



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y  
de la Salud  
Campo del conocimiento Ciencias Sociomédicas  
Campo Disciplinario Gestión y Políticas de Salud

**Barreras de los profesionales de la salud para detectar el maltrato de  
personas adultas mayores: el caso de tres centros de salud**

## **T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS  
SOCIOMÉDICAS

**PRESENTA:**  
EMMELINE MARTÍNEZ SEGOVIA

Directora de tesis  
Dra. Martha Liliana Giraldo Rodríguez  
Instituto Nacional de Geriátría

Comité tutorial  
Dra. Marcela Agudelo Botero  
Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (CIPPS)  
Dra. Natalia Guevara Jaramillo  
Becario Posdoctoral del Instituto de investigaciones Sociales



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.

*A Erika (mi madre) por la inagotable paciencia que me tuvo durante este proceso, pero, sobre todo, por mostrarme personalmente, que, a pesar de las adversidades de la vida, debemos seguir adelante, sin importar cuantas veces queramos dejar de intentarlo.*

*A mi hermosa familia: Teresa, David, Sachy, Diego, Fernanda, Emiliano y Gael, por estar presentes y pendientes en los momentos académicos de mi vida.*

*A mis amadas mascotas Cano, Pino, Solo, Chiquis y Huesos.*

## Agradecimientos

El médico español Ramón y Cajal mencionó acertadamente “en la vejez no nos debe preocupar las arrugas del rostro, sino las del cerebro”. Dicha frase me reafirma lo importante que es cultivar el conocimiento en cualquier etapa de la vida.

Mi más sincero agradecimiento a la que ha sido y seguirá siendo mi casa de estudios Universidad Nacional Autónoma de México. A todos los docentes que, de alguna forma, colaboraron en este proceso de aprendizaje y cuyo ejemplo replicare con orgullo. Gracias por compartir su conocimiento. También, agradezco al personal del departamento de titulación, por su valiosa orientación durante este proceso.

A la Dra. Alejandra Monroy López, por dirigir mi camino académico hacia la investigación.

Con infinita gratitud, respeto y admiración a mi directora de tesis, la Dra. M. Liliana Giraldo Rodríguez, por sus enseñanzas, paciencia, apoyo, confianza, disponibilidad, compromiso hacia mí y a la investigación, la cual, se culminó satisfactoriamente.

A la Dra. Marcela Agudelo Botero, por su apoyo. Gracias.

A mis sinodales: Dra. Marcela Agudelo Botero, Dra. Hortensia Reyes Morales, Dra. Mariana López Ortega, Dra. Alejandra Monroy López y Dra. Natalia Guevara Jaramillo, por sus valiosas aportaciones para mejorar la investigación. Gracias por el tiempo, interés, disposición y conocimiento.

A las valiosas personas que conocí durante mi proceso de Maestría y me brindaron su amistad sincera: Sahira y Ana Fabiola, su presencia y consejos, fueron muy valiosos para culminar con este proceso. Gracias.

Gracias a la instancia correspondiente por la beca proporcionada durante este proyecto. A mis amigas del Hospital de la Mujer: Hilda, Esmeralda, Mónica y Lourdes, gracias por su apoyo.

Gracias por siempre a la Dra. Valeria Rosales por brindarme lo necesario para culminar con este proceso.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
<b>CAPÍTULO I ANTECEDENTES .....</b>	<b>9</b>
<b>I.1. Reconocimiento del maltrato de personas adultas mayores .....</b>	<b>9</b>
<b>I.2. Dimensión del maltrato de personas adultas mayores .....</b>	<b>12</b>
I.2.1 Maltrato de personas adultas mayores a nivel Internacional .....	12
I.2.2 Maltrato de personas adultas mayores a nivel nacional .....	13
<b>I.3. Barreras para la detección del maltrato .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO II APROXIMACIONES CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LAS BARRERAS EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES .....</b>	<b>19</b>
<b>II.1. Definición del maltrato.....</b>	<b>19</b>
<b>II.2. Tipología del maltrato de personas adultas mayores.....</b>	<b>20</b>
II.2.1 Físico.....	21
II.2.2 Psicológico .....	21
II.2.3 Abuso Sexual .....	21
II.2.4 Económico.....	22
II.2.5 Negligencia.....	22
II.2.6 Abandono .....	23
<b>II.3. Factores de riesgo del maltrato .....</b>	<b>23</b>
<b>II.4. Manejo clínico del maltrato de personas adultas mayores .....</b>	<b>26</b>
II.4.1 Detección.....	27
II.4.2 Evaluación.....	28
II.4.3 Planificación .....	29
II.4.4 Intervención .....	30
II.4.5 Seguimiento.....	31
<b>II.5. Enfoque multidisciplinario para detectar el maltrato de personas adultas mayores .....</b>	<b>32</b>
II.5.1 Medicina .....	33
II.5.2 Enfermería.....	34

II.5.3	Trabajo Social.....	35
II.5.4	Psicología.....	35
<b>II.6.</b>	<b>Barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores.....</b>	<b>36</b>
II.6.1	Barreras a nivel individual.....	37
II.6.2	Barreras a nivel organizacional .....	38
II.6.3	Barreras a nivel sociocultural.....	39
	<b>CAPÍTULO III LINEAMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>40</b>
<b>III.1.</b>	<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>40</b>
<b>III.2.</b>	<b>Objetivo.....</b>	<b>41</b>
<b>III.3.</b>	<b>Supuesto teórico.....</b>	<b>41</b>
<b>III.4.</b>	<b>Justificación .....</b>	<b>42</b>
<b>III.5.</b>	<b>El contexto de estudio: Secretaría de Salud de la Ciudad de México .....</b>	<b>43</b>
<b>III.6.</b>	<b>Investigación cualitativa en salud .....</b>	<b>45</b>
<b>III.7.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>47</b>
III.7.1	Tipo de estudio.....	48
III.7.2	Participantes del estudio.....	48
III.7.3	Análisis de la información.....	48
III.7.3.1	Familiarización de la información .....	49
III.7.3.2	Generación de códigos .....	49
III.7.3.3	Búsqueda de temas y agrupación.....	49
<b>III.8.</b>	<b>Consideraciones éticas .....</b>	<b>50</b>
	<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
<b>IV.1.</b>	<b>Perfil sociodemográfico de los participantes.....</b>	<b>51</b>
<b>IV.2.</b>	<b>Barreras que los profesionales de la salud manifestaron en la detección del maltrato de personas adultas mayores. ....</b>	<b>54</b>
	DISCUSIÓN.....	75
	CONCLUSIÓN.....	81
	RECOMENDACIONES.....	83
	BIBLIOGRAFÍA.....	86
	ANEXO 1 .....	101
	ANEXO 2 .....	105

## 1 RESUMEN

**Introducción:** El maltrato de personas adultas mayores se ha revelado como un serio problema de salud pública que necesita atención específica por parte de los profesionales de la salud.

Los diversos estudios de prevalencia han encontrado que un alto porcentaje de la población adulta mayor sufre maltrato, sin embargo, existe un bajo registro de detección por parte de los profesionales de la salud. Por lo tanto, es de suma importancia explorar el proceso de la detección del maltrato en los servicios de salud en este grupo de población, para tener conocimiento que pueda ayudar a hacerle frente a dicho problema de salud.

**Objetivo:** explorar las barreras que perciben los profesionales de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos) para la detección del maltrato de personas adultas mayores que acuden a tres centros de salud de la Ciudad de México.

**Método:** Este es un estudio cuyo análisis, es de tipo exploratorio y descriptivo, transversal con abordaje cualitativo que consistió en el análisis temático de 26 entrevistas semi-estructuradas realizadas a profesionales de la salud.

**Resultados:** se lograron identificar nueve temas relacionados con las barreras como: formación, conocimiento, personales, procedimientos, recursos, capacitación,

coordinación, percepción sobre la vejez y creencias; los cuales fueron agrupados en barreras a nivel individual, barreras a nivel organizacional y barreras a nivel sociocultural, según correspondiera. Los hallazgos sugieren que existe una serie de barreras que evitan que los profesionales de la salud, en el desempeño de sus actividades, detecten el maltrato de personas adultas mayores.

**Conclusiones:** los resultados del presente estudio indican que los profesionales de la salud enfrentan diferentes barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores. Las cuatro disciplinas entrevistadas reconocieron la necesidad de más y mejor educación sobre la detección del maltrato de personas adultas mayores.

**Palabras clave:** personas adultas mayores, maltrato, detección, barreras, profesionales de la salud.



## 2 INTRODUCCIÓN

El maltrato de personas adultas mayores constituye un problema social, que afecta la salud y los derechos humanos de millones de personas de este grupo de edad en todo el mundo. Este fenómeno no es nuevo, sin embargo, no había llamado la atención de los profesionales de la salud ni organismos sociales hasta los últimos años, ya que, por un lado, la mayoría de los casos no trascienden del ámbito familiar, por lo que, no es muy común que un miembro del hogar reporte algún tipo de maltrato, y por el otro, el maltrato de personas adultas mayores no se ha visibilizado como sucede con la violencia contra las mujeres o los niños.

La primera referencia internacional del maltrato de personas adultas mayores aparece en 1989, con la elaboración de la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de personas adultas mayores, en la cual, se reconoce que las personas adultas mayores deben tener los mismos derechos: atención, bienestar y respeto que el resto de la población, en dicha declaración, también se menciona que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de las personas adultas mayores, así como velar que reciban la atención necesaria, por este motivo, se atribuye a los profesionales de salud, la obligación de detectar e informar casos de sospecha de maltrato, así como trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario para abordar el tema ( XLI Asamblea Médica Mundial, 1989).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud establece que, en América Latina y el Caribe, las deficiencias del sistema de atención para las personas adultas mayores están relacionadas con la ineficiente capacitación del personal y la sobrecarga de trabajo que dan como resultado dificultad para la detección del maltrato de personas adultas mayores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009), por otro lado, también mencionan que los profesionales de la salud pueden estar influenciados en su percepción y práctica para atender el maltrato de personas adultas mayores , esto como resultado de vivir inmersos en una sociedad que discrimina y no valora a las personas adultas mayores (Homer y Gillear, 1990; Pillemer y Prescott, 1988).

Bajo este panorama, se ha considerado al médico, enfermera, trabajador social y psicólogo como los profesionales de la salud con un papel importante y fundamental en la detección y posterior intervención del maltrato de personas adultas mayores. A estos profesionales se le ha adjudicado la responsabilidad de conocer con más profundidad el alcance y las consecuencias de este problema de salud, sin embargo, las escasas cifras de detección del maltrato de personas adultas mayores invisibilizan las barreras que estos profesionales tienen frente al problema en cuestión (Bass, Anetzberger, Ejaz et al., 2001).

Finalmente, es importante mencionar que esta tesis se deriva del proyecto titulado “Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud”, y se ha marcado como objetivo propio el explorar las barreras que percibe el profesional de la salud para detectar el maltrato de personas adultas mayores con el fin de lograr una

mejor comprensión de las necesidades o limitaciones que tiene el profesional de salud para poder atender dicho problema, tal y como se ha plasmado en las guías de práctica clínicas.

Este documento está organizado en cuatro capítulos. En el primero, se encuentran los antecedentes del maltrato de personas adultas mayores, la dimensión del maltrato a nivel internacional como nacional. También, se exponen los resultados de diversos estudios que abordaron el tema de las barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores.

En el segundo capítulo, se encuentran las aproximaciones conceptuales utilizadas para la investigación, en donde, se muestran las connotaciones utilizadas para el presente estudio como el maltrato de personas adultas mayores, su tipología y los factores de riesgo, así como, el manejo clínico del maltrato de personas adultas mayores y el enfoque multidisciplinario para atenderlo. Se finaliza mostrando las barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores.

El tercer capítulo presenta los lineamientos metodológicos del estudio: el problema de investigación, los objetivos, el supuesto teórico y la justificación. Posteriormente, se plasma el contexto de Secretaría de Salud en la Ciudad de México y la importancia de la investigación cualitativa en el área de la salud. Enseguida se muestra la metodología que se desarrolló en el estudio y se finaliza con las consideraciones éticas.

En el capítulo cuarto, se describe el perfil sociodemográfico de los participantes y se presentan los resultados del análisis temático de los entrevistados, con base al marco teórico desarrollado.

Posteriormente, se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación. Por último, se encuentran los anexos correspondientes a la guía de entrevista utilizada y la carta de consentimiento informado.

## CAPÍTULO I ANTECEDENTES

El maltrato de personas adultas mayores siempre ha existido, pero fue a mediados de los años setenta que se comenzó a hablar del tema, y hasta la década siguiente, en los Estados Unidos, se comenzó a gestar el término *elder abuse* (maltrato del adulto mayor). Este tipo de maltrato fue incorporado dentro de la violencia familiar (Bennett, Kingston y Penhale, 1997). Sin embargo, no ha tenido el mismo reconocimiento que el maltrato infantil y violencia hacia las mujeres (Giraldo, 2010). Ante esta situación, se ha dejado en claro que, con el paso del tiempo, el maltrato de personas adultas mayores ha sido reconocido a nivel mundial como un problema de salud y social que se mantiene oculto (Sancho, Pérez-Rojo, Aranda et al., 2004).

### I.1. Reconocimiento del maltrato de personas adultas mayores

El maltrato de personas adultas mayores comenzó a hacerse público durante los años 70. Inglaterra, fue reconocida como uno de los países pioneros en la investigación sobre el tema. Durante el año 1975, el Dr. Alex Baker publicó por primera vez el término "*granny battering*" (abuelita golpeada), en donde, se mostraba la existencia del maltrato de personas adultas mayores. También, se reconoció como maltrato al comportamiento indiferente e irrespetuoso hacia las personas adultas mayores. (Baker, 1975).

En esa misma década, Gran Bretaña, realizó uno de los estudios más relevantes sobre el maltrato de personas adultas mayores, cuyos resultados indican que uno de cada veinte personas adultas mayor había sido físicamente maltratada (Ogg y Bennett, 1992).

Por su parte, en 1985, el gobierno de Estados Unidos considera como “síndrome del anciano maltratado” a toda persona adulta mayor que se presente en los hospitales con algún signo de maltrato. Reconoció este problema como un problema público; el cual debía ser atendido e investigado (Bazo, 2006). Ante esta situación, el profesional del sistema de salud y de servicios sociales, comenzaron a interesarse por el tema, lo que conllevó, a la creación de la Comisión Gubernamental para la Investigación de la Violencia Familiar y, posteriormente, en 1986 se inauguró el Comité Nacional para la Prevención del Abuso al Anciano (Wolf, 2003).

Bajo este panorama, en la década de los 80, el interés por estudiar el maltrato de personas adultas mayores se acrecentó y países como Australia, Canadá, China, Estados Unidos, Noruega y Suecia comenzaron a realizar investigaciones centradas en explorar las características de las víctimas y de los responsables, así como de los factores asociados a este problema (Lau y Kosbeg, 1979; Douglass, Hickey y Noel, 1980). La publicación de dichos estudios dio pauta a la toma de decisiones a favor de las personas adultas mayores, las cuales, se reflejaron en la búsqueda incesante del reconocimiento de los derechos humanos de este grupo etario.

Al respecto, la Asociación Médica Mundial (1989), mencionó que las personas adultas mayores debían tener los mismos derechos de atención, bienestar y respeto que el resto de la población. Esta declaración reconoció dos aspectos de gran relevancia, el primero, se relaciona con la responsabilidad del médico para “proteger los intereses físicos y psíquicos de las personas adultas mayores”; el segundo, alude a la obligación que se le

adjudicó a este profesionalista para “identificar el maltrato de personas adultas mayores, proporcionarle tratamiento e informar en caso sospecha de maltrato y trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario” (XLI Asamblea Médica Mundial,1989).

Finalmente, es a principios del presente siglo que, el tema del maltrato de personas adultas mayores se posicionó en la agenda internacional al incluirse en la Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, en donde, se reconoció la importancia que el profesional de salud tenía para reconocer los riesgos de abandono, maltrato o violencia de personas adultas mayores y de recibir capacitación en torno al tema (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, 2002). Por otro lado, el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud reafirma la existencia de transformar al equipo multidisciplinario para responder a las prioridades del siglo XXI, así como a las futuras necesidades y expectativas de las personas adultas mayores, en este sentido, el profesional de salud debía tener aptitudes específicas para atender y detectar situaciones de negligencia o de maltrato de personas adultas mayores (OMS, 2009).

En los últimos años la reivindicación más importante del tema del maltrato de personas adultas mayores se ve reflejado en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Perel-Levin, 2016).

## **I.2. Dimensión del maltrato de personas adultas mayores**

Durante cuatro décadas, el tema del maltrato de personas adultas mayores ha ganado mayor atención y se ha producido un incremento de los estudios e investigaciones realizadas en diferentes países, contextos, cuyos resultados muestran el panorama del problema, en donde, no hay una estimación precisa de la prevalencia de maltrato de personas adultas mayores, por lo que, las estadísticas globales siguen sin acercarse a la realidad sobre el tema. Los países con mayor documentación hasta el momento: Estados Unidos de America y Europa. (Schiamberg y Gans, 2000; Laumann, Leitsch y Waite, 2008; Lau y Kosberg,1979).

### **I.2.1 Maltrato de personas adultas mayores a nivel Internacional**

El maltrato de personas adultas mayores es un problema de salud mundial, cuya prevalencia varía según la población, el entorno y el método de investigación (Dong, Chang, Zeng et al., 2015). En Europa, se ha encontrado que la prevalencia varió ampliamente, por ejemplo, en Irlanda fue de 2.2% y en Croacia de 61.1%. En Asia, la prevalencia más alta se encontró en China con 36.2% y la más baja en India con 14%. Mientras que en África fue de 30%. En América del Norte y del Sur, la prevalencia del maltrato de personas adultas mayores varió entre 10% en personas sin deterioro cognitivo y 47.3% en personas con demencia (Dong, Chang, Zeng et al., 2015). Estas cifras son probablemente una subestimación, ya que, las personas adultas mayores suelen no reportar el maltrato por diversos motivos; los principales se relacionan con el



reconocimiento del maltrato, miedo a denunciarlo, etc. (Cooper, Selwood y Livingston 2008).

Por otro lado, una reciente revisión sistemática de 52 estudios publicados entre 2002 y 2015, realizados en 28 países de diversas regiones, incluidos 12 países de ingresos bajos y medianos, estimó que, durante el año 2017, el 15.7% de las personas de 60 años o más fueron sometidas a alguna forma de maltrato, aproximadamente, uno de cada seis. En las estimaciones de prevalencia para los tipos de maltrato, sobresalió el maltrato psicológico, seguida de abuso financiero, negligencia, abuso físico y abuso sexual (Yon, Mikton, Gassoumis et al., 2017).

Los estudios antes mencionados, infieren que la prevalencia del maltrato de personas adultas mayores es elevada, por lo que, se debe considerar al maltrato de personas adultas mayores como un problema de gran magnitud, el cual, debe ser atendido con la misma prioridad que se atiende el maltrato a mujeres y niños (Gracia-Ibáñez, 2011), en donde, los diseños de políticas públicas en salud responden a la necesidad de atender el problema (Yon, Mikton, Gassoumis et al., 2017).

### I.2.2 Maltrato de personas adultas mayores a nivel nacional

A partir de los años 90, en México se comenzó a estudiar el tema del maltrato de personas adultas mayores. Un primer estudio exploratorio encontró que, en los municipios de Cuernavaca, Hermosillo y Villahermosa un 8.2% de las personas adultas

mayores habían sufrido maltrato, siendo el tipo psicológico el más frecuente (Fernández, 2006).

Siguiendo esta línea, en el 2006 se llevó a cabo la Primera Encuesta sobre Maltrato de Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF). Dentro de sus resultados se encontró que la prevalencia del maltrato de personas adultas mayores en la Ciudad de México fue de 16.2%; siendo el tipo de maltrato más prevalente el psicológico 12.7%, seguido del económico 3.9%, físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5% y, por último, el abuso sexual 0.9%. Dicho estudio indicó que 36% de los casos de maltrato fue ejecutado por los descendientes directos (hijos e hijas), 11.8% por la pareja actual en su calidad de cónyuge o compañero/a, 10.7% por los nietos/as, 9.6% por la nuera/yerno, 6.2% por un/a hermano/a y 7.3% por otro familiar. De igual forma, fue sorprendente que, 17.4% de los responsables son personas sin vínculo de parentesco; entre ellos sobresalieron los vecinos, en donde el 10.1% tuvo algún tipo de relación con la persona adulta mayor (Giraldo, 2006).

Por otro lado, en el 2007 un estudio realizado en el área rural de Chiapas reportó que 8.1% la población de personas adultas mayores había sufrido algún tipo de maltrato en los últimos doce meses (Gómez, Rodríguez y Krug, 2007).

Posteriormente, en 2008 en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se realizó un estudio que identificó signos de maltrato, abandono y negligencia en pacientes adultos

mayores. Los resultados de este indicaron que, de 100 personas adultas mayores entrevistadas, 73 tuvieron evidencias de maltrato, abandono y negligencia; principalmente, mujeres (Álvarez, Ponce, Landgrave et al., 2009).

Recientemente, un estudio realizado en la Ciudad de México y en Xalapa (Veracruz), encontró que la prevalencia del maltrato de personas mayores fue del 19,5%. El tipo de maltrato más prevalente fue el psicológico con 16,2%, seguido del abuso económico o explotación financiera 4,4%, el maltrato físico 3,8%, la negligencia 2,1% y el abuso sexual 0,8% (Giraldo, 2019).

Los estudios que se han realizado en México sobre el maltrato de personas adultas mayores han sido representativos y aportan información relevante sobre la magnitud del problema y la importancia de ser atendido.

A continuación, se muestran los estudios, cuyos hallazgos revelan la existencia de barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores.

### **I.3. Barreras para la detección del maltrato**

Diversos estudios se han realizado con el objetivo de conocer el rol y la percepción de los profesionales de la salud sobre el maltrato de personas adultas mayores. En la mayoría de estos, el principal informante fue el médico. Por ejemplo, un estudio reportó que, la escasa exposición del médico a casos de maltrato durante el pregrado y posgrado generaba insuficiente experiencia en la detección del maltrato de personas adultas

mayores, incluso se encontró que, desconocían qué hacer ante una sospecha de maltrato y en algunos casos, se les dificultó reconocer los signos y síntomas de una persona adulta mayor que había sido víctima de maltrato (Kennedy, 2005; O'Brien, 2010; Blakely y Dolon, 1991). Otro estudio refirió que, los médicos consideran que su función es exclusivamente atender lesiones físicas de los usuarios y que, la detección del maltrato de personas adultas mayores, no era una actividad propia del gremio (Lithwick, 1999; Palincsar y Cobb, 1982; Hudson, 1986). Un estudio más reveló que los médicos priorizaban su atención a aspectos exclusivos de salud, otros refirieron que la falta de privacidad en el consultorio, evitó que detectaran los casos de maltrato de personas adultas mayores (Schmeidel, Daly, Rosenbaum et al., 2012).

En esta misma línea, diversos estudios comenzaron a involucrar al profesional de enfermería y trabajo social dentro de sus investigaciones. Por ejemplo, un estudio indicó que el escaso conocimiento de los signos de alarma, factores de riesgo, recursos sociales y jurídicos sobre el maltrato de personas adultas mayores eran desconocidos por estos profesionales (McCreadie, Bennett, Gilthorpe et al., 2000). Otro estudio concluyó que, tanto el personal médico, de enfermería y de trabajo social desconocían quien de ellos debía ser el encargado de detectar el maltrato de personas adultas mayores (Rathbone-McCuan y Voyles, 1982). Asimismo, algunos estudios reportaron que el médico, enfermero (a) y trabajador(a) social, consideraron que detectar y atender el maltrato de personas adultas mayores podía ocasionar que la persona adulta mayor perdiera la confianza en ellos (Rathbone-McCuan y Voyles, 1982) o que, simplemente las víctimas pudieran negar el maltrato del que eran objeto (Reay y Browne, 2002;

Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Schiamberg y Gans, 2000; Blakely, Dolon y May, 1993).

Es así que, la mayoría de las investigaciones presentadas, al hacer uso de la metodología cualitativa, pudieron conocer la percepción y actitudes que el profesional de la salud tiene frente al tema de estudio; concluyendo que existieron diferentes barreras en la detección del maltrato de personas adultas mayores. Por ejemplo, un estudio encontró que, los profesionales de la salud reportaron algunas barreras que les dificultó la detección del maltrato y/o la negligencia de personas adultas mayores como la falta de recursos, la diferencia de criterios para poder atender el problema y la ausencia de protocolos (Schiamber y Gans, 2000).

Por otro lado, respecto a México, no se encontraron investigaciones que hayan abordado el tema de estudio. Sin embargo, se encontraron diversas investigaciones que indagan el conocimiento, actitud y percepción del profesional de la salud frente a la identificación del maltrato/violencia contra la mujer y la población infantil, cuyas conclusiones coinciden con la literatura internacional al afirmar que detectar el maltrato en cualquier población es una actividad bastante compleja. Por ejemplo, algunos estudios concluyeron que una de las principales barreras presentes en los profesionales de la salud, fue la escasez de conocimiento, seguida por una capacitación nula sobre el tema y actitudes desfavorables para atender el maltrato/violencia (Méndez, Valdez, Viniegra et al., 2003).

Ante esta situación, los estudios presentados, han recomendado reconocer los tipos de barreras y generar, entre los equipos interdisciplinarios de la salud, la colaboración para atender las implicaciones que el maltrato genera en las personas adultas mayores (Schmeidel, Daly, Rosenbaum et al, 2012; Anetzberger, Dayton, Miller et al. 2005; Krueger y Patterson, 1997 y Fulmer, 1989).

## **CAPÍTULO II APROXIMACIONES CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LAS BARRERAS EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES**

En este apartado se plasman las generalidades del maltrato de personas adultas mayores, las funciones del equipo multidisciplinario frente al problema, así como, las barreras teóricas existentes frente a la detección.

### **II.1. Definición del maltrato**

Las definiciones son importantes, pero su valor ha radicado en informar sucintamente el significado general y el uso apropiado de los términos que se definen, ya que, a medida que fue aumentando el conocimiento y comprensión sobre el maltrato de personas adultas mayores, las definiciones cambiaron y evolucionaron los estilos de lenguaje.

Bajo este panorama, una de las definiciones con mayor reconocimiento de maltrato de personas adultas mayores fue desarrollada por *Action on Elder Abuse* en 1995, acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA) y posteriormente, promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Toronto (2002). Esta definición fue uno de los puntos clave para la aceptación social y profesional de la existencia del maltrato de personas adultas mayores como un problema universal. Según esta definición, el maltrato de personas adultas mayores se define como:

“la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (OMS, 2002).

Para abordar eficazmente el problema del maltrato de personas adultas mayores, fue necesario que las definiciones reflejaran el contexto cultural. Por ello, las normas culturales y sociales sirvieron para guiar los comportamientos y actitudes de los miembros de una población (Wallace y Crabb, 2017).

Por su parte, en México, la connotación del maltrato de personas adultas mayores se generó desde el término de violencia y se definió como cualquier acción u omisión que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público (Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2009).

## **II.2. Tipología del maltrato de personas adultas mayores**

Reconocer la clasificación del maltrato ha permitido realizar una apropiada detección e identificación del problema y, poner en marcha las estrategias y protocolos de intervención más adecuados (Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2009). Después de una revisión de las diferentes tipologías existentes para el maltrato de personas adultas mayores se logró identificar seis tipos.



### II.2.1 Físico

Es cualquier acción como golpear, abofetear, quemar, privación de libertad, uso inapropiado de medicación, etc., llevada a cabo por otras personas y que causa daño o lesión física de forma intencional a la persona adulta mayor. Sus indicadores son: moretones, quemaduras, huesos fracturados o rotos, hipotermia, dolor al ser tocado, etc. (Reay y Browne, 2002; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998; Sengstock y O'Brien, 2002; Ahmad y Lachs, 2002; Lafata. y Helfrich, 2001).

### II.2.2 Psicológico

Implica acciones como la agresión verbal, el uso de amenazas, el abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como, cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona adulta mayor. Sus indicadores son: indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado (Ahmad y Lachs, 2002; Bass, Anetzberger, Ejaz et al., 2001; Lafata y Helfrich, 2001; Sengstock y O'Brien, 2002; Wolf, 1998).

### II.2.3 Abuso Sexual

Conlleva cualquier contacto de carácter sexual sin el consentimiento de la persona adulta mayor, ya sea, porque ha sido forzada o no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque, ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos lo incluyen

dentro del maltrato físico, y otros, como categoría independiente. Entre los posibles indicadores de este tipo de maltrato se encuentra: moratones alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre (Bass, Anetzberger, Ejaz et al., 2001; Sengstock y O'Brien, 2002; Wolf, 1998; Ahmad y Lachs, 2002; Lafata y Helfrich, 2001).

#### II.2.4 Económico

Supone el robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona adulta mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona adulta mayor y un beneficio para otra persona. Los indicadores de este tipo de maltrato son: patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc., firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor (Sengstock y O'Brien, 2002; Ahmad y Lachs, 2002, Brandl y Horan, 2002; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998; Wolf, 1998).

#### II.2.5 Negligencia

Es cualquier acto de omisión, fallo intencional o no, en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona adulta mayor como la higiene personal, o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar. Entre los indicadores de este tipo de maltrato se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, ignorar a la persona mayor, aislar a la persona

mayor, excluirle de sus actividades (Ahmad y Lachs, 2002; Brandl y Horan, 2002; Lafata y Helfrich, 2001).

#### II.2.6 Abandono

Se refiere al desentendimiento de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia. Algunos lo incluyen en negligencia y otros como categoría independiente. Los indicadores de este tipo de maltrato serían que la persona mayor fuera abandonada en un hospital, centro comercial una gasolinera, etc. (Bass, Anetzberger, Ejaz et al., 2001; Brandl y Horan, 2002).

Bajo este panorama, es imprescindible que los profesionales de la salud conozcan la tipología del maltrato para que se mantengan alertas y no confundan alguna sintomatología del maltrato con los signos propios de la edad (Perel-Levin 2016).

### **II.3. Factores de riesgo del maltrato**

Un elemento esencial para la detección del maltrato de personas adultas mayores es la identificación de los perfiles de alto riesgo (Perel-Levin 2016) Identificar los factores de riesgo hizo importantes diferencias en la detección temprana, intervención y prevención del maltrato de personas adultas mayores (Burnett, Achenbaum y Murphy, 2014).

Por otro lado, es importante subrayar que la evidencia sobre los factores de riesgo del maltrato de personas adultas mayores aún no está muy bien establecida. Al respecto,

algunos autores refirieron que la causa de este escaso esclarecimiento tuvo que ver con el uso de diversas metodologías en los estudios, las dificultades para recopilar datos de los perpetradores, y la insuficiente atención que se ha dado a los factores de riesgo en los diferentes grupos culturales y étnicos (Chen y Dong, 2017). Sin embargo, cada vez hay mayor consenso que considera a los factores de riesgo como necesarios para explicar la probabilidad de cometer o ser víctima de maltrato en la vejez. De hecho, las características del perpetrador, así como la relación entre las víctimas y los perpetradores, jugaron un papel importante en la ocurrencia del maltrato de personas adultas mayores (Chen y Dong, 2017).

Bajo este panorama, conceptualmente, los factores de riesgo fueron reconocidos como “los atributos, características o exposición que pueden aumentar la probabilidad de que un individuo experimente maltrato en la vejez o aumente la probabilidad de que un perpetrador dirija conductas abusivas hacia una persona adulta mayor” (Chen y Dong, 2017).

Existen factores de riesgo relacionados con la víctima como la edad, el sexo, la pertenencia a un grupo étnico y el estado civil (Chen y Dong, 2017). De igual forma, el ingreso económico, la desigualdad económica y la escolaridad fueron importantes determinantes sociales que están asociados con el maltrato de personas adultas mayores (Burnes, Pillemer, Caccamise et al., 2015). Además, de estas características, existen factores psicosociales como la depresión, la soledad, el abuso de sustancias, el aislamiento social y los niveles más bajos de apoyo social, los que pudieron haber

facilitado un posible ambiente violento y disminuir la autoestima de una persona adulta mayor y, por lo tanto, aumentar el riesgo de maltrato (Roepke-Buehler, Simon y Dong, 2015; Melchiorre, Chiatti, Lamura et al., 2013; Friedman, Avila, Tanouye et al., 2011; Dong, Simon, Gorbien et al., 2007). En este sentido, las personas adultas mayores con algún tipo de impedimento físico tienen una mayor dependencia de los cuidadores, lo que condujo a un mayor riesgo de maltrato (Gil, Kislaya, Santos et al., 2015). Asimismo, la demencia ha ocasionado que la persona adulta mayor sea particularmente vulnerable al maltrato, los síntomas psicológicos o de comportamiento como agitación y agresión, han intensificado los conflictos entre el cuidador y el receptor, generando maltrato (Dong, Chen, Chang y Simon, 2012).

Por otro lado, las características sociodemográficas y socioeconómicas del perpetrador fueron relevantes en el análisis de los factores de riesgo del maltrato de personas adultas mayores. La escolaridad, la carga de trabajo, el estrés, la depresión, el apoyo social, la falta de recursos económicos adecuados, el uso de sustancias y la función cognitiva, fueron algunos aspectos que aumentan el riesgo de participar en comportamientos violentos hacia una persona adulta mayor (Chen y Dong, 2017). Incluso, los abusadores suelen mostrarse con demasiada preocupación por la persona adulta mayor, rasgo que enmascaran los signos de maltrato (Hooyman y Kiyak, 2005).

En cuanto a la relación víctima-perpetrador, la calidad de las relaciones influye directamente en la probabilidad de generar maltrato o no, ya que, en una relación familiar adecuada mejora la calidad de la atención; mientras que una relación problemática

puede conducir a estados de ánimo negativos y comportamientos agresivos. Es por ello, que se considera al maltrato de personas adultas mayores dentro del ámbito familiar como consecuencia de la violencia en la infancia o violencia de pareja, sin duda, este tipo de convivencia afecta las reacciones familiares y disminuye la eficiencia de la comunicación y las habilidades de afrontamiento (Steadman, Tremont y Davis, 2007).

Se puede concluir que, debido a los diferentes factores de riesgo y tipos, es común, encontrar diversas formas de maltrato. Por ello, se considera que todos los profesionales de la salud deberían de conocerlos y estar alerta, así como generar trabajo multidisciplinario para detectar los variados signos de maltrato de personas adultas mayores (Rodríguez, Wallace y Woolf, 2006).

#### **II.4. Manejo clínico del maltrato de personas adultas mayores**

El maltrato de personas adultas mayores, al ser estudiado por diversas disciplinas, ha generado diferentes perspectivas de abordaje. Ante ello, la especialista en el tema, Anetzberger y colaboradores (2005) propusieron cinco pasos necesarios para identificar y atender a las personas adultas mayores que podrían ser víctimas de maltrato o negligencia. Estos pasos son: detección, evaluación, planificación, intervención y seguimiento. La autora consideró que los pasos mencionados brindan herramientas necesarias para atender de manera holística el maltrato de personas adultas mayores, por lo que, recomienda que su utilización podría ser a nivel internacional.

#### II.4.1 Detección

La detección del maltrato de personas adultas mayores ha sido definida como “un proceso de obtención de información sobre experiencias de maltrato o violencia en una relación familiar o de cuidado de personas adultas mayores o vulnerables que no han tenido signos evidentes de maltrato, como lesiones físicas” (Schofield, 2017). La detección del maltrato de personas adultas mayores en el ámbito clínico, alude a la identificación de los signos y señales que pueden alertar a los profesionales de la salud sobre la existencia de algún tipo de maltrato cometido hacia una persona adulta mayor (Abyad, 1996).

La detección puede iniciar con una sospecha que se da por la identificación de ciertos signos que representan la concurrencia del maltrato, la mayoría de las veces, esta identificación se ejerce por algún experto en el tema, ya que, la ausencia de conocimientos al respecto puede confundir alguno de estos signos con padecimientos propios de la enfermedad. Por ejemplo, la deshidratación puede relacionarse con negligencia del cuidador o bien, por alguna enfermedad aguda. Es por ello que, la detección requiere conocimiento del problema y un alto nivel de sospecha para ser reportado (Tatara, 1995). En este sentido, el reconocimiento de los factores de riesgo brindará elementos necesarios para vislumbrar el maltrato que aún no sucede, pero que, puede ser ejercido a largo plazo. Su identificación sirve para mantener alerta a los profesionales de la salud (Anetzberger, 2001) y ayudarles a que no pasen por alto la detección del maltrato en una persona adulta mayor (Phillips, 1986).

El desarrollo de medidas válidas y confiables con un bajo error de medición ha representado la clave para la detección del maltrato de personas adultas mayores. Sin embargo, existe un gran desafío en la construcción y aplicación de estas medidas, ya que, el maltrato de personas adultas mayores, como otras formas de violencia familiar e interpersonal, se ha considerado un fenómeno oculto, que al ocurrir en el hogar o las instituciones, generalmente, no tiene testigos (Lachs y Pillemer, 2004).

Las víctimas a menudo no hablan del maltrato del que son objeto por vergüenza o miedo a ser juzgadas (Chang, Decker, Moracco et al., 2003), o no identificaron dichas situaciones como maltrato (Phillips, 2000). Además, la falta de conocimiento sobre el maltrato de personas adultas mayores y la reticencia a cuestionar o interferir con lo que sucede dentro de las familias, han sido situaciones que representaron un obstáculo en el proceso de detección (Anetzberger, Dayton, Miller et al, 2005).

#### II.4.2 Evaluación

La evaluación es una etapa posterior a la detección y consiste en recopilar información directa de la víctima, el agresor, los familiares o las personas cercanas a la persona adulta mayor (Gray-Vickrey, 2000). Las técnicas recomendadas para recabar dicha información son: la entrevista, pruebas clínicas, etc. (All, 1994).

El objetivo de la evaluación es determinar qué tipo de apoyo se proporcionará a la persona adulta mayor evitando el uso innecesario de recursos institucionales y humanos.



En este paso también se pretende conocer las expectativas de la persona adulta mayor sobre la asistencia que recibirá (Quinn y Tomita, 1997).

#### II.4.3 Planificación

La planificación se encuentra inmersa en el proceso de gestión en salud y consiste en trazar las líneas de acción que fueron identificadas dentro de la evaluación. En esta etapa se involucra el equipo multidisciplinario de salud, así como, las instancias que se dedican a salvaguardar los derechos de las personas adultas mayores (Phillips y Rempusheski, 1986).

Durante la planeación se puede trabajar con diferentes esquemas de atención ya sea el orientado a la familia (Rathbone-McCuan y Voyles, 1982) a las redes de apoyo (Hooyman, 1983) y el entorno social de la persona adulta mayor (Ansello, King, y Taler, 1986), al cuidado personal (Fulmer y O'Malley, 1987) y al nivel de salud encargado de atenderlo (Segal y Iris, 1989). Cada enfoque, al tener su propia filosofía, estrategias de intervención, servicios y recursos disponibles, debe ser ajustado a la situación de maltrato, ya que, de no ser así, se podría fracasar en salvaguardar la integridad de la persona adulta mayor (Anetzberger, Dayton, Miller et al, 2005).

Por otro lado, la planeación tiene dos objetivos primordiales: preservar la autonomía y salvaguardar la seguridad de la persona adulta mayor para lograr estos objetivos es necesario tomar en cuenta dos aspectos; el primero tiene que ver con la capacidad y disposición de la víctima y el agresor para recibir asistencia y el segundo; se relaciona

con la eficacia y eficiencia de los recursos institucionales con los que se aborda la intervención (Lachs y Pillemer,1995).

#### II.4.4 Intervención

En el manejo clínico, la intervención también implica la aplicación de servicios sociales, leyes y procedimientos clínicos para tratar las consecuencias del maltrato de personas adultas mayores o en su defecto prevenir la ocurrencia o recurrencia del problema. Este paso, requiere en el equipo multidisciplinario una comprensión del contexto situacional, redes de apoyo familiar y de las instancias creadas para atender esta problemática como apoyo legal y financiero, albergues, atención médica y personal (Anetzberger, Dayton, Miller et al, 2005).

La intervención del maltrato de personas adultas mayores se ha organizado por diferentes perspectivas. Por ejemplo, Collins (1982) la agrupa por grupos, ya sea, de ayuda mutua, de emergencia, asesoría legal y apoyo económico, de atención médica y cuidado personal. Por su parte, Podnieks (1985) describe otros niveles de intervención como: primario, el cual solo abarca asesorías legales para abordar el problema; el secundario, que son los servicios de protección, en este nivel se solicita la revisión de un médico por lesiones; y el tercer nivel requiere apoyo de un especialista en abuso de sustancias y manejo de la ira. En esta misma línea, los autores Baumhover, Beall y Pieroni (1990) dividen la intervención por grupo objetivo, es decir, por víctima, agresor o comunidad, y por nivel de respuesta, ya sea por medio de una política social, comunitaria o profesional. Finalmente, Anetzberger (2000) propone un enfoque integrador para la

intervención. El primero es por enfoque, es decir, qué tipo de apoyo se le brindará a la víctima; el segundo es el objeto de intervención, ya sea con la víctima, el perpetrador o sistema familiar y el tercero es la aplicación, que consiste en saber si la intervención será de emergencia, apoyo, rehabilitación o de prevención.

Existen diversos métodos de intervención para atender el maltrato de personas adultas mayores. Al respecto, se han detectado tres objetivos esenciales para cualquier tipo de intervención, el primero de ellos implica abordar los problemas médicos agudos de la víctima adulta mayor, incluidas las lesiones y enfermedades no tratadas, así como, los problemas emocionales resultantes del maltrato como el miedo y la ansiedad (Anetzberger, Dayton, Miller et al, 2005). En segundo lugar, garantizar la seguridad de la víctima y tercero, ayudar a las víctimas a recuperar la sensación de eficacia y control que erosionó el maltrato. Finalmente, se debe trabajar para aliviar las causas subyacentes del maltrato de la persona adulta mayor (Anetzberger, Dayton, Miller et al, 2005).

#### II.4.5 Seguimiento

Esta es la última etapa del manejo clínico del maltrato de personas adultas mayores y uno de sus objetivos es evaluar la efectividad de la intervención. Otro propósito es establecer una relación continua con la víctima, perpetrador y médico, ya que, esta problemática no es una situación que mejore a corto plazo. Otro objetivo relevante es generar evidencia para procedimientos legales, así como información clara y concisa para determinar qué prácticas son efectivas y cuales deben mejorarse (Anetzberger y Miller, 1999).

Con los pasos antes mencionados, finalmente Anetzberger (2000), proporciona un marco integrador para el manejo clínico del maltrato de personas adultas mayores. Estos pasos se han convertido en una referencia para que el equipo multidisciplinario de la salud de cualquier país pueda encarar el maltrato de personas adultas mayores.

## **II.5. Enfoque multidisciplinario para detectar el maltrato de personas adultas mayores**

El maltrato de personas adultas mayores, por su propia naturaleza, ha sido un problema complejo y multifacético. El enfoque multidisciplinario para detectar el maltrato de personas adultas mayores ha surgido como una respuesta efectiva para coordinar la atención y reducir la fragmentación, aprovechar los recursos, aumentar el conocimiento profesional y mejorar los resultados (Pillemer, Connolly, Breckman et al., 2015). El trabajo del equipo multidisciplinario ha servido para confirmar y documentar el maltrato; revisar la condición psicosocial de la persona adulta mayor y en su caso, persuadirla a ella o su familia para que sea atendido el maltrato (Mosqueda y Dong, 2011).

Los equipos multidisciplinarios pueden definirse como “grupos de personas que representan diferentes disciplinas profesionales o sistemas de servicios reunidos para la identificación del problema y la recomendación del tratamiento” (Anetzberger, Dayton, Miller et al., 2005). Su atención se centra en la persona adulta mayor que ha sido víctima de maltrato o está en riesgo de sufrir el mismo. Los equipos multidisciplinario pueden atender los problemas y las necesidades de los cuidadores, los perpetradores u otras

partes involucradas en situaciones de maltrato, para evitar que ocurran más casos (Anetzberger, 2017).

En la actualidad, se han reconocido tres objetivos que promueven el desarrollo del trabajo multidisciplinario en la detección del maltrato de personas adultas mayores. El primero, radica en generar una perspectiva holística sobre el maltrato, lo cual, no se lograría con la participación de una sola profesión. El segundo, consiste en asegurar que ninguna disciplina sea la única responsable de manejar el problema en cuestión. Y el tercero, busca fomentar la relación entre profesionales para la atención de casos y promoción de la prevención y el tratamiento del maltrato de personas adultas mayores en la comunidad (Anetzberger, Dayton, Miller et al., 2005).

Todos los miembros del equipo como médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, desempeñan un papel fundamental en la detección del maltrato de personas adultas mayores. Cada disciplina clínica, aporta un conjunto único de conocimientos, habilidades y perspectivas para completar los pasos en el tratamiento de una afección médica (Anetzberger, Dayton, Miller et al., 2005).

### II.5.1 Medicina

Los médicos son considerados como los principales profesionales de la salud y responsables en detectar el maltrato de personas adultas mayores. (Anetzberger, Dayton, Miller et al., 2005). Este profesional tiene una oportunidad única, ya que, es muy frecuente que la persona adulta mayor asista a los servicios de salud para solicitar algún

tipo de atención, por lo tanto, tienen múltiples oportunidades para observar y detectar algún tipo de cambio en el comportamiento de la persona adulta mayor que los oriente a pensar en la existencia de maltrato (Beaulieu y Leclerc, 2006; Mosqueda y Dong, 2011).

En este sentido, se considera importante que el médico, durante la consulta, haga preguntas directas al paciente y al cuidador, y observar la actitud de ambos, ya que, pudiera ser que el paciente muestre miedo de su cuidador y, de ser así, el médico debe realiza una entrevista y revisión física en privado. Las explicaciones no congruentes sobre moretones, laceraciones u otras lesiones que se presenten en el cuerpo de la persona adulta mayor son motivo de sospecha de maltrato (Mosqueda y Dong, 2011). Ante este tipo de maltrato físico, el médico debe documentar lo que observa, evaluar si la persona adulta mayor requiere ser hospitalizado o si se encuentra en peligro inminente; finalmente, la sospecha de maltrato debe ser reportada de acuerdo con los protocolos de intervención de cada institución (Anetzberger, Dayton, Miller et al, 2005).

## II.5.2 Enfermería

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la detección del maltrato de personas adultas mayores, ya que, son quienes llegan a descubrir maltrato físico y negligencia de una persona adulta mayor por medio de la desnutrición, deshidratación, moretones y lesiones, caídas recurrentes, fragilidad y presencia de afectaciones patológicas. Una vez detectada alguna situación, es recomendable notificarlo al médico, quien podrá investigar si se está frente a un caso de maltrato (Anetzberger, Dayton, Miller et al., 2005).

### II.5.3 Trabajo Social

Los trabajadores sociales son considerados un profesional con perspectiva holística, que le permite incorporarse en el proceso de detección de maltrato de personas adultas, tanto a nivel institucional y comunitario. La profesión ofrece un trabajo combinado entre consejería individual o familiar, manejo de casos, capacitación para desarrollar habilidades y estrategias de manejo de la conducta, cuya efectividad ha sido comprobada (Dong, Chen, Chang et al., 2013; Hoffler, Clark, Jackson et al., 2012). Los trabajadores sociales pueden facilitar nuevas intervenciones que aborden el maltrato de personas adultas mayores, por ejemplo, conferencias de cuidado familiar para ayudar a identificar desafíos y encontrar soluciones a las situaciones que generan el maltrato (Dong, Chen, Chang et al., 2013).

### II.5.4 Psicología

El profesional de esta área se ha reconocido como necesario en la detección del maltrato de personas adultas mayores, ya que, anteriormente, el tema de la vejez se había reservado exclusivamente para la medicina porque era entendido con base en los problemas de salud, por lo que, las intervenciones estaban limitadas hacia la prevención y la erradicación de las enfermedades asociadas al envejecimiento. No obstante, y dado que la vejez no es un problema de salud, sino una etapa de vida que tiene necesidades específicas en donde, la psicología ha generado herramientas para satisfacerlas. Es por ello que se le ha considerado una profesión fundamental, ya que, sus conocimientos pueden ayudar a construir herramientas importantes para potenciar la calidad de vida de

personas adultas mayores e intervenir, tanto con la persona adulta mayor, como en la creación de modelos y políticas de atención. La intervención de psicología es fundamental cuando las personas adultas mayores experimentan situaciones de las cuales no se han podido recuperar por completo. Esta área del conocimiento puede evaluar el riesgo potencial de maltrato y ayudar en el desarrollo de habilidades de afrontamiento (Dong, Chen, Chang et al., 2013; Hoffler, Clark, Jackson et al., 2012).

Finalmente, los equipos multidisciplinarios, al trabajar de forma coordinada desarrollan una red de trabajo integral que genera una respuesta más efectiva en la detección y atención del maltrato de personas adultas mayores (Rodríguez, 2013).

## **II.6. Barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores**

La gravedad y extensión del maltrato de personas adultas mayores no ha sido reconocido por el sistema de salud porque el maltrato ha estado y continúa invisibilizado, naturalizado y tolerado en la sociedad. Además, se legitima y se justifica cuando se vincula con ideas *edadistas* y discriminatorias (Dong y Simon 2013).

A pesar de la frecuencia en la que los profesionales de la salud han sido testigos de casos de violencia y maltrato familiar, en algunas ocasiones, ignoran o minimizan las situaciones, no le creen a la víctima o, simplemente, se inhiben. Los profesionales de la salud están en una posición única para identificar el maltrato de personas adultas mayores, ya que, las personas que sufren maltrato tienen el doble de probabilidades que otras personas para visitar el área de urgencias (Dong y Simon, 2013). Asimismo, cuando



los proveedores de servicios de salud realizan visitas domiciliarias tienen la oportunidad de observar directamente las situaciones de vida de la persona adulta mayor, incluida la higiene, el orden, la seguridad, los apoyos de movilidad, el acceso a los alimentos, el vencimiento de medicamentos y otros peligros ambientales. En términos generales, las personas adultas mayores acuden a los servicios de salud varias veces al año, lo que permite que interactúen con más frecuencia con el personal de la salud, quienes podrán observar e indagar sobre los cambios que puede presentar la persona causados por el maltrato (Gerson, Schelble y Wilson, 1992).

Pese a esta situación, existen importantes barreras que obstaculizan la detección y el reporte de casos de maltrato de personas adultas mayores (Ejaz, Rose, Reynolds et al., 2020). Algunas barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores se han encontrado a nivel individual, organizacional y sociocultural (Schmeidel, Daly, Rosenbaum et al., 2012) según el contexto.

#### II.6.1 Barreras a nivel individual

Este tipo de barreras tienen que ver principalmente con las competencias que tiene el profesional de la salud, así como, la voluntad para revelar el maltrato de personas adultas mayores. La falta de capacitación integral y sistemática se convierte en un obstáculo en la formación de los profesionales de la salud para identificar situaciones que cada vez más son reconocidas como problemas relacionados con salud, como es el caso de la violencia y del maltrato en el ámbito familiar (Rodríguez, Wallace y Woolf, 2006; Schmeidel, Daly, Rosenbaum et al., 2012). Entre otros aspectos se encuentra el

desconocimiento de los recursos, la falta o escasa sensibilidad y la persistencia de creencias tradiciones que consideran que el maltrato de personas mayores es un asunto privado y no un objeto de salud. Sin concientización, el maltrato puede ser difícil de detectar. Los pacientes pueden negar sus problemas por temor a la institucionalización o represalias por parte de los familiares. Además, las víctimas no suelen hablar sobre sus experiencias debido a la vergüenza, otras personas pueden ser demasiado frágiles o tener algún tipo de impedimento físico que los disuada para buscar ayuda (Schmeidel, Daly, Rosenbaum et al., 2012; Mowlam, Tennant, Dixo et al., 2007).

## II.6.2 Barreras a nivel organizacional

En el nivel organizacional o estructural se encuentra la escasez de personal, la falta de protocolos para la detección del maltrato de personas adultas mayores y las dificultades en la coordinación interna del equipo (Jones, George y Jon, 2017; Rosen, Lien, Stern et al.,2017; Rinker, 2009). En algunos casos pueden existir protocolos, pero la capacitación que acompaña a estos es limitada lo cual obstaculiza la detección (Rosen, Lien, Stern et al.,2017). Por otro lado, el contenido de los protocolos puede variar y centrarse principalmente en los indicadores físicos (quemaduras, fracturas, hematomas) y el momento y la naturaleza de la queja principal (informe inconsistente o retrasado). Aunque estos indicadores son importantes, son insuficientes para proporcionar un enfoque robusto para detectar el maltrato de personas adultas mayores (Namboodri, Rosen, Dayaa et al.,2018). El maltrato físico es menos común que otras formas de maltrato de personas adultas mayores, como la negligencia, por lo que los resultados de un examen físico capturarán solo una pequeña proporción de personas adultas mayores

que sufren maltrato. En este nivel, también se encuentra la falta de privacidad en la atención, espacios adecuados y la escasez de tiempo por la alta presión asistencial con la que cuentan los profesionales de la salud (Acierno, Hernández, Amstadter et al., 2010).

### II.6.3 Barreras a nivel sociocultural

En este nivel se encuentra la falta de aceptación social del maltrato de personas adultas mayores. La vejez está llena de mitos, estereotipos y prejuicios, que generan discursos falsos en toda la sociedad, que se interiorizan en el imaginario social y justifican el maltrato de personas adultas mayores. Los profesionales de la salud al igual que el resto de la sociedad pueden utilizar estas ideas preconcebidas y erróneas que les impiden identificar y actuar de forma efectiva, tanto en la detección precoz como en la intervención sociosanitaria (Schmeidel, Daly, Rosenbaum et al., 2012).

## CAPÍTULO III LINEAMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se enuncia el planteamiento del problema, el objetivo general, supuesto teórico y la justificación. También se muestra el contexto de la Secretaría de salud y la importancia de la metodología cualitativa en salud y se finaliza con la metodología del estudio.

### III.1. Planteamiento del problema

Estudios recientes realizados en población adulta mayor mexicana, han encontrado que las prevalencias de maltrato de personas adultas mayores se han incrementado en los últimos años. En la Ciudad de México se ha encontrado que la prevalencia pasó de 10.3% en 2010 a 19.6% en 2018 (Giraldo, 2019). El maltrato de personas adultas mayores es un problema creciente de salud. Los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos) se enfrentan cada vez más a situaciones de pacientes adultos mayores maltratados cuya detección se les dificulta por situaciones que aún se desconocen.

*En la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores s(2002) se recomienda a diversos países, la importancia de eliminar cualquier tipo de abandono, maltrato/violencia contra las personas adultas mayores, sin embargo, la escasa detección y registro que se tiene del maltrato no refleja que se esté atendiendo las recomendaciones que dicha Declaración establece, y en donde, reconoce a los profesionales de la salud como los “indicados para abordar dicha problemática”.*

Las bajas cifras de detección por parte de los profesionales de la salud, sugieren que estos están enfrentando dificultades o barreras que obstaculizan la identificación del maltrato, ya que, a pesar de la información disponible sobre los factores de riesgo, la existencia de instrumentos de detección y capacitación sobre el tema, se siguen reportando bajas tasas de detección. Dado lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las barreras que percibe el profesional de la salud para la detección del maltrato de personas adultas mayores?**

### **III.2. Objetivo**

Explorar las barreras que percibe el profesional de salud (enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y psicólogos) para detectar el maltrato de personas adultas mayores que acuden a tres centros de salud de la Ciudad de México.

### **III.3. Supuesto teórico**

Dada la cercanía que puede llegar a tener el profesional de la salud con la persona adulta mayor, este se convierte en uno de los actores clave para la detección de casos de maltrato de personas adultas mayores. Sin embargo, existen barreras por parte de los profesionales de la salud que obstruyen la detección de los casos de maltrato de personas adultas mayores que acuden a los centros de salud de la Ciudad de México. En este sentido, se reconoce que existen varios desafíos. Primero, las víctimas pueden ocultar sus circunstancias o ser incapaces de articularlas debido al deterioro cognitivo. En segundo lugar, la alta carga de enfermedad crónica en las personas adultas mayores

puede crear falsos negativos en los resultados en la evaluación (por ejemplo, fracturas mal atribuidas a la osteoporosis), así como, resultados falsos positivos (por ejemplo, hematomas espontáneos mal atribuidos al abuso físico). Tercero, las barreras culturales pueden dificultar el reconocimiento del maltrato de personas adultas mayores como un problema público y de salud. Cuarto, en algunos casos, dictaminar que se está ejerciendo maltrato puede tardar semanas o meses, además, para ello se requiere la intervención del profesional de la salud, que generalmente, no se involucra en dicho proceso.

#### **III.4. Justificación**

Es sabido que la detección del maltrato de personas adultas mayores muestra tasas muy bajas y que los esfuerzos para mejorar este proceso pueden ser más efectivos si se focaliza la atención en los profesionales de la salud involucrados con la atención de esta población. La atención médica se puede mejorar en diferentes niveles del sistema de salud, una intervención importante es apoyar a los profesionales de la salud para que modifiquen su comportamiento con base en la evidencia (Ferlie y Shortell, 2001). Comprender las barreras que existen en la atención de cualquier padecimiento de salud representa el primer paso en el desarrollo de estrategias para abordar los obstáculos que pueden conducir a intervenciones efectivas y aumentar los informes y, en consecuencia, mejorar la seguridad del paciente.

Por otro lado, a pesar de que, en México existen leyes que protegen a las personas adultas mayores del maltrato, como la Ley de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores (2002), la Ley General de Salud, la NOM-046-SSA2-2005 “Violencia

familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”; no se llevan a la práctica, a pesar de ser una herramienta valiosa que permite al profesional de salud contar con un marco de actuación frente a la violencia familiar. Asimismo, México cuenta con la Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo del maltrato en el adulto mayor (2013), en la que, se menciona la importancia que tienen los profesionales de la salud en el reconocimiento del maltrato de personas adultas mayores. Sin embargo, existe escasa sensibilización y capacitación del profesional de la salud para realizar actividades propias de la detección del maltrato de personas adultas mayores.

Bajo este panorama, el tema de investigación surgió por la necesidad de conocer los motivos por los que el profesional de salud no detecta los casos de maltrato que llegan a los centros de salud a pesar de existir la legislación antes mencionada. De igual forma, porque en el país no existen estudios similares sobre el tema; por lo que sus resultados pueden generar estrategias dirigidas al equipo de salud para que pueda abordar este fenómeno de forma integral y apegados a lo establecido en la normatividad y por ende, en las guías de práctica clínica. Además, de buscar incluir el tema como prioritario en la agenda de los tomadores de decisiones, ya que, se considera que este grave problema debe de ser de carácter público y prevenirse.

### **III.5. El contexto de estudio: Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México es una dependencia centralizada del Gobierno del Distrito Federal, creada el primero de enero de 1999, cuando sustituyó al entonces denominado Instituto de Servicios de Salud de la Ciudad de México, el cual,

tiene como antecedente los Servicios Médicos de Urgencias del Departamento del Distrito Federal. Esta Secretaría es la institución responsable de garantizar el acceso a la atención médica y la protección de la salud de la población residente en la Ciudad de México, a fin de mejorar y elevar su calidad de vida mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad (González-Block,1997), por lo que, se divide en tres niveles de atención: el primero conformado por los centros de salud y unidades de medicina familiar, el segundo integrado por los hospitales generales y el tercero compuesto por los hospitales e institutos de especialidades. Actualmente, su inventario de instituciones corresponde a 28 hospitales y 214 centros de atención ambulatoria: Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, 5 clínicas de especialidades, 59 centros de salud T-III, 45 T-II, 100 T-I, 2 clínicas comunitarias y 2 centros antirrábicos. Asimismo, cuenta con aproximadamente 23 mil trabajadores calificados, además de infraestructura, material y equipo especializados (González-Block,1997).

El primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, está conformado por centros de salud que constituyen la puerta de entrada para la atención de la salud y su enfoque está regido en la prevención, protección y promoción de salud. Los centros de salud se encuentran agrupadas dentro de los 16 distritos de salud, las cuales, se encuentran distribuidas en las 16 alcaldías que conforman la Ciudad de Distrito Federal. Los centros de salud se clasifican en TI, TII y TIII y su principal diferencia radica con su tamaño. Los TI son los de menor tamaño, cuentan con consulta externa y están conformados por uno a tres módulos de atención, compuesto por el médico general, la enfermera y un promotor; los TII cuentan con consulta externa, están



conformados por cuatro a ocho módulos de atención y pueden llegar a tener una farmacia; los TIII otorgan los servicios de consulta de medicina general, pueden llegar a centralizar uno o varios TII y TI, tienen nueve o más módulos de atención médica, además de contar con farmacia, laboratorio de análisis clínicos y estudios de rayos X, trabajo social, odontología, salud mental, densitometría y optometría.

La modalidad en estos centros de salud es la demanda de atención para la consulta, es decir, se distribuye una cantidad determinada de fichas por cada profesional. Para conseguir esa ficha, las personas deben formarse por orden de llegada; el horario de atención comienza a las 8:00 horas hasta terminar de atender a todos los pacientes con ficha. Esta realidad lleva a que, por un lado, los pacientes que asisten sin cita deban llegar desde muy temprano para conseguir su ficha, en algunos casos a las 5:00 horas o antes.

Esto demuestra una gran dificultad por parte de los servicios de atención en cuanto al cumplimiento de los postulados de la atención primaria de la salud al generar diversas barreras de acceso -administrativas, económicas y culturales (Macinko, James, Montenegro et al., 2007).

### **III.6. Investigación cualitativa en salud**

El método cualitativo es relevante en la investigación de fenómenos sociales complejos que son difíciles de capturar numéricamente, como las relaciones que se establece en los servicios de salud. El enfoque cualitativo permite comprender con profundidad un

problema, probables causas desde la mirada de los actores principales como sus creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones, y modos de vivenciar y actuar respecto de los servicios de salud, todo ello por medio de su narrativa, la cual se vuelve el método de recolección de datos más valiosa para este tipo de investigación (Giacomini y Cook, 2000). Este método busca identificar y comprender los significados que las personas y las comunidades confieren a los procesos de salud, lo cual, es bastante importante, ya que, pueden contribuir al mejoramiento en la calidad de atención, cuidado, y a mejorar la relación entre los profesionales de salud y las personas que demandan atención. Además, los estudios cualitativos ayudan a promover una mayor adhesión a tratamientos y medidas sanitarias, de manera individual y colectiva (Ribeiro, Souza y Costa; 2016).

Y es que, durante los últimos años, los investigadores han optado por este tipo de investigación en el ámbito de la salud, ya que, en el año 2000 existían 91 artículos en revistas del área de la salud, en el 2004, el número de artículos se elevó a 1797 (McKibbon y Gadd, 2004).

Por su parte, los datos que arroja la investigación cualitativa consisten en narrativas, documentos o vídeos, entre otros. Los resultados de este tipo de investigación no son numéricos, aun cuando la información obtenida se pueda transformar ocasionalmente en ellos. Es decir, el proceso de la investigación cualitativa se diferencia de las otras formas de realizar investigación por el tipo de datos obtenidos y la forma de analizarlos (Miller y Crabtree, 1999).

Una de las técnicas más utilizadas dentro del ámbito de la salud es la entrevista, la cual, ha sido definida como el encuentro cara a cara entre el investigador y los informantes, con el propósito de comprender las apreciaciones del informante acerca de su vida, experiencia o situación, expresadas con sus propias palabras. Las entrevistas siguen el modelo de una conversación, donde no sólo se obtienen respuestas o narraciones sino también se aprende qué preguntas hacer y cómo hacerlas. En comparación con otras técnicas, por ejemplo, la observación participante, las entrevistas se llevan a cabo en los escenarios y situaciones donde tiene lugar la investigación (Taylor y Bogdan, 1998).

Finalmente, la investigación cualitativa se ha utilizado en los sistemas de salud para evaluar procesos de desempeño del personal, de los pacientes y de los tomadores de decisiones, con el fin de generar estrategias en la atención (Murray, 2000).

### **III.7. Metodología**

El presente estudio deriva del proyecto titulado “Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud”, el cual se realizó en tres Centros de Salud del Sistema de Servicios de Salud de la Ciudad de México, la aplicación de las entrevistas se realizó de octubre 2014 a marzo 2015. En esta investigación se realizaron entrevistas, las cuales, se basaron en una guía elaborada de manera previa por el equipo, la cual fue ajustada con base en una prueba piloto realizada en uno de los centros de salud incluidos en el estudio. La entrevista consistió en preguntas abiertas, dirigidas a la obtención de un conocimiento profundo de las experiencias vividas por los profesionales de la salud respecto con la atención de personas adultas mayores que posiblemente viven

situaciones de maltrato en el ámbito familiar. Las entrevistas se grabaron en audio y posteriormente se transcribieron. La responsable de la investigación es la directora de la presente tesis y quien llevó a cabo las entrevistas.

### III.7.1 Tipo de estudio

Este es un estudio de análisis de tipo exploratorio y descriptivo, transversal con abordaje cualitativo.

### III.7.2 Participantes del estudio

Se tuvo acceso a todas las transcripciones de las entrevistas realizadas a los 34 profesionales de la salud de los tres centros de salud (ANEXO 1). Los criterios de inclusión fueron ser trabajador de alguno de los tres centros de salud seleccionados y desempeñar actividades de atención a la salud de las personas adultas mayores. Las entrevistas que se descartaron fueron las realizadas al personal administrativo, nutrición, directivos y gestores de calidad. Por lo tanto, el análisis se realizó con 26 entrevistas correspondientes a 10 médicos, 6 enfermero(a)s, 6 trabajadores sociales y 4 psicólogos, los cuales, corresponden a los sujetos de estudio de la presente investigación.

### III.7.3 Análisis de la información

Se realizó un análisis temático y los temas que emergieron se discutieron con la directora de la tesis, se compararon y modificaron hasta llegar a categorías conceptuales. Se realizó una interpretación de los datos manteniendo lo más posible la objetividad de los

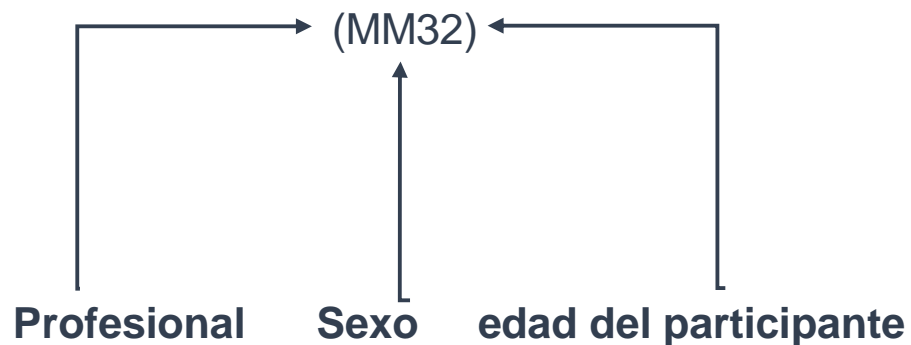
eventos y verdaderos significados de la información entregada por los participantes del estudio. El análisis temático consistió en:

### III.7.3.1 Familiarización de la información

Se realizó una lectura y relectura de cada una de las entrevistas que se realizaron a los profesionales de la salud; esta actividad permitió identificar, organizar y analizar las ideas generales que cada participante externaba sobre el tema de investigación.

### III.7.3.2 Generación de códigos

Una vez extraídas las ideas generales de cada narrativa se agruparon los datos más importantes de dicha información por profesional, además, se generó un código a cada infórmate de acuerdo a su profesión, sexo y edad, de la siguiente manera.



### III.7.3.3 Búsqueda de temas y agrupación

Se elaboró un mapa temático de las barreras individuales, organizacionales y socioculturales, que se definieron de acuerdo con la literatura consultada para agrupar cada tema según el tipo de barrera a la que se pertenecía (Cuadro 2).

### **III.8. Consideraciones éticas**

El proyecto del cual forma parte este estudio fue revisado y aprobado por los Comités de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría (Registro: SiRES-DI-JEDDS-001/14). La participación fue voluntaria y se basó en la confidencialidad y el anonimato, que se garantizó por medio de la firma del consentimiento informado de esta investigación (Anexo 2).

Para el presente trabajo se mantuvo la confidencialidad de los participantes utilizando una nomenclatura en cada una de las citas presentadas en los resultados del análisis, que corresponde a la profesión del participante, el sexo y la edad.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

En este capítulo, se muestra el perfil sociodemográfico de los participantes y los resultados del análisis temático.

### **IV.1. Perfil sociodemográfico de los participantes**

Se analizaron en total 26 entrevistas, de las cuales, 10 fueron del personal médico, 6 de enfermería, 6 de trabajo social y 4 de psicología. Del total de participantes, 16 fueron mujeres y 10 hombres. El rango de edad de los entrevistados osciló entre los 30 y 65 años. Únicamente 6 de los entrevistados realizaron actividades de gabinete y de campo, mientras que, 20 participantes se enfocaron en actividades exclusivas de gabinete. Solo un profesional de la salud tuvo la especialidad en geriatría; 10 de los entrevistados habían tomado algún curso o diplomado en geriatría o gerontología, 15 de los entrevistados se actualizaron en cursos de administración de servicios de salud. Otros en epidemiología, generalidades de la medicina, atención perinatal, síndrome metabólico, reanimación cardio-pulmonar, prevención de accidentes, técnica de riesgo de accidentes, lavado de manos, inteligencia emocional, administración eficiente del tiempo, VIH, planificación familiar, gratuidad, Seguro Popular y curso de señas (Cuadro 1).

**CUADRO 1**

*CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD*

Institución	Profesión	Total de entrevistados	Nivel académico		Actividad		Cursos de Actualización	
			Licenciatura	Nivel Técnico	Gabinete	Campo	Especialidad en Geriatría o Gerontología	Otros
Centro de salud 1	Medicina	5	5	0	4	1	1	4
	Enfermería	2	1	1	1	1	0	2
	Trabajo Social	2	0	2	1	1	0	2
	Psicología	1	1	0	1	0	0	1
Centro de salud 2	Medicina	2	2	0	1	1	0	2
	Enfermería	2	1	1	0	2	0	2
	Trabajo Social	2	0	2	2	0	0	2
Centro de Salud 3	Psicología	1	1	0	1	0	0	1
	Medicina	3	3	0	3	0	0	3
	Enfermería	2	0	2	1	1	1	1
	Trabajo Social	2	1	1	2	0	0	2
	Psicología	2	2	0	1	1	0	2

A partir de las entrevistas realizadas a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos de tres centros de salud, se obtuvo como resultado la creación de temas y subtemas que fueron reconocidos como generadores de barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores. Se identificaron un total de nueve temas (Cuadro 2) relevantes para las barreras: 1) formación, 2) conocimiento, 3) personal, 4) procesos operativos, 5) recursos disponibles, 6) capacitación, 7) coordinación, 8) percepción sobre la vejez y 9) creencias entorno al maltrato. Por otro lado, diecinueve subtemas fueron extraídos de las transcripciones, los cuales se muestran en el Cuadro 3.



**Cuadro 2***Barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores*

<b>A nivel individual</b>	1. Formación
	2. Conocimiento
	3. Personal
<b>A nivel organizacional</b>	1. Procedimiento
	2. Recursos
	3. Capacitación
	4. Coordinación
<b>A nivel sociocultural</b>	1. Percepción
	2. Creencias

**Cuadro 3***Identificación de barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores*

Tema	Barrera identificada (subtema)
1. Formación	a) Preparación profesional
2. Conocimiento	a) Concepción del maltrato b) Generalidades del maltrato c) Normatividad
3. Personal	a) Actitud b) Miedo c) Apoyo Institucional
4. Procedimiento	a) Trabajo administrativo b) Tiempos de consulta c) Privacidad en la consulta
5. Recursos	a) Instrumentos de detección b) Personal especializado
6. Capacitación	a) Instrucción institucional b) Demanda de instrucción c) Habilidades
7. Coordinación	a) Rol del profesional b) Cooperación profesional
8. Percepción	a) Estereotipos
9. Creencias	a) Problema Privado

## **IV.2. Barreras que los profesionales de la salud manifestaron en la detección del maltrato de personas adultas mayores.**

A continuación, se muestran los resultados del análisis temático, con el cual, se generaron temas y subtemas obtenidos de la información que fue recabada.

### **IV.2.1 Barreras a nivel individual**

Los temas que se identificaron fueron: 1) formación, cuyo subtema hace alusión a la preparación profesional que tuvo cada participante respecto al maltrato de personas adultas mayores. 2) conocimiento, el cual generó subtemas que se relacionan con el dominio del profesional de la salud sobre el maltrato, sus generalidades y la familiarización que tienen sobre la normatividad; y 3) personales, en la que, destacaron tres subtemas como la actitud, miedo y apoyo institucional que externa el profesional de la salud, entorno a la detección del maltrato de personas adultas mayores.

#### **1. "Formación"**

Este tema arrojó como único subtema: a) preparación profesional, el cual, mostró si los profesionales recibieron algún tipo de instrucción académica sobre el maltrato y las principales víctimas de este tipo de problemática.

##### **a) Preparación profesional**

Tanto médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos refirieron que durante su adiestramiento profesional, no se abordaron temas de maltrato y mucho menos hacia las

personas adultas mayores. Respecto a los profesionales de medicina y enfermería, los entrevistados recibieron adiestramiento respecto a la salud y aspectos propios de su carrera. Por otro lado, las profesiones de trabajo social y psicología, a pesar de considerarse carreras sociales, no tuvieron ningún tipo de información acerca del maltrato de personas adultas mayores. Por ello, algunos de los entrevistados han tenido que desarrollar a lo largo su experiencia laboral, diferentes estrategias para afrontar el problema que la actualidad les demanda. Los participantes lo expresaron de la siguiente manera:

*...en la carrera nada más nos enseñan a salvar vidas...(MM60).*

*...eso no te lo enseñan en la escuela...(EM36).*

*...en la escuela vemos otros temas, pero ninguno que ver con los ancianos...(TSM54).*

*...en la carrera no nos enseñan nada sobre detección de ningún tipo de maltrato y por eso no estamos entrenados: Nosotros mismos nos formamos para atender el problema no para prevenirlo...(PH30).*

*...revisen los programas de las universidades, forman a los médicos estrictamente anatomía-fisiológico, eso es lo único que ellos reciben. Los factores sociales y emocionales no son considerados como factores asociados a la salud...(PSM52).*

## 2. “Conocimiento”

En este tema se generaron tres subtemas relevantes: a) concepción del maltrato, b) generalidades del maltrato y c) normatividad, los cuales, vislumbraron el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud entorno al maltrato de personas adultas mayores.

#### a) Concepción del maltrato

Los participantes expresaron una concepción bastante generalizada sobre el maltrato de personas adultas mayores, en su mayoría, reconocieron la existencia del maltrato de personas adultas mayores en el ámbito familiar, sin embargo, mostraron confusión sobre el tema, ya que, algunos consideraron que el maltrato y la violencia son lo mismo. Sus respuestas evidenciaron su desconocimiento al respecto. Estas fueron algunas de las definiciones que mencionaron:

*...es todo aquel acto que van en contra de una persona, puede ser de cualquier edad...(MH60).*

*...es todo aquello que puede afectar a alguna persona en su integridad física y psicológica...(MH60).*

*...la violencia es toda indiferencia, todo acto de omisión de cuidar a una persona o atenderla...(EM32).*

*...el maltrato es una agresión a la que se somete a alguien, se ejecuta con alguien más débil que el agresor. Es un acto de agresión no necesariamente física sino también verbal o a veces, de maltrato encubierto...(TSM54).*

*...creo que es toda aquella acción física y emocional que te vulnera, que te hiere, que te lastima y que se ejecuta de una persona hacia otra que tenga una ventaja sobre otra...(PSM52).*

#### b) Generalidades del maltrato

Este subtema arrojó qué, tanto los entrevistados dominaban los tipos de maltrato, factores de riesgo y signos de alarma del maltrato de personas adultas mayores. Al respecto, los entrevistados mostraron facilidad al mencionar los tipos de maltrato. Estos fueron algunos de sus comentarios:

*...No nada más es agresión física sino también psicológica...(MH60).*

*...maltrato psicológico, los regañan, no le hablan, maltrato económico, no les den dinero, no les compren sus alimentos. Esta la violencia social, los tienen apartados del grupo familiar, los dejan abandonados. No es necesario que al adulto mayor se le pegue; desde el mismo instante que lo ignoran o no le hace caso ya está siendo maltratado...(MH60).*

*...malas palabras, el sesgarlo de actividades, que lo excluyan de la familia, el retirarle el apoyo económico, el marginarlo o ...(EM32).*

*...es toda aquella acción física y emocional. Que te vulneren, que te hieren, que te lastime y que es ejecutada de una persona hacia otra...(TSM52).*

*...los tipos son los mismos que existen para la violencia intrafamiliar, para la de género; que son la económica, la psicológica, la física, la verbal y la económica. Me parece que aplica indistintamente también para los adultos...(PM30).*

Por otro lado, los participantes reconocieron a las personas adultas mayores como la población con mayor predisposición para ser maltratados (factores de riesgo). Las limitaciones, la discapacidad, la dependencia de la persona adulta mayor y el aspecto económico fueron los factores de riesgo más reconocidos por los entrevistados. A continuación, se mencionan algunos comentarios:

*...adultos que tienen algún tipo de problema auditivo o que estén discapacitados...(MM38).*

*...Mucha atención si el paciente está siempre solo. Hay maltrato el adulto mayor si se calla cuando aparece algún familiar o baja la mirada o cuando el paciente deja que el familiar tome la batuta de la conversación...(EM36).*

*...la dependencia siempre va a ser un factor de riesgo, porque hace al adulto más vulnerable...(TSM54).*

*...la situación económica del adulto puede ser un factor, porque puede convertirse en una carga para la familia...(TSH42).*

Finalmente, los entrevistados mencionaron que la depresión, el aislamiento, los problemas recurrentes de salud, el comportamiento de la persona adulta mayor en

presencia de su acompañante, la asistencia recurrente a consulta médica, etc., Podrían ser, algunos de los signos de maltrato a los que el profesional de la salud debía estar alerta. Algunos de los comentarios de los participantes se enuncian a continuación:

*...he notado que la mayoría de los pacientes maltratados sufren algún estado depresivo y problemas de salud. Por ejemplo, pacientes que pueden estar sufriendo continuamente problemas gástricos o problemas de alimentación; puede ser que estén sujetos a un estado de estrés o que no lleven bien el... (MM60).*

*...puede ser el trato que le dan al adulto, la forma en que lo dominan hasta con la mirada... (EM50).*

*...el que estén callados, que se sienten tristes, el que lloren, su actitud dice mucho. Ah y que vengan solos... (TSM47).*

#### c) Normatividad

Los entrevistados refirieron aspectos relevantes sobre el subtema de normatividad, ya que, confundieron la Norma Oficial 045 que hace referencia a la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Nosocomiales con la Norma Oficial NOM-046-SSA2-2005 para la Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en la cual, se incluye el maltrato de personas adultas mayores. Algunos participantes, sabían de alguna Norma, pero desconocían cuál era y de qué hablaba. Otros, simplemente desconocieron la existencia de algún tipo de Norma que trate el maltrato de personas adultas mayores. Los participantes lo expresaron así:

*...solo la 045 que es la de violencia de género, pero es muy general y no creo que sirva para los ancianos... (MH30).*

*...sí hay una norma, no recuerdo qué número es y de qué habla... (MH56).*

*...no conozco ninguna norma que hable del maltrato...(EM36).*

*...hay una Norma Oficial, no me acuerdo cuál es, pero es sobre violencia...(TSM47).*

*...hay una norma que conozco, pero es general; para mujeres y niños, pero no para el adulto...(PM39).*

### 3. "Personales"

En este tema se encontraron los subtemas a) actitud, b) miedo y c) apoyo institucional, los cuales, también fungieron como barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores.

#### a) Actitud

La actitud de los profesionales de la salud fue un factor que influyó en su disposición para detectar el maltrato de personas adultas mayores. Los participantes refirieron que el maltrato, es un tema social y no de salud. Otros indicaron que los procedimientos administrativos (llenado de formatos) requiere tiempo del que no disponían. Otros, externaron poco interés en el tema y, en consecuencia, no lo consideraron prioritario porque trabajar con un apersona adulta mayor les resulta difícil. Aunado a ello, algunos participantes no habían revisado el material que la institución les ha había proporcionado para conocer sobre el maltrato. A continuación, algunos de los comentarios de los entrevistados:

*...Nosotros estamos para atender la salud...(MM30).*

*...es el hartazgo del tiempo que yo voy a tener que emplear para poder darle seguimiento a la detección; va a ser largo, soy personal de salud, no tengo porque involucrarme en ámbitos sociales. Por eso le damos la vuelta...(MM60).*

*...te metes en problemas legales y pues yo no quiero...(MM65).*

*...no nos corresponde realizar esa actividad y te absorbe mucho tiempo la actividad ...(MH30).*

*...no sabemos hasta qué punto está uno en la obligación o las limitaciones que tiene uno como servidor público...(MM60).*

*...existen dificultades para trabajar con adultos mayores, en comparación con otros grupos de edades debido a problemas de oído...(EF43).*

*...no le damos la importancia debida a maltrato, por eso ni nos preocupamos por atenderla...(TSM39).*

*...eso es jurídico y en salud, creo que no hay mucho que se pueda hacer...(TSM52).*

*...nosotros no nos relacionamos en ese proceso, porque ya es un área jurídica, no tanto del centro de salud...(TSH32).*

#### b) Miedo

Los profesionales de la salud mencionaron sentir miedo a tres factores importantes que les impedía detectar el maltrato de personas adultas mayores, el primero, en donde, la persona adulta mayor podría negar la existencia de maltrato, el segundo, miedo a las represalias que la familia de la persona adulta mayor pudiera tener hacia ellos, así como, sufrir agresiones físicas y tercero, carencia de confianza en ellos mismos para realizar dicha actividad. Estos fueron algunos de sus comentarios:

*...hacerlo (detectar) nos podría generar un problema...(MM36).*

*...en otros centros han golpeado al personal...(MM65).*

*...hay veces que sí me gustaría meterme en esto de la detección, pero no quiero tener problemas con los familiares, ni legales por eso no intervengo mucho en eso...(MH56).*



*...no me siento segura de atender ese problema...(TSH32).*

*...definitivamente ganaríamos enemistades si detectamos el maltrato...(PM52).*

### c) Apoyo Institucional

Los participantes externaron el nulo apoyo que han experimentado por parte de los directivos cuando han detectaron un probable caso de maltrato. También, refirieron no haber recibido el apoyo que hubieran querido. Aunado a ello, no tuvieron asesoría institucional ni jurídica respecto al procedimiento de detección. Los entrevistados lo expresaron de la siguiente manera:

*...sí nos sintiéramos protegidos por la institución, sí lo haríamos, pero cuando hay que darle seguimiento a lo que detectamos nos dejan morir solos, entonces tenemos que ser cautos en ese aspecto...(MM65).*

*...no le han tomado la importancia, porque no está dentro del plan de trabajo...(MM36).*

*...la directora, no nos da el tiempo que nosotros quisiéramos para trabajar con los pacientes, es frustrante, porque no se nos da el apoyo, no se nos da el tiempo...(MH31).*

*...el director me ha dicho que ya ¿para qué?, ya vivieron, no son costeables...(MM60).*

*...en la institución no hay apoyo para esos casos...(MM65).*

*...los jefes nos han dicho: ¿Qué podemos hacer nosotros? ...(EM32).*

*...hasta donde se pueda y se permita por parte de las autoridades, y por parte de la persona que ha sido violentada...(EF36).*

*...no nos sentimos apoyados por la institución para intervenir profesionalmente...(TSM54).*

*...no tenemos ningún fuero jurídico que nos proteja después de detectar el maltrato...(TSM47).*

*...realizar esa actividad tiene que ver con el esfuerzo que uno pone, y con el apoyo que la institución otorga...(PH52).*

#### **IV.2.2 Barreras a nivel organizacional**

Se detectaron cuatro temas: 1) procedimientos cuyo subtema fue a) trabajo administrativo, b) tiempos de consulta y c) privacidad en la consulta. Los 2) recursos, arrojaron los subtemas: a) instrumentos de detección y b) personal especializado. La 3) capacitación tuvo como subtemas a) instrucción institucional, b) demanda de instrucción y c) habilidades. Finalmente, el tema 4) coordinación arrojó los subtemas a) rol del profesional y b) cooperación profesional.

##### **1. “Procedimientos”**

Este tema vislumbró los procedimientos operativos generales que se implementaron en las instituciones de salud. En este surgieron tres subtemas relevantes: a) trabajo administrativo, b) tiempos de consulta y c) privacidad en la consulta. Estos subtemas aportaron información valiosa para entender las barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores.

##### **a) Trabajo administrativo**

En este subtema, la carga de trabajo y llenado de diversos formatos generó que algunos entrevistados tuvieran que destinar gran parte de su tiempo a actividades administrativas. Los entrevistados infieren que ambos factores les había impedido realizar la detección del maltrato de personas adultas mayores. Estos fueron algunos de sus comentarios:

*...hay que llenar varios formatos para la consulta y aparte, llenar más por si se detecta un caso, no nos damos abasto...(MM65).*

*...todo lo administrativo es lo que más nos bloquea y aburre...(MM31).*

*Tienes que llenar hasta 5 formatos diferentes...(MH30).*

*... ¿por qué no llenamos la cédula cuando veamos los casos de violencia o maltrato? Estamos saturados...(MM65).*

*si es pesado la carga de trabajo, porque ves infinidad de personas...(TSH32).*

*...por la sobrecarga de trabajo que tenemos no se le puede dar la atención como se debe: Yo sé que, a lo mejor todos tenemos que respetar tiempos...(PM30).*

#### b) Tiempos de consulta

El tiempo de consulta que cada centro de salud había destinado a la atención general de la población varió de una institución a otra, debido a los objetivos, metas y prioridades que cada Centro de Salud tenía que cumplir. Este esquema de trabajo generó estrés a los participantes. Por otro lado, los entrevistados refirieron que su quehacer profesional estuvo mecanizado, por lo que, la atención a personas adultas mayores pasó a segundo término. A continuación, se muestran algunos de sus comentarios:

*...lo que le interesa a la autoridad es la meta, mientras más productividad tengas, pues eres mejor...(MH60).*

*...nos piden que veamos un mínimo de seis u ocho pacientes o algo así para cubrir las metas y los horarios. En la consulta se asigna una hora en promedio para poder cumplir con las metas...(MM38).*

*...debemos de dar consulta en un promedio de 30, 40 minutos por paciente, máximo (MH56).*

*...nos piden productividad...(MM31).*

*...tenemos que ver cada 20 minutos a un paciente. Inclusive, hace rato nos pasaron un oficio donde decía que tenemos que respetar el tiempo, o sea, si nos pasamos, cortarle y el que sigue...(MM65).*

*...en todos los sistemas donde usted vaya, todo está muy mecanizado, no hay los tiempos suficientes para dedicarle al adulto mayor...(EM43).*

*...deberían ser 40 minutos por paciente, pero sucede que por la carga y demanda tenemos que ver 3 pacientes en una hora, les damos 20 minutitos...(EM58).*

*...la carga de trabajo y el estrés si influyen para trabajar con las personas adultas mayores...(EM36).*

### c) Privacidad en la consulta

En este subtema, los entrevistados externaron que había sido complicado detectar el maltrato de personas adultas mayores, ya que, muchas veces el familiar entraba a las consultas acompañándolos, por lo que, las personas adultas mayores se habían mostrado sumisos y poco participativos durante la consulta. Por otro lado, informaron que constantemente habían sido interrumpidos, ya sea, por los usuarios, enfermería u otro personal. Algunos de los comentarios de los participantes se muestran a continuación:

*...no se puede entrevistar solos a los abuelitos porque la mayoría ya tiene problemas de oído y el familiar es quien responde todas mis preguntas, luego si ya no pueden caminar, pues necesito de su ayuda para revisarlo...(MM32).*

*...es requisito indispensable que lo acompañe un familiar, sino, no se les atiende. ¿en qué momento le preguntamos cómo lo tratan? ...(MF36).*

*...se perciben, nerviosos, ausentes, desorientados, pero su familiar te dice que está bien...(EF36).*

## 2. "Recursos"

En este tema se indagó si la institución contó con recursos materiales y humanos para detectar el maltrato de personas adultas mayores. En este se encontraron los siguientes subtemas a) instrumentos de detección y b) personal especializado, los cuales, fungieron como barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores.

### a) Instrumentos de detección

Referente a las guías y protocolos de actuación, los entrevistados arrojaron una variedad de comentarios al respecto, por un lado, refirieron que se les había proporcionado una guía de práctica clínica, la cual, les proporciona información para atender la violencia en cualquier tipo de población, incluida la violencia de género. Y por el otro, indicaron que estas guías no estaban focalizadas en la persona adulta mayor y que, no la habían utilizado porque no mostraba ningún procedimiento específico para detectar el maltrato. Y finalmente, hubo entrevistados que desconocieron la existencia de alguna guía o protocolo. A continuación, se exponen los comentarios:

*...tenemos la guía de práctica clínica que debemos de aplicar, pero poderla aplicar te lleva tiempo...(MM60).*

*...sí sé que existe, pero no la uso...(MH56).*

*...No, aquí no hay esas guías...(EM36).*

*...existe en el manual de trabajo social, pero no te dice específicamente el caso de maltrato contra el adulto, te habla de violencia en general...(TSH32).*

*...no hay un procedimiento de ¿qué hacer? ...(PM39).*

*...tengo exactamente los mismos procedimientos para cualquier caso de violencia...(PM30).*

En el caso de los instrumentos de tamizaje, los entrevistados refirieron que en sus centros de trabajo, se les había proporcionado dicho material, pero sin instrucciones para su llenado ni a quién tenían que entregárselo o si la debían de anexar al expediente. Un entrevistado, indicó que el diseño del instrumento no fue el más apropiado, ya que, los resultados mostraron falsos negativos. Otros refirieron que no habían utilizado dicho formato. Los profesionales de la salud lo expresaron así:

*...hay un cuestionario en el que podemos detectar y se le da a los pacientes o la persona que se encuentre maltratado...Ellos lo llenan...(MH38).*

*...no he tenido necesidad de llenar ese formato...(MH56).*

*...si hay hojas que dicen violencia y accidentes, así se llama el formato...(EM50).*

*...hay un formato de violencia que nosotros llenamos, de ahí, lo llevamos con la directora y ya...(TSH32).*

*...el formato es de la Secretaría, es un tamizaje que se hace del programa de violencia. Aplicamos un tamizaje para saber si esa persona está sufriendo. Y es anónima esa hoja...(TSM52).*

*...es una cédula de tamizaje...que en todo te sale negativo, no hay maltrato. Yo creo que están mal diseñada...(TSM54).*

*...tengo entendido que se le hace una serie de preguntas al paciente y él contesta, pero no sé si es un tamizaje...(PM39).*

#### b) Personal especializado

Este subtema mostró lo importante que fue para los entrevistados, que se contratara personal especializada en geriatría y gerontología para que atendieran exclusivamente el maltrato de las personas adultas mayores: Sus comentarios, se muestran a continuación:

*...a lo mejor si tuviéramos aquí a un psicólogo con más disponibilidad de tiempo, o alguien del DIF. Alguien que de una atención más directa...(MM31).*

*...soy la única enfermera con especialidad en geriatría, necesitamos más gente...(EM43).*

## 1. "Capacitación"

Los subtemas que fueron detectados por las entrevistas externaron: a) instrucción institucional, b) demanda y c) habilidades. Estos subtemas fungieron como barreras para detectar el maltrato de personas adultas mayores.

### a) Instrucción Institucional

El personal médico reconoció que recibieron capacitación institucional de diferentes temas referentes al área de la salud y sobre geriatría, pero no del maltrato de personas adultas mayores, ni la forma para detectarlo. Por su parte, los participantes reconocieron la necesidad de una formación al respecto para que, en el futuro, puedan abordar el tema sin tener que dudar sobre las actividades que les compete realizar. Sus expresiones a continuación se muestran:

*... ¡fíjate!, han hablado de muchos cursos y cosas a nivel de geriatría, pero del maltrato. No lo manejan...(MM50).*

*...yo no recuerdo ningún curso de violencia o maltrato...(EM36).*

*...hasta ahorita son puros cursos de otros temas a los que nos han mandado. Yo creo que todavía no estamos capacitados para detectar violencia...(EM36).*

*...la primera barrera es no tener el acceso a la información, o de cómo validar la información extramuros...(PSH52).*

## b) Demanda de capacitación

Los profesionales de la salud entrevistados externaron la necesidad de ser capacitados sobre el tema de maltrato de personas adultas mayores o bien, que se les hubiera autorizado ausentarse de sus actividades institucionales para capacitarse de manera particular. Estas solicitudes, en su mayoría, son declinadas por la carga de trabajo que existe en la institución. A continuación, se enuncian sus comentarios:

*...nos tendrían que capacitar muy bien, estudiar muy bien todo del maltrato; para que nosotros le demos una buena resolución y tener las bases, porque nos capacitan en otras cosas, pero en eso no...(MH31).*

*...no tengo muchas facilidades para poder pedir tiempo beca o una beca completa, para capacitarme...(EM36).*

*...a veces no te dan el permiso para capacitarte por tus medios...(EM50).*

*...yo creo que si nos falta una capacitación. para saber qué es lo que tenemos que hacer, ¿cuáles son los pasos para seguir? ¿Y qué instituciones nos apoyarían?...(TSM39).*

## c) Habilidades para detectar el maltrato

Este subtema arrojó que, en su mayoría, los entrevistados habían empleado diferentes procesos para la detección del maltrato de personas adultas mayores. Algunos entrevistados, refirieron que el procedimiento que llevaron a cabo fue enviar el caso al médico visitador o a trabajo social. Por su parte, los trabajadores sociales indicaron que únicamente intervinieron si la persona adulta mayor accedía a realizar el tamizaje de violencia o si el caso de maltrato había sido evidente, lo habrían enviado al ministerio



público. Otros recurrieron a sus jefes inmediatos para asesoría. Otros mencionan que no hubo ningún procedimiento. A continuación, los comentarios al respecto:

*...yo hago un oficio refiriendo la situación que el paciente me dice como maltrato; ya sea verbal, gritos y se lo comento a mi director. El seguimiento es ver que el cuidador ya no reincida y esté cambiando de actitud...(MH38).*

*...no se tiene un procedimiento...(MM50).*

*...el procedimiento es pasar el caso a trabajo social para que le hagan una visita. Pero solo cuando vemos problemas de maltrato fuertes. Ellas son las que se encargan, o el doctor de campo. Nosotros no vamos, lo único que hacemos es pasarlo a la persona que corresponde hacer las visitas...(MH56).*

*...recurrimos a la jefa del servicio, entonces ella, más o menos nos va indicando que es lo que podemos hacer...(EM39).*

*...cuando se detecta un caso de violencia de lo que sea, principalmente física, porque de la otra (psicológica) no hay huella, se tiene que hacer su reporte y se mandan al ministerio público y supuestamente el ministerio público tiene que intervenir. Y hasta ahí llegamos nosotros...(TSM39).*

*...no sé cómo sea el procedimiento específicamente, pero cuando detectamos casos de maltrato, hacemos una nota informativa y se la damos a nuestro coordinador, hasta ahí queda nuestra función y no sabemos que pasa más allá...(PSM39).*

*...en psicología no hay un procedimiento que seguir para detectar el maltrato...(PSM52).*

*...solo sabemos que tenemos que asentar los casos de maltrato en el expediente, pero no sé cómo detectarlo...(PSEM36).*

## 2. "Coordinación"

En este tema surgieron dos subtemas relevantes para comprender las barreras en la detección del maltrato: a) rol del profesional y b) cooperación profesional.

#### a) Rol del profesional

En este subtema, la mayoría de los entrevistados desconocieron el rol que debieron desempeñar para detectar el maltrato de personas adultas mayores. Algunos participantes infirieron que su deber fue canalizar los casos a trabajo social, ya que, su perfil fue el más adecuado para atender la situación. Por su parte, las enfermeras consideraron que su única responsabilidad fue medir la presión, el peso, la talla de cada paciente para recibir su consulta. Finalmente, los trabajadores sociales y los psicólogos solo pudieron intervenir si el médico le canalizaba al paciente. A continuación, se enuncian los argumentos al respecto:

*...a las trabajadoras sociales se les dejan los casos y se supone que ellas los deben de valorar y asistir...(MM50).*

*...como trabajo social ha llevado muchas pláticas sobre violencia, sobre equidad de género, entonces son ellas las que toman cartas en el asunto...(MH60).*

*...como ellas son las especialistas en estas situaciones (maltrato) ya ellas las canalizan al lugar que más convenga, el que más se necesita para mandar al paciente, ellas son nuestro gran apoyo...(MH60).*

*...primero sensibilizamos al paciente y al cuidador. si vemos que con esta intervención no llegamos a nada; pedimos apoyo a nuestra compañera psicóloga para ver qué es lo que está pasando...(E36F).*

*...al médico yo le digo lo que noto y ya él sabe que tiene que llenar la hoja de tamizaje...(EF50).*

*...dependiendo cómo vengan (persona adulta mayor) ya veo que hago...(PH42).*

#### b) Cooperación profesional

En este subtema, se identificó algunos de los participantes se mostraron renuentes al trabajo en equipo para detectar el maltrato de personas adultas mayores, ya que,

insistieron que es una actividad que le correspondía a trabajo social, incluyendo el llenado de algún instrumento. Otros refirieron que trabajo social consideró al problema como una situación familiar en la que no intervinieron. Otros, desconfiaron de la capacidad de sus compañeros para abordar el tema.

*...trabajo social le hace la entrevista al paciente y le llenan ese formato para ver si es cierto lo que yo estoy presintiendo. Ellas hacen todo...(MH56).*

*...trabajo social llegó a la conclusión de que era una cuestión familiar, que tenían que arreglar entre ellos...(MM50).*

*...todo se lo mando a trabajo social porque yo no sé si el psicólogo sea bueno o si se va a poner las pilas...(EM43).*

*...se supone que a trabajo social es el que le compete esa área y ellos tienen que orientarlos. Con quién tiene que acudir y a dónde. Además, porque trabajo social tiene que hacer un seguimiento...(EM58).*

*...Sería bueno que el DIF interviniera porque nosotros nos dedicamos a pura salud y nada más podemos plasmarlo en el expediente...(EF36).*

*...creen que trabajo social es el que debe atender exclusivamente esos casos...(TSM52).*

*...primero pasan con el médico (el adulto mayor) no entiendo yo ¿por qué los refieren conmigo? (PM30).*

*...tengo entendido que ellos(médicos) también tienen la obligación de hacer todo este papeleo, es decir, si llegan conmigo, yo tengo la obligación de seguir las normas oficiales, pero solo si llegan conmigo. Pero si llegan con el médico él se tiene que hacer responsable porque es su paciente, no yo, en ocasiones tengo que hacer lo que ellos no quieren...(PH42).*

#### IV.2.3 Barreras a nivel sociocultural

Las entrevistas arrojaron dos temas: 1) percepción con el subtema a) estereotipos. y el tema 2) creencias cuyo subtema fue a) problema privado.

## 1. "Percepción"

Los comentarios de los participantes sobre este tema, dieron origen al subtema denominado: a) estereotipos, los cuales fungieron como barrera para detectar el maltrato de personas adultas mayores.

### a) Estereotipos

Los profesionales de la atención de salud, externaron haberse sentido más cómodos tratando a las personas jóvenes que a las personas adultas mayores, incluso externan haber mostrado poco interés en las inquietudes de estos últimos. Los entrevistados expresaron lo que significa la vejez para ellos; sus comentarios mostraron estereotipos, en donde, la vejez fue sinónimo de enfermedad y declive en las funciones orgánicas de personas adultas mayores. También refirieron que trabajar con este tipo de población fue una actividad complicada por el desgaste biológico y creencias que la persona adulta mayor ha mostrado durante la consulta médica. Sus comentarios se muestran a continuación:

*...es desesperante trabajar con ellos, porque son como niños chiquitos, que tiene que estar uno detrás de ellos; porque muchos ya tienen algún tipo de discapacidad o están solos y hay que estarles explicando, informando, orientando...(MH31).*

*...las personas adultas mayores son percibidas como personas que van de bajada ya no los toman de cuenta...(EM36).*

*...existe una problemática psicosocial para trabajar con las personas adultas mayores por las ideas arraigadas que tienen... ...(EM36).*

*...es una etapa de la vida en donde tienes muchas carencias, principalmente en la salud, emocionales, económicas, ...ser viejo es tener muchas pérdidas...(TSM52).*

*...es una de las etapas en donde las personas se devalúan, ya no les damos valor...(TSM39).*

## 2. "Creencias "

En este tema se identificó el subtema a) problema privado.

### a) Problema privado

Los entrevistados comentaron que, el maltrato de personas adultas mayores es un tema que se gesta dentro del núcleo familiar, cuya problemática fue desconocida para ellos, por lo que, decidieron manejarlo con respeto y privacidad, para que la propia familia lo pudiera resolver. También, refirieron que el maltrato forma parte del estilo de vida de cada familia, una costumbre que ha pasado de una generación a otra y que, por lo tanto, profesionalmente, ellos no pueden interferir. A continuación, se muestran algunos:

*...el maltrato es visto como algo natural...(MM65).*

*...muchas de las familias que vemos son disfuncionales. Cada uno hace su vida y muchas veces se olvidan de sus papás, y los mismos adultos mayores lo aceptan porque así lo hicieron ellos...(MM50).*

*...en las familias encuentro historias de violencia o maltrato. Lo reconocen como parte de su vida. Alguna vez ellos han sido víctimas o victimarios. El maltrato es normalizado...(PM39).*

*...mi compañero trabajador social, puede formar redes de apoyo, pero hay veces que la misma gente no se presta...(EF36).*

*...es el pan nuestro de cada día en los adultos mayores...(EM65).*

*...yo pienso que es la población más agredida, porque hay muchas humillaciones, pero solo ellos saben porque lo permiten...(TSM47).*

*... hasta en un 70% de los adultos han de ser maltratados, pero solo ellos saben por qué lo permiten...(PH42).*

Los resultados expuestos, indican que existe un problema real para detectar el maltrato de personas adultas mayores a nivel individual, organizacional y sociocultural, el cual debe de ser atendido.

### 3 DISCUSIÓN

Con este estudio se corrobora la existencia de diversas barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores. Los resultados se encuentran relacionados con otras investigaciones, las cuales, generalmente se han enfocado en explorar el rol que cada profesional de la salud funge entorno a la detección del maltrato de personas adultas mayores; otros estudios incorporaron al personal de enfermería o trabajo social dentro de sus investigaciones (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Schiamburg y Gans, 2000) pero ninguno, involucró a todos los miembros del equipo multidisciplinario considerados como necesarios para detectar el maltrato de personas adultas mayores. Es por ello, que se ha considerado como una fortaleza del presente estudio, haber recopilado la perspectiva del profesional de medicina, enfermería, trabajo social y psicología, como elementos inseparables para explorar las barreras en la detección del maltrato de personas adultas mayores. En el cuadro 3 se muestran los temas y las barreras que fueron identificadas.

En el tema “formación”, los resultados del estudio confirman que el tema de vejez y maltrato no fueron contemplados en los planes de estudio de la carrera de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, lo cual se vislumbró en el quehacer profesional de los participantes. Al respecto, existen pocas investigaciones que ahondan sobre el tema, sin embargo, concuerdan que una de las barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores se fue generada dentro de las aulas, comenzando así, a minimizar la importancia del tema en la formación de cada profesional de la salud

(Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Schiamborg y Gans, 2000; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998).

El tema de “conocimiento”, reveló escasa conciencia sobre el maltrato de personas adultas mayores, los conceptos en torno al tema fueron poco concretos. El insuficiente entendimiento sobre las generalidades del maltrato (tipos de maltrato, signos y factores de riesgo) han fungido como barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores. Este resultado está de acuerdo con otros estudios que han concluido que es muy común que los profesionales de la salud confundan signos de maltrato con afecciones propias de la edad (Moya y Barbero, 2005; Kennedy, 2005).

Un hallazgo importante que este tema arrojó, fue el desconocimiento que los profesionales de la salud manifestaron sobre la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, en la que se hace referencia sobre la importancia de detectar casos de probable violencia hacia un miembro de la familia. Esta fue confundida con la Norma Oficial 045 que hace referencia a la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Nosocomiales. Este resultado en particular, reafirma que el maltrato de personas adultas mayores, ha sido minimizado y, por ende, poco atendido. Estos resultados se contraponen con los de otros estudios, los cuales han encontrado que los profesionales de salud conocen la normativa que se rige en sus países o estados, según corresponda, pero no la llevaban a cabo (Reingle, Cannell, Jetelina et al., 2016).



Con respecto al tema “personal”, los participantes del estudio mostraron actitudes poco favorecedoras para detectar casos de maltrato de personas adultas mayores. Los entrevistados se rehusaron a intervenir en temas sociales que, poco se relacionan con la salud. Externan, además, sentir miedo si llegasen a detectar maltrato ya que refirieron no sentirse apoyados por los directivos de las instituciones donde laboran. Este hallazgo está de acuerdo con otros estudios (Moya y Barbero, 2005; Schiamberg y Gans, 2000).

En el tema “procedimientos” se evidenciaron como barreras: el trabajo administrativo, tiempo de consulta y la privacidad. La carga de trabajo, no solo en la atención de un número obligatorio de pacientes, sino el llenado de diversos formatos generó que los profesionales de la salud no tuvieran oportunidad de detectar el maltrato de personas adultas mayores. Aunado a ello, debían respetar los tiempos de consulta estipulados por lo que, no atendieron el problema. Por otro lado, la falta de privacidad durante la consulta complicó detectar el maltrato, ya que, la persona adulta mayor ingresaba forzosamente con un familiar. Estos resultados fueron similares a otros estudios (Schmeidel, Daly, Rosenbaum et al., 2012).

En el tema “recursos”, los resultados indicaron que no todos los profesionales de la salud entrevistados conocían y mucho menos, utilizaban las guías de práctica clínica, los protocolos de actuación o formatos de tamizaje que su institución les había brindado, ya que, las consideraban inadecuados para detectar el maltrato. Otro hallazgo fue la necesidad que existe en contratar personal especializado para hacer frente al maltrato de personas adultas mayores. Estos resultados se contrastan con aquellos estudios que concluyen que los profesionales de la salud han utilizado al menos una vez las guías de

práctica clínica e instrumentos de tamizaje por lo que demandan la construcción de un instrumento único y universal para detectar el maltrato de personas adultas mayores, además, que su llenado sea fácil para cualquier profesionalista de la salud (Reingle, Cannell, Jetelina, et al., 2016; Rueda y Martin, 2011).

El tema “capacitación” concluyó que, las instituciones de salud no habían adiestrado a los profesionales de la salud sobre la detección del maltrato de personas adultas mayores; tampoco permitió que el personal se capacitara por sus propios medios. La ausencia de capacitación se reflejó en la habilidad que los profesionales de la salud mostraron para detectar el maltrato de personas adultas mayores. Estos resultados coinciden con los de otros estudios, en los cuales, reconocieron como barrera la escasa capacitación y su repercusión directa para detectar el maltrato de personas adultas mayores (Burnett, Achenbaum, Murphy, 2014; Rodríguez, Wallace et al., 2006).

En el tema “trabajo multidisciplinar”, se identificaron como barreras la ausencia de cooperación y confusión del rol que cada profesional de la salud tiene en la detección del maltrato de personas adultas mayores. Estos hallazgos, concuerdan con los resultados de otros estudios, los cuales, recomendaron fortalecer el trabajo en equipo para generar una mejor interacción con la víctima y el agresor, así como, desarrollar y coordinar el adecuado seguimiento (Anetzberger, 2017; Lachs y Pillemer, 2015; Bernal, Barbero y Gutiérrez, 2005).

El tema de “percepción” arrojó información valiosa sobre los prejuicios que los profesionales de la salud tienen sobre la vejez, en donde, consideraron a las personas adultas mayores como menos importantes que el resto de la sociedad dejando de lado los derechos que se les atribuye por el simple hecho de ser personas. Este tipo de barrera coincide con los resultados de otras investigaciones (Schiamberg y Gans, 2000; Blakely Dolon y May, 1993).

Finalmente, en el tema “creencias”, los resultados indicaron que los profesionales de la salud necesitaban concientización sobre el tema de maltrato de personas adultas mayores, ya que, percibieron al maltrato como un suceso normal dentro de la interacción habitual familiar que, probablemente había pasado de una generación a otra; por lo tanto, se tenía que resolver dentro de la esfera de lo privado sin la intervención de ellos. Se considera a este resultado como una barrera en la detección del maltrato de personas adultas mayores, las cuales, coinciden con los hallazgos de otros estudios (Schiamberg y Gans, 2000; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Blakely, Dolon y May, 1993).

### **Limitaciones del estudio**

Se encontró una limitación relevante durante la investigación, ya que, a pesar de haber informado a los entrevistados sobre las consideraciones éticas de la investigación, algunos de ellos estaban más dispuestos a expresar sus ideas sobre las barreras que se les presentan para detectar el maltrato de personas adultas mayores, ya que, algunos

aportaron más información, mientras que otros se abstuvieron de expresar sus opiniones al respecto, se cree que por miedo a represarías.

#### 4 CONCLUSIÓN

Las barreras que los profesionales de la salud externaron para detectar el maltrato de personas adultas mayores, fueron determinadas previamente por otros estudios realizados en diferentes escenarios. La clasificación de las barreras, también presenta variantes importantes de acuerdo al objetivo de cada estudio. Sin embargo, el presente trabajo, al ser único en su tipo, reafirmó que las barreras de los profesionales de la salud en la Ciudad de México son un problema universal, que debe ser atendido de inmediato de acuerdo a la especificidad de cada región.

Se considera que, para dar solución a este problema, es necesario reconocer el maltrato de personas adultas mayores como un problema de salud pública, dada su magnitud y gravedad. Los resultados presentados, refuerzan lo importante que es atender las necesidades que los profesionales de la salud externan para atender el maltrato de personas adultas mayores. Por otro lado, es urgente construir políticas públicas con base a la realidad que se vive en las instituciones de salud, generar órganos que se encarguen de vigilar el cumplimiento de las normas oficiales y leyes enfocados en proteger los derechos de las personas adultas mayores.

Para atender verdaderamente el maltrato de personas adultas mayores, es necesario implementar paulatinamente la práctica de la detección como una rutina de trabajo para prevenir el maltrato de personas adultas mayores en todas sus formas.

Bajo este panorama, se aprecia la existencia de un largo camino para atender las barreras en la detección del maltrato de personas adultas mayores, ya que, los recursos e intervención que el sector salud ha implementado es insuficiente, lo cual, se reflejó en la escasa de detección. También, será necesario contar con más investigaciones y publicaciones sobre este tema en México.

## 5 RECOMENDACIONES

Se espera que este estudio genere mayor interés sobre la importancia que tiene abordar las barreras para la detección del maltrato de personas adultas mayores, con ello, se enumeraran las propuestas para atender el problema, alguna de ellas, fueron sugeridas por los entrevistados:

1. Es necesario incorporar el estudio del maltrato de personas adultas mayores en las encuestas nacionales de salud, así como, en los planes nacionales de prevención de la violencia.
2. Es de suma importancia capacitar de forma regular a los profesionales de salud para que informen toda sospecha de casos de maltrato o abuso de personas adultas mayores, conforme a la legislación del país.
3. Es imperativo la creación de cursos específicos de educación y formación profesional sobre el maltrato de personas adultas mayores.
4. Identificar a aquellos profesionales de la salud que tienen mayor afinidad para trabajar con las personas adultas mayores, con el fin, de incorporarlos a proyectos específicos que atiendan el maltrato, e incentivar su intervención.

5. Generar la creación de equipos multidisciplinarios para la atención integral del maltrato de personas adultas mayores, respetando en la medida posible la confidencialidad del paciente.
6. Generar un instrumento de tamizaje rápido y fácil de requisitar por cualquier profesional de la salud Incentivar el trabajo que se realice con las personas adultas mayores.
7. Proporcionar apoyo institucional y jurídico a los profesionales de la salud que lleguen a detectar algún tipo de maltrato, con el fin, de proporcionarles seguridad sobre el procedimiento que van a realizar.
8. Apoyarse de los medios de comunicación, para vislumbrar el maltrato como un problema que no debe ser normalizado.
9. Se recomienda que las investigaciones venideras sobre este tema, repliquen los hallazgos del estudio en los otros dos niveles de atención para explorar la forma de intervención de cada nivel, frente al maltrato de personas adultas mayores.
10. Finalmente, la investigadora propone desarrollar proyectos que involucren a los profesionales de la salud interesados en el tema de maltrato de personas adultas mayores, así como, retomar las visitas domiciliarias, las cuales, han



son indispensables para hacer presencia en la comunidad y generar lazos de confianza y comunicación, especialmente con las personas adultas mayores, con el fin de abordar realmente el problema.

## 6 BIBLIOGRAFÍA

- Abyad, A. (1996). *Elder abuse: diagnosis, management, and prevention*. *Medical interface*,9(10), 97–101.
- Acierno, R., Cisler, M., Amstadter, B., Begle, M., Hernández, M. (2010). *Elder mistreatment and physical health among older adults: the South Carolina Elder Mistreatment Study*. *Journal of traumatic stress*, 23(4), 461–467.
- Adelman, R., Siddiqui, H., Foldi, N. (1998). *Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect*. En: M. Hersen y V.B. Van Hasselt. *Handbook of Clinical Geropsychology* (557-567). New York: Plenum Publishing Company.
- Ahmad, M., Lachs, M. (2002). *Elder abuse and neglect: What physicians can and should do*. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 69(10), 801-808.
- All, A. (1994) *Literature review: assessment and intervention in elder abuse*. *J Gerontological Nursing*:25-32.
- Álvarez,G., Ponce,R., Landgrave, S., Irigoyen, Coria., Buendía-Suárez, I. ( 2009). *Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una Clínica de Medicina Familiar y un Hospital General de la ciudad de México*. *Arch Med Fam.*;11(4):159-166.
- Anetzberger, G., Miller, C. (1999). *Impaired psychosocial function: Elder abuse and neglect*. In C.A. Miller, *Nursing care of older adults: Theory & practice* (3rd ed.) (pp. 612-653). Philadelphia: Lippincott.
- Anetzberger, G. (2000). *Caregiving: ¿Primary source or elder abuse?* *Generations*, 24 (11), 46-51.

Anetzberger, G. (2001). *Identificación y derivación del abuso de ancianos: la importancia de las herramientas de detección y los protocolos de derivación*. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13,3–22

Anetzberger, G., Dayton, C., Miller, C., McGreevey, J., Schimer, M. (2005). *Equipos multidisciplinarios en el manejo clínico de ancianos Abuso*. *Gerontólogo clínico*, 28: 1-2, 157-171.

Anetzberger, G. (2017). *Elder Abuse Multidisciplinary Teams*. In: Dong X. (eds) *Elder Abuse*. Springer, Cham.

Ansello, F., King, N., Taler, G. (1986). *El modelo de prensa ambiental: un marco teórico para la intervención en el maltrato a personas mayores*. En Pillemer, K., Wolf, R. (Eds.), *Elder abuse: Conflict in the family* (págs. 314–330). Dover, MA: Auburn House.

Asociación Médica Mundial. Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. (2002). *Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de ancianos*.

Baker A. A. (1977). *Granny battering*. *Nursing mirror and midwives journal*, 144(8), 65–66.

Bass, D., Anetzberger G., Ejaz F., Nagpaul K. (2001). *Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers*. *J Elder Abuse Neglect* 13(2):23-38.

Baumhover, L., Beall, C., Pieroni, E. (1990). *Elder abuse: an overview of social and medical indicators*. *Journal of health and human resources administration*, 12(4), 414–433.

- Bazo M. (2006). *Incidencia y prevalencia del maltrato hacia los mayores*. En: Cuesta, J. editor. *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Donostia, Gipuzkoa: Hurkoa Fundazioa, Instituto Vasco de Criminología; pp. 39-60.
- Beaulieu, M., Leclerc, N. (2006). *Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults*. *Journal of gerontological social work*, 46(3-4).
- Bennett, G., Kingston, P., Penhale, B. (1997). *The dimensions of elder abuse: Perspectives for practitioners*. Londres, MacMillan Press.
- Bernal, A., Barbero, Gutiérrez. J. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. *Observatorio de Personas Mayores*.
- Blakely, B., Dolon, R., (1991). The relative contributions of occupation groups in the discovery and treatment of elder abuse and neglect. *Journal of Gerontological Social Work*. 17 (1/2), 183-199.
- Blakely, B., Dolon, R., May, D (1993). *Improving the responses of Physicians to Elder abuse and Neglect: Contributions of a model Program*, *Journal Of Gerontological Social Work*. 19, (3/4) 35-47.
- Brandl, B., Horan, A (2002). *Domestic Violence in Later Life: An Overview for Health Care Providers*. *Women & Health*, 35 (2/3), 41-54.
- Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P., Mason, A., Henderson, C., Berman, J et al. (2015) *Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: a population based study*. *J Am Geriatr Soc*.63(9):1902–12.

- Burnett, J., Achenbaum, W., Murphy, K. (2014). *Prevención e identificación precoz del maltrato a personas mayores*. Clin Geriatr Med. 30 (4): 743-59.
- Chang, J., Decker, M., Moracco, K., Martin, S., Petersen, R., Frasier, P. (2003). *What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors*. J Am Med Women's Assoc. 58(2):76–81.
- Chen, R., Dong, X. (2017) *Risk Factors of Elder Abuse*. In: Dong, X. (eds) Elder Abuse. Springer, Cham
- Collins, M. (1982). *Improving protective services for older Americans: A national guide series: Social worker role*. Portland, ME: University of Southern Maine, Center for Research and Advanced Study.
- Dong, X., Simon, M. A., Gorbien, M., Percak, J., Golden, R. (2007). *Loneliness in older chinese adults: a risk factor for elder mistreatment*. Journal of the American Geriatrics Society, 55(11), 1831–1835.
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. (2002). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Ciudad de México, México.
- Consejo de Salubridad General. (2013). *Detección y manejo del maltrato de personas adultas mayores. Evidencias y recomendaciones. Catálogo Maestro de Práctica clínica*. México.

- Dong,X., Chen, R., Chang, E., Simon, M. (2012). *Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy—a mini review*. Gerontology. 59(2):132–42.
- Dong, X., Chen, R., Chang, E., Simon, M. (2013). *Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-a mini review*. Gerontology. 2013;59(2):132–42.
- Dong, X., Simon, M. (2013). *Association between elder abuse and use of ED: Findings from the Chicago Health and Aging Project*. Am J Emerg Med.31:693–698.
- Dong, X., Chang, E., Zeng, P., Simon, M. (2015). *Suicidio en la población mundial que envejece en China: una revisión de los factores de riesgo y de protección, las consecuencias y las intervenciones*. Envejecimiento 6: 121-130.
- Douglass, R., Hickey, T., Noel, C. (1980). *A study of maltreatment of the elderly and other vulnerable adults*. Ann Arbor, University of Michigan Institute of Gerontology.
- Ejaz, F. K., Rose, M., Reynolds, C., Bingle, C., Billa, D., & Kirsch, R. (2020). *A Novel Intervention to Identify and Report Suspected Abuse in Older, Primary Care Patients*. Journal of the American Geriatrics Society,68(8), 1748–1754. <https://doi.org/10.1111/jgs.16433>
- Ferlie, E., Shortell, S. (2017). *Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change*. Milbank Q. 2001;79(2):281–315.
- Fernández, M. (2006). *Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I)*. Aten Primaria. 2006;37(1):56-59.

- Friedman, L., Avila, S., Tanouye, K., Joseph, K. (2011). *A case-control study of severe physical abuse of older adults. Journal of the American Geriatrics Society.* 59(3), 417–422.
- Fulmer, T., O'Malley, T. (1987). *Atención inadecuada a los ancianos: una perspectiva de la atención de la salud sobre el abuso y la negligencia.* Nueva York: Springer.
- Gerson, L., Schelble, T., Wilson, J. (1992). *Using paramedics to identify at-risk elderly.* *Annals of emergency medicine,* 21(6), 688–691.
- Giacomini, K., Cook, J. (2000). *Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group.* *JAMA,* 284(3), 357–362. <https://doi.org/10.1001/jama.284.3.357>.
- Gil, A., Kislaya, I., Santos, J., Nunes, B., Nicolau, R., Fernández, A. (2015). *Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. Journal of elder abuse & neglect.* 27(3), 174–195.
- Giraldo, L. (2006). *Análisis de la información estadística. Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el distrito federal.* La Esperanza: Gobierno del Distrito Federal. [http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/analisi\\_estadistico\\_sobre\\_maltrato\\_a\\_adultos\\_mayores.pdf](http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/analisi_estadistico_sobre_maltrato_a_adultos_mayores.pdf).
- Giraldo, L. (2019) *Maltrato en la vejez: caracterización y prevalencia en población mexicana.* *Notas de Población,* N° 109. CEPAL, pp. 120-145.
- Gómez, R., Licely, Rodríguez A., Krug E. (2007). *Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México).* *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(1):27-34.

González-Block, A. (1997). La descentralización de la Secretaría de Salud de México. El caso de los sistemas locales de salud 1989-1994 [The decentralization of the Secretaría de Salud de México. The case of local health systems 1989-1994]. *Gaceta medica de Mexico*, 133(3), 183–193.

Gracia-Ibáñez, Jorge. (14 de diciembre 2011). *El maltrato familiar hacia las personas mayores: algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas* (Elder Abuse in the Family: Some Thoughts about the Field and Its Blurred Limits). Serie Sociojurídica de Oñati, Vol.1, No. 8.

Gray-Vickrey, P. (2000). *Combating abuse, Part I. Protecting the older adult*. *Nursing*, 30(7), 34–38.

Henderson, D., Buchanan, J. A. Fisher, J. E. (2002). *Violence and the elderly population: Issues for prevention*. En: P.A. Schewe (Ed). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Hoffler, F., Clark, E., Jackson, E., Flynn, M., Whitaker, T., Davis, K., Zlotnik, J. (2012). *Social Works matter*. Washington, DC: NASW Press.

Homer, A., Gilleard, C. (1990). *Abuse of elderly people by their carers*. *Brit Med J*. 301: 998-9.

Hooymann, Nancy. *Movilización de redes sociales para prevenir el abuso de ancianos*, *fisioterapia y terapia ocupacional en geriatría*, 2: 2, 21-35, DOI:

Hooymann, N., Kiyak, H. (2005). *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. Boston, MA: Allyn and Bacon.



Hudson, F. (1986). *Elder Mistreatment: Current Research*. En: K.A. Pillemer, K., Wolf, F. Elder Abuse. Conflict in the Family. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.

Jones., J., George, W., Jon, R. (2017) *To report or not to report: Emergency services response to elder abuse*. Prehosp Disaster Med.10:96–100.

Kennedy, D. (2005). *Abuso y abandono de ancianos: la experiencia, el conocimiento y las actitudes de los médicos de atención primaria*. Medicina Familiar.37: 481–485.

Krueger, P., Patterson, C. (1997). *Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care*. *The Research Subcommittee of the Elder Abuse and Self-Neglect Task Force of Hamilton-Wentworth*. CMAJ. Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 157(8), 1095–1100.

Lachs, M., Pillemer, K. (2004). *Elder abuse*. *Lancet*. 364:1263–72.

Lachs, M., Pillemer, K. (1995). *Abuse and neglect of elderly persons*. *The New England journal of medicine*, 332(7), 437–443.

Lafata, J., Helfrich, C.A. (2001). *The Occupational Therapy Elder Abuse Checklist*. En Helfrich, C. *Domestic Abuse Across the Lifespan: The Role of Occupational Therapy*. The Haworth Press, Inc.

Lau, E., Kosberg, J. (1979). *Abuse of the elderly by informal care providers*. *Aging*, 228 (10) p. 5.

Ley General de Salud (2009). *Ley de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores*. México.

- Lithwick, M. (1999). *The dynamics of senior mistreatment and the options for intervention*. In Pitchard, J. (ed), *Elder abuse work: Best Practice in Britain and Canada*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Macinko, A., James, C., Montenegro, E., Hernán, C. (24 de marzo 2007) *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. *Rev Panam Salud Publica*;21(2/3) 73-  
Retrieved from
- McCreadie, C., Bennett, G., Gilthorpe, M. S., Houghton, G., Tinker, A. (2000). *Elder abuse: do general practitioners know or care?*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(2), 67–71.
- McKibbin, K. A., & Gadd, C. S. (2004). *A quantitative analysis of qualitative studies in clinical journals for the 2000 publishing year*. *BMC medical informatics and decision making*, 4, 11.
- Melchiorre, M., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., Ioannidi-Kapolou, E., Barros, H., Macassa, G., Soares, J. (2013). *Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries*. *PloS one*, 8(1), e54856. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>
- Méndez, P., Valdez, R., Viniegra, L., Rivera, L., Salmerón, J. (2003). *Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Morelos, México [Violence against women: knowledge and attitudes of the the medical staff at the Mexican Institute of Social Security, Morelos, Mexico]. *Salud Pública de Mexico*, 45(6), 472–482.

- Miller, WL., Crabtree R. (1999) *The Dance of Interpretation*. En: Crabtree, F., Miller, L., editors. Doing Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oak: Sage Publications Inc.
- Mosqueda, L., Dong, X. (2011). *Elder abuse and self-neglect: "I don't care anything about going to the doctor, to be honest."*, JAMA, 305(5),532-540.
- Mowlam, A., Tennant, R., Dixon, J., McCreadie, C. (2007). *Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings*. London, England: The National Centre for Social Research; 2007.
- Moya, Barbero, Coord. (2005). *Malos tratos a personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, Madrid.
- Murray, S. (2000). *Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study*. BMJ (Clinical research ed.), 321(7275), 1501–1505. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7275.1501> N
- Namoodri, L., Rosen, T., Dayaa, J., et al. (2018). *Elder Abuse Identification in the Prehospital Setting: An Examination of State Emergency Medical Services Protocols*. J Am Geriatr Soc.66(5):962-968.
- Norma Oficial Mexicana **NOM-046-SSA2-2005**. (2005). *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Secretaria de Salud. México. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- O'Brien, G. (2010). *A physician's perspective: elder abuse and neglect over 25 years*. Journal of elder abuse & neglect. 22(1-2), 94–104.

- Ogg, J., Bennett, G. (1992). *Elder abuse in Britain*. BMJ (Clinical research ed.),305(6860), 998–999. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6860.998>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009). *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*. Washington: OMS/OPS:3-5.
- Palinscar, J., Cobb, Crouse, J. (1982). *The physician's role in detecting and reporting elder abuse*. Journal of legal Medicine, 3, 413-442.
- Perel-Levin, Petrelli M. (2016). *La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Penhale, B. (2009). *Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample*. Archives of gerontology and geriatrics, 49(1), 17–21.
- Phillips, L. (2000). *Domestic violence and aging women*. Geriatric nursing (New York, N.Y.),21(4), 188–195.
- Phillips, LR., Rempusheski, V. (1986). *El cuidado del anciano frágil en el hogar: hacia una explicación teórica de la dinámica del cuidado familiar de mala calidad*. Advances in Nursing Science, 8 (4), 62–84.
- Pillemer, K., Prescott, D. (1988). *Psychological effects of elder abuse: a research note*. J Elder Abuse Negl;1(1):65-73.
- Pillemer, K., Connolly, M., Breckman, R., Spreng, N., Lachs, M. (2015). *Elder mistreatment: priorities for consideration by the white house conference on aging*. The Gerontologist. 55(2), 320–327.

- Podnieks E. (1985). *Elder abuse: it's time we did something about it*. The Canadian nurse, 81(11), 36–39.
- Quinn, M., Tomita, S. (1997). *Springer series on social work. Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies (2nd ed.)*. Springer Publishing Co.
- Rathbone-McCuan, E., Voyles, B. (1982). *Case detection of abused elderly parents*. The American journal of psychiatry. 139(2), 189–192.
- Reay, A., Browne, K. (2002). *The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents*. Journal of Interpersonal Violence, 17(4), 416-431.
- Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano [INPEA]. (octubre 2002) *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores*. Toronto.
- Reingle., J., Cannell, M., Jetelina.K. et al. (2016) *Barriers in detecting elder abuse among emergency medical technicians*. BMC Emerg Med 16, 36.
- Ribeiro., J. Souza, N., Costa, A. (agosto 2016). *Qualitative research in the area of health: the whys and wherefores*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(8):2324.
- Rinker, A., (2009). *Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers*. Arch Gerontol Geriatr.48:110–115.
- Rodríguez, M., Wallace, P., Woolf, H., Mangione, C. (2006). *Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place*. Ann Fam Med. 4:403-409.

- Rodríguez, A., Wallace, S., Woolf, N., (2006). *Mangione CM. Reporte obligatorio de maltrato a personas mayores: entre una roca y un lugar difícil*. Ann Fam Med.4 (5): 403
- Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Roepke-Buehler, S., Simon, M., Dong, X. (2015). *Association Between Depressive Symptoms, Multiple Dimensions of Depression, and Elder Abuse: A Cross-Sectional, Population-Based Analysis of Older Adults in Urban Chicago*. Journal of aging and health, 27(6), 1003–1025. <https://doi.org/10.1177/0898264315571106>
- Rosen, T., Lien, C., Stern, M., Bloemen, E., Mysliwicz, R., McCarthy, J., Clark, S., Mulcare, M., Ribaldo, D., Lachs, M., Pillemer, K., Flomenbaum, N. (2017). *Emergency Medical Services Perspectives on Identifying and Reporting Victims of Elder Abuse, Neglect, and Self-Neglect*. The Journal of emergency medicine.53(4), 573–582.
- Rueda, José., MARTÍN, Francisco. (2011) *El maltrato a personas mayores: instrumentos para la detección del maltrato institucional*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 18 ISSN 1133-0473, pp. 7-33
- Sancho, María., Pérez-Rojo, Gema., Aranda, María., Yuste, Antonio. (2004). *Malos Tratos a Personas Mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), España.
- Schiemberg, L., Gans, D. (2000). *Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life*. International journal of aging & human development,50(4), 329–359.

- Schmeidel, A., Daly, J., Rosenbaum, M., Schmuch, G., Jogerst, J. (2012). *Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. Journal of elder abuse & neglect.* 24(1), 17–36.
- Schofield, M. (2017). *Screening for Elder Abuse: Tools and Effectiveness.* En: Dong, X. (eds) *Abuso de ancianos.* Springer, Cham.
- Segal, S., Iris, A. (1989). *Strategies for service provision: The use of legal interventions in a systems approach to casework.* In Filinson, R., Ingman R. (Eds.). *Elder abuse: Practice and policy* (pp. 104-116). New York: Human Sciences Press.
- Sengstock, M., O'Brien, J. (2002). *Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals.*
- Steadman, P., Tremont, G., Davis, J. D. (2007). *Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. Journal of geriatric psychiatry and neurology.* 20(2), 115–119. <https://doi.org/10.1177/0891988706298624>
- Tatara, T. (1995). *An analysis of state laws addressing elder abuse, neglect, and exploitation.* Washington, DC: National Center on Elder Abuse, (NCEA).
- Taylor, J., Bogdan, R. (1998). *La observación participante. Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Buenos Aires: Paidós Básica.
- United Nations World Assembly on Ageing. (Abril 2002). *Declaration of the rights of older persons.* Madrid.
- Wallace R.B., Crabb V.L. (2017) *Toward Definitions of Elder Mistreatment.* In: Dong X. (eds) *Elder Abuse.* Springer, Cham

Wilber, K., Nielsen, E. (2002). *Elder abuse: New approaches to an age-old problem*. The Public Policy and Aging Report, 12(2), 1, 24-27.

Wolf, R. (2003) *Abuso y negligencia de ancianos: historia y conceptos*. En: Panel del Consejo Nacional de Investigación (EE. UU.) Para revisar el riesgo y la prevalencia del abuso y la negligencia de los ancianos; Bonnie RJ, Wallace RB, editores. *Maltrato a ancianos: abuso, negligencia y explotación en una América que envejece*. Washington (DC): National Academies Press (Estados Unidos). APÉNDICE C.

XLI Asamblea Médica Mundial. (septiembre de 1989). *Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos*. Hong Kong. Japón.

Yon, Y., Mikton, R., Gassoumis, D., Wilber, H. (2017). *Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Glob Health*. 5(2): e147-e156. doi:10.1016/S2214-109X (17)30006-2



## 7 ANEXO 1

Entrevista semi-estructurada a profesionales de la salud

Título de la Investigación: “**Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud**”.

La presente investigación busca analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención y a la violencia, para elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

### 1. Datos biográficos

- 1.1. Edad
- 1.2. Sexo
- 1.3. Estado civil
- 1.4. Lugar de nacimiento (estado/país)
- 1.5. Delegación y colonia de residencia
- 1.6. Cargo actual en el Centro de Salud
- 1.7. Tiempo que lleva trabajando en el Centro de Salud
- 1.8. Otros trabajos que realiza actualmente

### 2. Antecedentes profesionales

- 2.1. Formación profesional
- 2.2. Motivos que lo/la llevaron a escoger la carrera
- 2.3. Cursos y especializaciones
- 2.4. Capacitaciones en geriatría y/o gerontología
- 2.5. Tiempo de ejercicio de la profesión

### 3. Trabajo con personas adultas mayores

- 3.1. Tiempo que lleva trabajando con personas adultas mayores  
¿Cómo o en qué circunstancias se da la posibilidad de venir a trabajar con adultos mayores?  
¿Pudo usted elegir?
- 3.2. Percepciones sobre las diferencias de trabajar con personas adultas mayores respecto de otros grupos de edad:  
¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con adultos mayores?

¿Cuál es la particularidad de atender a adultos mayores?

¿Qué dificultades y qué ventajas representa en comparación con el trabajo con otros grupos de edad?

- 3.3. Percepciones sobre problemáticas (Psicosociales) cuando se trabaja con personas mayores:  
Los médicos (profesionales de la salud: médicos/trabajadoras sociales/etc) viven expuestos a grandes cargas de trabajo y de estrés, ¿considera que esto puede acentuarse o reducirse al trabajar con adultos mayores?  
¿Considera que hay alguna problemática psicosocial relacionada con el trabajo con adultos mayores (estrés, insatisfacción laboral, cansancio, etc.)? o ¿Cuáles problemáticas (Psicosociales) son más frecuentes cuando se trabaja con personas mayores?

#### **4. Vejez**

- 4.1. Percepciones sobre la vejez:  
Para usted, ¿qué significa ser un adulto mayor? ¿Qué define o distingue a alguien como adulto mayor? ¿Qué es la vejez?
- 4.2. Opinión sobre las personas adultas mayores que atiende en el Servicio de Salud:  
En términos generales ¿Cuáles son las principales características de los adultos mayores que atiende en este servicio de salud?  
¿Hay alguna particularidad en los adultos mayores que atiende este Centro de Salud?
- 4.3. Opinión sobre la estigmatización de las personas adultas mayores:  
En general, ¿cómo cree que las personas perciben a los adultos mayores en nuestra sociedad?  
¿Hay ideas negativas sobre los adultos mayores? ¿Usted considera que hay algo de justificado en estas ideas?
- 4.4. Creencias sobre la salud física y mental en la vejez:  
¿De qué manera afecta el envejecimiento a la salud física y mental?  
Del total de personas adultas mayores que viven en México, sabe usted, aproximadamente ¿cuántos adultos mayores tienen problemas de salud mental?
- 4.5. Creencias sobre el carácter-personalidad y motivación-social de las personas adultas mayores: ¿Considera que el envejecimiento afecta el carácter y la personalidad de los adultos mayores? ¿Considera que hay actividades que los adultos mayores no pueden o no deben realizar por su edad? ¿Por qué?

#### **5. Experiencia profesional con relación a la violencia familiar hacia las personas adultas mayores**

- 5.1. Conocimiento sobre la violencia hacia personas adultas mayores:  
Usted considera ¿que al igual que los niños y las mujeres los adultos mayores sufren violencia intrafamiliar?

- ¿Qué conductas consideraría usted como violentas hacia un adulto mayor?  
¿Ha tenido que atender casos de violencia contra adultos mayores? ¿Cuál es su experiencia en relación a esta cuestión? ¿Cómo logra llegar a identificar estos casos de violencia? ¿En alguno de estos casos hubo familiares responsables de la violencia?
- 5.2. Principales causas y consecuencias de la violencia hacia personas adultas mayores:  
¿Cuáles cree usted que son las causas de la violencia contra los adultos mayores?  
¿Cómo afecta la violencia familiar al adulto mayor?
- 5.3. Conocimiento de los elementos / factores que están presentes en la familia para que se de violencia hacia las personas adultas mayores:  
En su concepto, ¿qué situaciones en el hogar podrían causar violencia contra los adultos mayores?
- 5.4. Discursos e ideologías que promueven los profesionales de la salud a la hora de identificar y diagnosticar violencia hacia personas adultas mayores:  
Si usted debe atender a un adulto mayor que sospeche que ha sido víctima de violencia, ¿Qué haría? ¿Qué recomendaciones o consejos le daría?  
¿Cómo afecta la violencia familiar hacia las personas mayores a su práctica profesional? ¿Por qué?
- 5.5. Herramientas utilizadas:  
¿Qué herramientas utiliza para identificar casos de violencia contra adultos mayores?  
¿Qué situaciones le harían sospechar de violencia hacia un adulto mayor?
- 5.6. Atención de la violencia a partir de un caso de sospecha o detección:  
Me podría contar, en caso de sospecha ¿cómo atiende o atendería usted un caso de violencia hacia un adulto mayor?
- 5.7. Manejo en el ambiente de trabajo de los casos de violencia hacia las personas adultas mayores:  
En este servicio de salud ¿se sigue algún procedimiento específico para manejar los casos de violencia hacia los adultos mayores?
- 5.8. Identificación de barrera a la hora de atención de la violencia:  
¿Qué obstáculos o dificultades enfrenta usted a la hora de atender un caso de violencia hacia un adulto mayor?
- 5.9. Consecuencias de la violencia intrafamiliar para las personas mayores:  
¿Qué consecuencias cree que puede tener la violencia hacia los adultos mayores?
- 5.10. Percepción de la forma como afecta la violencia hacia personas adultas mayores a la práctica profesional:  
¿Considera que los casos de violencia hacia los adultos mayores pueden afectar la práctica profesional de los (mencionar el tipo de profesional de la salud: médicos, trabajadora social, etc.)? ¿Usted se ha sentido afectado (a) por estos casos?
- 5.11. Conocimiento de las normas oficiales, de la guía de práctica clínica:

¿Conoce normas oficiales para el tratamiento de casos de violencia hacia los adultos mayores? ¿Conoce la guía de práctica clínica para atender este tipo de casos?

5.12. Conocimiento de servicios sociales internos y externos al Servicio de Salud:

¿Tiene conocimiento de servicios sociales que brinde este Centro de Salud para tratar casos de violencia hacia adultos mayores?

¿Conoce servicios sociales externos a este Centro de Salud que puedan atender estos casos de violencia?

5.13. Sugerencias para la atención integral de la violencia hacia personas adultas mayores:

Desde su punto de vista, ¿Qué necesitan los profesionales de la salud para atender de manera integral los casos de violencia hacia personas adultas mayores?

¿Qué sugerencias haría usted a otros colegas y al personal de los centros de salud para atender los casos de violencia hacia personas adultas mayores?

¿De qué manera considera que se podría reducir esta problemática?

## 8 ANEXO 2

### Carta de consentimiento informado para profesionales de la salud

**Justificación y Objetivos:** Con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores, las instituciones de salud tienen la obligación de realizar estudios que analicen y evalúen las necesidades de salud de las personas desde una perspectiva integral y dinámica, teniendo en cuenta el contexto social y cultural que afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, tiñen el quehacer de los profesionales de la salud. En este sentido, el presente estudio se propone conocer y analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención a la salud y a la violencia en el ámbito familiar, con el fin de elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

**Beneficios:** Los resultados de este estudio contribuirán a mejorar la calidad de los servicios de salud y a brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores que viven situaciones de violencia para reducir los efectos de la misma. Asimismo, se desarrollará un protocolo de atención integral de la violencia el cual se acompañará de un programa de capacitación, sensibilización y transformación de imaginarios como son los estereotipos negativos hacia la vejez, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista, la cual previo a su consentimiento, será grabada en audio. La entrevista contiene preguntas sobre usted, sobre lo que piensa de la institución y la atención de personas adultas mayores, así como, acerca de lo que piensa sobre la vejez y sobre el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar. Respecto a este último, se le preguntará sobre las barreras y estrategias que desde su punto de vistas existen para detectar y atender una situación de violencia en la práctica clínica. La entrevista puede durar entre 45 a 60 minutos.

La entrevista que le realizaremos en ningún momento cuestionará su labor como profesional de la salud y la información que usted nos proporcione contribuirá a diseñar estrategias para brindar un adecuado manejo de los casos de pacientes adultos mayores con situaciones de violencia.

#### **Esta parte debe ser completada por el Investigador:**

He explicado al(la) Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza, los propósitos de la investigación, los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

---

**Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez**

**Esta parte debe ser completada por el participante:**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Por ello, mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, si decido participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mí en caso de no aceptar la invitación, no tendré que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibiré pago por mi participación.

La información obtenida en este estudio en especial la referente a mis datos personales, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y resguardada en la Institución.

Lugar, \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_.

Acepto participar en el estudio de investigación: **Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud.**

Sí (  )                      No (  )

---

**Nombre y firma del participante y/o de la  
persona responsable o tutor**

---

**Nombre y firma del testigo**

---

**Nombre y firma del testigo**

En caso de dudas o aclaraciones referente al estudio comunicarse con el investigador responsable: Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez, Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Geriátría, Periférico Sur No. 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras, Distrito Federal. Teléfono 50621600 y 50621700 Extensión 59520. Correo electrónico: [martha.giraldo@salud.gob.mx](mailto:martha.giraldo@salud.gob.mx)

En caso de dudas sobre sus derechos como participante del estudio, usted tiene acceso al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriátría a través de la

Secretaria del Comité. Mtra. Beatriz Mena Montes correo electrónico: [inger.cei@gmail.com](mailto:inger.cei@gmail.com) Tel. 50621700 Ext. 59521.

*(La información obtenida en este estudio sobre la identidad del participante así como todos los datos personales, representan información confidencial, de conformidad con el artículo 18, 19 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental.)*

**Entregar una copia firmada y fechada de esta forma de Consentimiento Informado al Profesional de la Salud.**