo Social () Otro ()

2. Servicio actual: _____

3. Antigüedad: _____

4. ¿Usted atiende pacientes adultos mayores?: SI () NO ()

5. En promedio cuántos pacientes adultos mayores atiende por día: _____

6. De los pacientes atendidos por Usted, ¿ha detectado que los adultos mayores sean receptores de algún tipo de maltrato?: SI () NO ()

7. Principalmente ¿qué tipo de maltrato? especifique _____

8. Desde su área de intervención, ¿qué acciones realiza Usted cuando identifica adultos mayores maltratados?

Especifique:

9. ¿Conoce la NOM-046-SSA2-2005 Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres? SI () NO ()

10. ¿Conoce otra normatividad, Ley, que proteja a las personas adultas mayores en contra del maltrato?: SI () NO () ¿Cuál? o ¿Cuáles?

11. Sabe Usted si en el INCMNSZ, existe algún procedimiento específico para la detección, atención y prevención del maltrato del adulto mayor: SI () NO () ¿Cuál?

12. ¿Sabe Ud. que de acuerdo a las disposiciones legales aplicables, el incumplimiento de la Norma (arriba mencionada) dará como resultado la aplicación de sanciones administrativas, civiles o penales? SI () NO ()

ANEXO 2

Encuesta de Maltrato para personan adulta mayor EMPAM

INSTRUCCIONES: Todas las preguntas a realizar deben ser antecedidas por la frase "en los últimos 12 meses....."
PUNTUACIÓN 1=Si 0=No

Tipos de maltrato			Responsable	
PSICOLÓGICO				
1. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	Si	No	H	M
2. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	Si	No	H	M
3. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	Si	No	H	M
4. ¿Le han hecho sentir miedo?	Si	No	H	M
5. ¿No han respetado sus decisiones?	Si	No	H	M
6. ¿Le han prohibido salir o que lo (la) visiten?	Si	No	H	M
FÍSICO				
7. ¿Le han golpeado?	Si	No	H	M
8. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	Si	No	H	M
9. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	Si	No	H	M
10. ¿Le han aventado algún objeto?	Si	No	H	M
11. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	Si	No	H	M
NEGLIGENCIA				
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	Si	No	H	M
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	Si	No	H	M
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	Si	No	H	M
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	Si	No	H	M
ECONÓMICO				
16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	Si	No	H	M
17. ¿Le han quitado su dinero?	Si	No	H	M
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	Si	No	H	M
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	Si	No	H	M
20. Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	Si	No	H	M
SEXUAL				
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	Si	No	H	M
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	Si	No	H	M

*Elaboró: Mtra Lilibiana Giraldo Rodríguez

TOTAL

/ 22

ANEXO 3



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador
Zubirán

TRABAJO SOCIAL DEPARTAMENTO DE GERIATRÍA

EVALUACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- Fecha de evaluación _____/_____/_____ CAMA _____
- Fecha de ingreso hospitalario _____/_____/_____ C. Externa _____
- Registro _____
1. Nombre _____ Edad _____ N _____
2. Domicilio permanente _____

- Teléfono casa () _____ Celular (044-55) _____
- 3.-Entrevista a: Paciente () Familiar (): _____ parentesco _____
- Responsable legal: _____ parentesco _____
4. Residencia: 1. Vivienda particular () 2. Asilo () 3. Otro ()
5. Estado civil 1. Solter@ () 2. Casad@ () 3. Unión libre () 4. Viud@ () 5. Divorciado/ Separado ()
6. Otro ()
6. Escolaridad: _____ 7. Religión: _____
8. Ocupación actual _____ 9. Última ocupación: _____
10. Tiempo de vivir en lugar de residencia actual: _____
11. Usa lentes Si () No () 12. Usa aparato auditivo Si () No ()
13. Usa auxiliar de la marcha Si () No () 14. Usa silla de ruedas: Si () No ()
15. Usa prótesis dental: Si () No () 16. Asiste a Estancia de Día: 1. Si () 2. No
17. 1. Independiente () 2. Inicialmente dependiente () 3. Dependiente ()
- 18 ¿Qué hace en su tiempo libre? _____
19. ¿Asiste a alguna institución a realizar actividades culturales, sociales, etc.? 1. Si () 2. No ()
20. Pérdidas: ¿Ha perdido a su pareja en el último año? 1. Si () 2. No () 3. NA ()
21. ¿Ha perdido a algún familiar y/o amigo en el último año? Si () No ()
- 22.-Diagnóstico médico _____
Cáncer () tipo: _____

23. Síndromes geriátricos: _____
 DCL () Demencia () tipo: _____

II. DATOS DEL CUIDADOR PRIMARIO

24. Nombre del Cuidador primario: _____ Edad _____
 25. Parentesco: 1.Hijo () 2. Pareja () 3. Amistad () 4. Otro familiar () 5. Otro no familiar ()
 6. Cuidador remunerado () Teléfono _____
 26. Vive con el paciente 1. Si () 2. No ()
 27. Tiempo de cuidado de la persona adulta mayor: _____ años _____ meses _____ días _____
 28. Estado civil: 1. Casad@ () 2. Solter@ () 3. Divorciad@/separad@ () 4. Viud@ () 5. Unión Libre ()
 29. Escolaridad: 1. Ninguna () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Bachillerato () 5. Carrera técnica ()
 6. Licenciatura () 7. Posgrado () 8. Otro ()
 30. Ocupación actual: _____
 31. Funciones que realiza: 1. Compañía () 2. Apoyo a las ABVD () 3. Apoyo a las AIVD () 4. Otras ()
 32. El cuidador presenta problemas de: 1. Problemas de salud () 2. Problemas financieros () 3. Problemas psicológicos () 4. Problemas familiares () 5. Otros () 6. Ninguno
 33. Escala de Zarit and Zarit: 1. Sin sobrecarga () 2. Sobrecarga leve () 3. Sobrecarga intensa ()

III. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

34. Mencionar los medicamentos que se administra al paciente:

35. ¿Quién administra los fármacos?: 1. Paciente () 2. Cónyuge () 3. Hijo () 4. Nieto ()
 5. Hermano(a) () 6. Nuera-yerno () 7. Sobrino () 8. Otro () especifique:
 36. ¿Quién los compra? 1. Paciente () 2. Cónyuge () 3. Hijo () 4. Nieto () 5. Hermano(a) () 6. Nuera-yerno () 7. Sobrino () 8. Otro () especifique:
 37. Polifarmacia 1. Si () 2 No ()
 38. Sistema de Transporte habitual: 1. Autobús urbano () 2. Colectivo () 3. Metro ()
 4. Particular () 5. Autobús foráneo () Taxi () Otros ()

IV. RECURSOS SOCIALES Y COMUNITARIOS

39. Red de apoyo:
 Familiar 1.Si () 2. No ()
 Extra-familiar 1.Si () 2. No ()
 Institucional 1. Si () 2. No ()

	FAMILIAR	EXTRAFAMILIAR	INSTITUCIONAL
Emocional (Afecto, compañía, empatía, escucha)			
Instrumental Cuidado, transporte, labores del hogar			
Material Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago servicios.			

Informativo Orientación, información,			
---	--	--	--

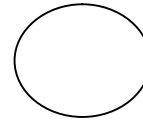
V. ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR.
Familiograma

Hijos: () Vivos () Fallecidos ()

Vivos: Hombres () Mujeres ()

40. Percepción del paciente de relación familiar:

1. Buena () 2. Regular () 3. Mala ()



Familiares que proporcionan cuidados en casa: _____
 Familiares que proporcionan cuidados en el hospital: _____

Historia y dinámica familiar

41. Problemas con la familia de origen: _____

42. Problemas conyugales y con hijos. _____

43. ¿Qué ha sucedido últimamente en la familia, en relación al padecimiento del paciente?

a. Apoyo total () b. Unión familiar () c. Preocupación por el enfermo () d. Alteraciones en la dinámica familiar ()
e. Desintegración familiar () f. Conflicto familiar por el cuidado del anciano () f. otros especificar ()

44. Tipo de familia: 1. Familia Estructurada – Nuclear () 2. Familias Unipersonales () 3. Familias no Reproductivas – Adoptivas () 4. Familias Uniparentales () 5. Familia Consensual () 6. Familia Agregada ()
7. Familia Reestructurada/Recompuesta () 8. Unidad Doméstica u Hogar Colectivo ()

45. Ciclo vital de la familia: 1. Formación de la pareja () 2. Nacimiento, crianza y formación a los hijos ()
3. Los hijos adolescentes () 4. El reencuentro a la pareja (Sx del nido vacío) () 5. Vejez ()

VI. CONDICIONES ECONÓMICAS

46. Percepción de situación económica familiar: 1. Buena () 2. Regular () 3. Mala ()

47. Principal (es) proveedor (es) económico (s)

48. Ingreso del paciente	\$	
49. Apoyo del Gobierno:	\$	1. GDF () 2. Otro ()
50. Aportación de familiares que viven en el hogar		
51. Aportación de familiares que NO viven en el hogar		
52. Otras fuentes (rentas, interés bancario, ayuda de otros no familiares, etc.)		
Total	\$	

Egresos familiares

53. Señale principales gastos en la familia: _____

VII. SERVICIO MÉDICO

54. Derechohabencia:

1. IMSS () 2. ISSSTE () 3. Seguro Popular () 4. Otro () 5. Ninguno ()

55. Seguro de gastos médicos mayores SI () No () Cual aseguradora: _____

VIII. MALTRATO DEL ADULTO MAYOR

56. Detección de Maltrato con escala de tamizaje: 1.Si () 2.No ()
57. Clasificación de maltrato: 1. Psico-emocional () 2. Físico () 3. Negligencia () Subtipo _____
4. Sexual () 5. Financiero () 6. Patrimonial () 7. Abandono () Otro ()
58. Generador de maltrato: 1. Hijo(a) () 2. Cónyuge () 3. Nieto (a) () 4. Hermano(a) () 5. Otro ()
especificar nombre:

IX. CONDICIONES DE VIVIENDA

- 59 Tenencia de la vivienda:
1. Casa propia () 2. Rentada () 3. Prestada () 4. Casa de un hijo () 5. Otros ()
60. Tipo de vivienda: 1. Casa sola () 2. Departamento () 3. Cuarto redondo () 4. Vecindad () 5.Otro ()
61. Zona: _____ 62. Servicios intradomiciliarios: 1. Luz () 2. Agua () 3. Teléfono ()
4.Drenaje () 5. Pavimento () 6. Otro ()
63. Disponibilidad de habitaciones: 1. Dormitorios () 2. Cocina () 3. Baños () 4. Sala comedor ()
5. Otros ()
64. Material de construcción: Paredes _____ Techo _____ Piso _____
65. Condiciones del ambiente físico:
1. El paciente comparte el dormitorio Si () No () Quién: _____
2. Su dormitorio se encuentra a. en planta baja () b. en planta alta ()
3. El paciente tiene fácil acceso al baño Si () No ()
4. Hay escaleras u obstáculos que impidan la fácil de ambulación en casa Si () No ()
5. Existe elevador Si () No ()
6. Existen tapetes o alfombras en casa Si () No ()
7. Existen desniveles en casa Si () No ()
8. Existen pasamanos en casa Si () No ()
66. Caídas en el último año: 1. Si () 2. No () Especificar: _____

X. DIAGNÓSTICO SOCIAL

67. Familia: 1.Funcional () 2.Disfuncional ()
68. Dinámica familiar: 1. Funcional () 2. Disfuncional () 3. Conflictos familiares actuales () 4. Conflictos familiares históricos () Especificar:
69. Red de apoyo: Familiar Si () No () Extra-familiar Si () No () Institucional Si () No ()
1. Significativo () 2.Corrige el cuidado () 3. Limitado () 4. Otro ()
70. Cuidados de la familia al anciano: 1. Adecuados () 2. Parciales () 3. Insuficientes ()
4. Por ahora no requiere () 5. Otro ()
71. Supervisión de la familia hacia el anciano. 1. Suficiente () 2. Por ahora no lo necesita ()
3. Insuficiente () 4. Otro () Especificar:
72. Maltrato 1. Si () 2. No () Tipo: _____
73. Colapso del cuidador: 1. Sin sobrecarga () 2. Sobrecarga leve () 3. Sobrecarga intensa ()
4. No se presentó el cuidador primario () 5. Factores de riesgo para el cuidador ()
74. Riesgos arquitectónicos para caídas en casa 1.Si () 2. No ()

ANEXO 4

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
SERVICIO DE GERIATRÍA

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	
PUNTUACIÓN 0= Nunca 1=Rara vez 2= A veces 3=Frecuentemente 4=Casi siempre	
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	(0) (1) (2) (3) (4)
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su tiempo no tiene suficiente tiempo para Usted?	(0) (1) (2) (3) (4)
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades?	(0) (1) (2) (3) (4)
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	(0) (1) (2) (3) (4)
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	(0) (1) (2) (3) (4)
6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	(0) (1) (2) (3) (4)
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
8. ¿Cree que su paciente depende de Usted?	(0) (1) (2) (3) (4)
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
10. ¿Cree que la salud de Usted se ha visto afectada por cuidar de su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar a su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	(0) (1) (2) (3) (4)
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades por cuidar de su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
14. ¿Cree que su paciente espera que Usted sea la única persona que le cuide como si nadie más pudiera hacerlo?	(0) (1) (2) (3) (4)
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?	(0) (1) (2) (3) (4)
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?	(0) (1) (2) (3) (4)
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inicio la enfermedad y cuidado de su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	(0) (1) (2) (3) (4)
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
22. En resumen ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?	(0) (1) (2) (3) (4)
<p>Marque con una X el diagnóstico: Sin sobrecarga (menos de 47) () Sobrecarga leve (48-55) () Sobrecarga intensa (más de 55) ()</p>	TOTAL _____/88

Anexo 5

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO (VIOLENCIA FAMILIAR, APENDICE INFORMATIVO 1)							Folio: _____
Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____							
Institución _____		Localidad _____		Municipio _____			
C.P. _____		Entidad Federativa _____					
Servicio _____		Cama _____		Fecha de elaboración			
				_____ día	_____ mes	_____ año	
U A D S F E U E A C V R T I A F O D (A) O (A)	Nombre _____			Edad _____		Sexo <input type="checkbox"/>	
	Apellido paterno _____		Apellido materno _____		Nombre (s) _____		
	Domicilio _____			Años _____		1. Masculino <input type="checkbox"/>	
						2. Femenino <input type="checkbox"/>	
Calle _____		Número exterior _____	Número interior _____	Barrio o colonia _____		Código postal _____	
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							
Fecha		_____ día	_____ mes	_____ año	Nombre _____		
				y cargo del receptor _____			
Agencia del Ministerio Público				No. y nombre de Agencia del Ministerio Público _____			
Presidencia Municipal							
Jurisdicción Sanitaria							
Otra instancia				Especificar _____			
				Especificar _____			
Médico Notificante: Nombre _____				Firma _____			

BIBLIOGRAFÍA

Bazo T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriátría y Gerontología. España.*

Cooper Claudia. (2008). The prevalence of Elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing.* 37:151-160.

Cordero L. & Cabanillas S. (2003). *Trabajo Social con adultos mayores.* Buenos Aires: Espacio.

Decalmer P. & Glendenning F. (1993). *El maltrato a las personas mayores.* Barcelona: Paidós.

Galeana de la O, Silvia (1999). *Promoción Social. Una opción metodológica.* México: Editorial Plaza y Valdez

Garre-Olmo J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatric Soc.* 57:815-822.

Giraldo Ruíz L. (2012). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int.* 1-9. México.

Gutiérrez Robledo, L.M. (2004). *Violencia y abuso contra las personas mayores.* México.

Iborra-Marmolejo I. (2005). *Violencia contra las personas mayores.* España: Ariel.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (2006) Documento Estatuto Orgánico.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (2007) Documento Manual de Organización.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (2008) Programa de trabajo

Institutos Nacional de Salud (2006). Código de Ética para los trabajadores sociales de los Institutos Nacionales de Salud. México

Kessel Sardiñas H. (2006) Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltrato. Rev Esp Geriátrica Gerontológica.

Kirsch NR. (2008). *Topics in Geriatric. Rehab;* 25(4): 346-54.

Lachs MS, Pillemer K. (1995). Abuse and neglect of elderly personas. *The New England Journal of Medicine*. 332:437-442.

Laumann EO, Leitsch SA, (2008). *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 63(4): S248-54.

Muñoz Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.

OMS (2002). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Ginebra.

Pillemer K. (2005). Factores de riesgo del maltrato de mayores. En: Iborra MI. *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel.

Quintanar F. (2011). *Apoyo Psicogerontológico en la atención del adulto mayor*. México: UNAM FES Iztacala.

Ruíz R. (2003). *La violencia y los derechos humanos*. México: CNDH.

Secretaría de Salud. (1999). *Modelo de intervención de trabajo social en los Institutos Nacionales de Salud*. México: UNAM.

Secretaría de Salud. (2006). *Ley General de Institutos Nacionales*. México: SSA.

Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I, (2003). *Manual de Geriatría*. 3.^a ed. Barcelona: Masson.

Takahashi PY, Evans JM. *Am Fam Phys* (1999); 59(10): 2804-8

The Lancet Vol. 364 Oct. (2004),. *Arch of Fam Med* Vol 5, Feb 1996.

FUENTES ELECTRÓNICAS

Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar. Obtenida 9 de abril 2013. Disponible en: www.pgjdf.gob.mx

Código Penal para del Distrito Federal. Obtenida 8 de Abril 2013. Disponible: <http://www.aldf.gob.mx/codigos-107-4.html>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Ejecutiva 2^a edición. México. Obtenida: <http://www.cd hdf.org.mx>.

Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de personas adultas mayores. Obtenida en: http://www.who.int/ageing/projects/elder.../alc_toronto_declaration_es.pdf

Giraldo Ruíz L. (2006). Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal. EMPAM-DF . Obtenida:
<http://www.equidad.df.mx/libros/adultosmayores/empam/df.pdf>.

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía INEGI. Encuestas de Violencia. Disponible
en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/contenidos/estadisticas/2005/violencia05.pdf>

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación 2003. Disponible:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal (2006) Disponible:
http://www.provecino.org.mx/pdfs/leyes/Ley_asistencia_prevencion_violencia_DF.pdf

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002). Reforma 24-06-(2009). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

Ley y Reglamento de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (2009). Disponible en: <http://www.inmujeres.df.gob.mx/work/.../inmujeres>

Norma Oficial Mexicana NOM 046 SSA2 (2005) *Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres*. Criterios para la prevención y atención. Secretaria de Salud del Distrito Federal. Disponible:
<http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/689/1/images/>

Norma Oficial Mexicana NOM -031-SSA3-2012 Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Disponible:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

Manual operativo (2009). Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. SSA.
Disponible en:
<http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/.../MODELOE.PDF>

Moya A. & Barbero J. (2005) Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación IMSERSO. Madrid.
Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso>.

Organización Panamericana de la Salud. Manual de la Organización Panamericana de la Salud (2005) (Manual PAHO). Parte II: Abuso (maltrato) y negligencia (abandono). Guía de diagnóstico y tratamiento:
<http://www.imsersomayores.sic.es/documentos/documentos/pahomanuales-01.pdf>.

ONU. (2002). 2ª Asamblea sobre Envejecimiento (2002) Obtenida: 8 de Abril 2013, <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>

Sistema para el desarrollo integral de la familia. Disponible en: <http://www.dif.gob.mx>