

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Detección y Manejo del
Maltrato en el Adulto Mayor en
Primer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-057-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

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

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como Guía de Práctica Clínica, **Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención**, México: Secretaría de Salud; **2008**.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

T 74 X Síndrome del Maltrato

Guía de Práctica Clínica
Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor
En Primer Nivel de Atención

Autores:

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| Dr. José Antonio Espíndola Lira | Médico Internista y Geriatra | | Adscrito al Servicio de Medicina Interna del HGR 72 Tlalnepantla Delegación Estado de México. |
| Dr. Juan Flores Montes de Oca | Médico familiar y Gerontólogo | | Adscrito a la UMF 140 Delegación DF Sur |
| Lic. Lucia Hernández Amezcua. | Especialista en Nutrición Clínica | Instituto Mexicano del Seguro Social | Adscrita al Servicio de Nutrición de la UMF/UMAA 161. Delegación DF Sur |
| Dra. Ana Hortensia López Ramírez | Medica familiar | | Adscrita a la UMF 1. Delegación Aguascalientes |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro | Médica Pediatra Neonatóloga | | Coordinadora de Programas Médicos de la División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| | | | |
| Validación Interna | | | |
| Dra. Natividad Hernández Laynes | Medica familiar | | Adscrito a la UMF 13 Delegación Distrito Federal Norte. |
| Dra. Patricia Martínez Guillen | Medica Internista y Geriatra | Instituto Mexicano del Seguro Social | Adscrita al Servicio de Medicina Interna del HGR 72 Tlalnepantla Delegación Estado de México. |
| Dr. Pablo Romero Garibay | Médico familiar | | Adscrito a la UMF 9 Acapulco Guerrero. |
| Validación Externa | | | |
| Dr. Oscar Rosas Carrasco | Médico Internista y Geriatra | Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Subirán" Secretaría de Salud | Adscrito al departamento de Geriatría del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de Salud |
| Dra. Sara Aguilar Navarro | Medica Internista y Geriatra | | Adscrito al departamento de Geriatría del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de Salud |

ÍNDICE:

| | |
|---|----|
| 1. Clasificación..... | 5 |
| 2. Preguntas a responder por esta Guía..... | 7 |
| 3. Aspectos Generales..... | 8 |
| 3.1 Justificación..... | 8 |
| 3.2 Objetivo de esta Guía..... | 9 |
| 3.3 Definición..... | 9 |
| 4. Evidencias y Recomendaciones..... | 10 |
| 4.1 Detección..... | 11 |
| 4.1.1 Interrogatorio..... | 11 |
| 4.1.2 Exploración Física..... | 15 |
| 4.1.3 Diagnóstico Integral de Acuerdo al Tipo de Abuso..... | 18 |
| 4.1.4 Evaluación Complementaria para Identificar el Maltrato..... | 20 |
| 4.1.5 Pruebas Diagnósticas..... | 22 |
| 4.2 Manejo..... | 22 |
| 4.2.1 Recomendaciones generales..... | 22 |
| 4.3 Criterios de Referencia..... | 25 |
| 5. Definiciones Operativas..... | 29 |
| 6. Anexos..... | 32 |
| 6.1 Sistemas de niveles de evidencias y gradación de recomendaciones..... | 32 |
| 6.2 Anexos Clínicos..... | 35 |
| 7. Bibliografía..... | 41 |
| 8. Agradecimientos..... | 42 |
| 9. Comité Académico..... | 43 |
| 10. Directorio..... | 44 |
| 11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica..... | 45 |

1. CLASIFICACIÓN

| Registro IMSS-057-08 | |
|---|--|
| PROFESIONALES DE LA SALUD que participa en la atención (Consultar anexo IX Metodología) | Médico familiar, Médico general, Enfermera, Médico internista, Gerontólogo, Geriatra, Trabajadora social, Asistente medica y Nutrióloga |
| CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD | CIE 10 T 74 X Síndrome del Maltrato |
| CATEGORÍA DE GPC (Consultar anexo IX Metodología) | Primer nivel de atención Detección Manejo |
| USUARIOS POTENCIALES (Consultar anexo IX Metodología) | Médico familiar, Médico general, Enfermera, Médico internista, Gerontólogo, Geriatra, Trabajadora social, Asistente medica y Nutrióloga |
| TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA | Instituto Mexicano del Seguro Social/Coordinación de UMAE/División de Excelencia Clínica. México D.F. HGR 72 Tlalnepantla Delegación Estado de México. UMF/UMAA 161. Delegación DF Sur UMF 140 Delegación DF Sur UMF 1 Delegación Aguascalientes UMF 13 Delegación Distrito Federal Norte. UMF 9 Acapulco Guerrero. Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de Salud |
| POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología) | Hombres y Mujeres \geq 60 años |
| FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS | Detección Oportuna - Interrogatorio - Exploración física - Laboratorio y gabinete Manejo del adulto mayor con sospecha o confirmación de maltrato. Criterios de envío a: - Trabajo social - Segundo nivel (Traumatología y Ortopedia, Psiquiatría, psicología, medicina interna, geriatría, gerontología.) - Ministerio Público - Casas de asistencia o asilos Mejorar de la calidad de vida |
| IMPACTO ESPERADO EN SALUD | Disminuir el número de adultos mayores que sufren de maltrato Implementar medidas para evitar el maltrato al adulto mayor Referencia oportuna y efectiva del adulto mayor que está siendo maltratado a las instancias correspondientes Satisfacción con la atención Mejorar la calidad de vida del adulto mayor y de su cuidador |
| METODOLOGÍA Este apartado tendrá la misma redacción en todas las GPC, lo que cambiara será lo que esta señalado en amarillo | Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 19 Guías seleccionadas: del período 2002- 2006 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones |

| | |
|---------------------------------|--|
| MÉTODO DE VALIDACIÓN | Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión externa : |
| CONFLICTO DE INTERES | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés |
| REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN | REGISTRO IMSS-057-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i> |

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

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

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El maltrato al adulto mayor es problema social que fue reconocido hace pocos años, y no por que antes no existiera, sino porque siempre ha sido un problema “oculto”. A veces los ancianos no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades en la detección ya que en la mayoría de los casos ellos son quienes realizan el maltrato. (Fernández. 2002).

En España las cifras más altas de maltrato corresponden a ancianos atendidos por los servicios sociales (35%) y a hospitalizados (8.5%). Se estima que en el 90% de los casos el causante es un miembro de la familia, generalmente cónyuge o hijo adulto. (Barbero 2005).

En encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá, y Reino Unido, encontraron que entre el 3 y 6% de las personas mayores de 65 años son víctimas del maltrato físico, psicológico, o abandono en forma continua. Es muy difícil hacer estimaciones pero se cree que, menos de uno de cada cinco casos se denuncian, debido a que la víctima lo oculta o minimiza el problema (Sellas MI. 2004).

El maltrato al adulto mayor atraviesa fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas.

En México en la década de los 90s' se realizó un estudio exploratorio en los municipios de Cuernavaca, Hermosillo y Villahermosa, con una muestra de 3600 hogares los datos mostraron que el 8.2% de los adultos mayores habían sufrido maltrato, siendo el más frecuente el de tipo psicológico (Fernández AM. 2002).

En 1996 el Heraldo de México publicó los resultados de una encuesta que realizó con el fin de identificar violencia intrafamiliar, reportó que 568 madres de familia vivían permanentemente con agresiones, entre las cuales se encontraban adultas mayores. 326 dijeron que nunca habían solicitado ayuda, 166 respondieron que solicitaron ayuda a instituciones públicas y 76 a instituciones privadas. De las personas que no solicitaron ayuda, 147 no quisieron dar a conocer su motivo, 81 dijeron no saber a dónde o a quién acudir, 58 explicaron que no tenían dinero para pagar, 30 que tienen miedo a represalias contra ellas por parte de su marido o hijos y 4 no denunciaron por vergüenza. (Caritas bienestar del adulto mayor IAP)

En el año 2006 se realizó una encuesta a personas adultas mayores de la Ciudad de México, que incluyó 618 adultos mayores, la cual reportó una prevalencia de algún tipo maltrato en este grupo de edad del 16.2%, maltrato psicológico 12.7%, abuso sexual 0.9%, maltrato económico 3.9%, maltrato físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5%. (EMPAM-DF, 2006).

Los profesionales de la salud aún no están sensibilizados para que durante la consulta médica del adulto mayor, indaguen respecto a la condición de maltrato.

Los recursos sociales para dar solución a este problema, una vez detectado, son en la actualidad escasos.

En el futuro cercano la población de adultos mayores será cada vez mayor y el problema del maltrato incrementará a la par, si no se atiende.

Se requiere que los profesionales de la salud puedan disponer de información, sintetizada, organizada y actualizada para poder detectar, prevenir y actuar ante estas situaciones. El médico general y familiar necesita entonces, tener los conocimientos para la detección y manejo del maltrato, de la que son víctimas los adultos mayores.

Los datos estadísticos en la actualidad no reflejan la realidad del maltrato en el adulto mayor, por lo que es prioritario identificarlo para conocer su verdadera magnitud y entonces poder prevenirlo y atenderlo de forma eficaz.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar la detección y el manejo del maltrato en el adulto mayor.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

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

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

Esta guía pone a disposición del personal del Segundo y Tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar y consensuar el abordaje de la detección y el manejo del maltrato en el adulto mayor. en el primer nivel de atención.
2. Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica sobre la detección y el manejo del maltrato en el adulto mayor en el primer nivel de atención.
3. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos de detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. en el primer nivel de atención.
4. Establecer los criterios de referencia del adulto mayor en quien se detecto maltrato a las instancias correspondientes de acuerdo al tipo de maltrato detectado.

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

3.3 DEFINICIÓN

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

El maltrato se puede dar de una o varias esferas de la vida, entre las más frecuentes se encuentran: Maltrato Físico, Maltrato Psicológico, Maltrato Económico y Maltrato Sexual

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información.

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año.

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.

Símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

4.1 DETECCIÓN

4.1.1 INTERROGATORIO

Evidencia / Recomendación



Historia clínica completa, haciendo énfasis en los principales antecedentes relacionados con el maltrato como: edad, sexo (más frecuente en mujeres), analfabetismo, valoración funcional, deterioro cognitivo, ambiente familiar no óptimo, historia de violencia intrafamiliar, nivel cultural y económico).

Nivel / Grado

C, A

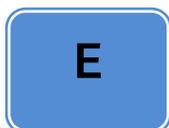
University of Iowa. Elder Abuse prevention 2004

IV

National Guideline On Prevention, Early Detection/Identification And Intervention Of Physical Abuse Of Older Persons At Primary Level. 2000

III

Guías Clínicas. Maltrato a personas mayores 2006



Preguntas que se deben realizar cuando el adulto mayor asiste a la consulta para explorar si es víctima o no de abuso.

- ¿Alguien en casa le ha hecho daño?
- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha hecho hacer cosas que no quiere hacer?
- ¿Alguien ha tomado sus cosas sin su consentimiento?
- ¿Alguien lo ha regañado o amenazado?
- ¿Ha firmado algún documento sin haberlo leído o entendido su contenido?
- ¿Le tiene miedo al alguien en casa?
- ¿Pasa mucho tiempo solo?

IV D

Levine JM. 2003



Las preguntas que se enlistan en la evidencia anterior, se deberán realizar a lo largo de la entrevista, de forma tal que el paciente no se percate del interrogatorio y brindar siempre respeto y calidez.

✓

Buena práctica

E

Dentro de la búsqueda de antecedentes realizar interrogatorio dirigido a solas con el paciente, con el siguiente protocolo:

- Evaluación Cognitiva como el Mini-Mental State Examination (MMSE)
- Breves preguntas tales como, "¿Cómo están las cosas en casa?", "¿Te sientes seguro en casa?"

El resultado de las respuestas, indican el siguiente procedimiento:

- Si estas preguntas son contestadas indicando que no hay problemas o los signos físicos de abuso no son evidentes, entonces se detiene la evaluación.
- Si hay sospecha de que la persona puede estar en riesgo de maltrato, sobre todo en relación con un cuidador, a continuación, se realizará el siguiente test: Indicadores de abuso (Reis y Nahmiash) En este instrumento se interrogará al paciente y a su cuidador.
- Si estas preguntas indican que hay problemas y un miembro de la familia está involucrado, continúe con cualquiera de las siguientes evaluaciones: el índice de Maltrato conyugal: Hudson y McIntosh, de violencia: Feldhaus, dos preguntas para búsqueda de abuso del cuestionario de McFarlane
- Si estas preguntas indican un problema más, insistir en evaluar el riesgo utilizando los siguientes instrumentos: H walek-Sengstock mide abuso o riesgo de abuso, herramienta Bass de sospecha de abuso, herramienta Nagpaul de vulnerabilidad al abuso al igual que la escala de VASS Schofield.
- Otros instrumentos que evalúan factores de riesgo para el abuso pueden ser los siguientes: Escala de depresión geriátrica (Yesavage, Sheikh y Yesavage, Sheikh, actividades básicas de la Vida diaria (Katz), y Actividades Basicas de la Vida Diaria Instrumentadas (Lawton & Brody).

C, A

University of Iowa. Elder Abuse prevention2004

III

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Domestic Violence. 2004

Además la evaluación del riesgo con las siguientes herramientas:

- Evaluación de abuso
- Evaluación de Maltrato conyugal
- Evaluación de violencia
- Dos preguntas para búsqueda de abuso
- Prueba de cribado Hwalek-Sengstock
- Herramienta para valorar riesgo de abuso
- Escala para evaluar vulnerabilidad y abuso (VASS)
- Herramienta de sospecha de abuso
- Cuestionario de abuso real usando las siguientes herramientas:
 - Salud: actitud hacia el envejecimiento, disposición para la vida y economía (HALF)
 - Instrumentos de evaluación en el adulto mayor (EAI)
 - Herramientas para el abuso real
 - Preguntas para obtener datos de maltrato del adulto mayor
 - Historial del paciente y examen físico
 - Entrevistar a otras personas importantes presentes con el paciente



Las preguntas iniciales a las que hace referencia la evidencia anterior, son muy generales y consideramos son la pauta para continuar con más preguntas de acuerdo a la respuesta que dé el paciente, el interrogatorio puede continuar durante toda la consulta, haciendo las preguntas de forma sutil. Lo más importante es dar trato amable al paciente para ganar su confianza y más adelante si existiera algún tipo de maltrato, lo referirá en citas posteriores.

✓
Buena práctica



Se recomienda, dado que hasta el momento ninguno de los instrumentos mencionados en la evidencia anteriores esta validado como instrumento para detectar maltrato en el adulto mayor y son muchos los instrumentos: Este grupo considera que en el primer nivel de atención los instrumentos que se pueden usar son los siguientes:

✓
Buena práctica

- Escala de Reis y Nahmiash. (evalúa al paciente y al cuidador)
- Índice de Barthel (evalúa autonomía para las actividades de la vida diaria)
- Escala de Lawton y Brody (evalúa actividades instrumentales de la vida diaria)
- Escala geriátrica de depresión (GDS) de Yesavage
- Examen Mini-mental de Folstein
- Escala de Zaritt (evalúa al cuidador) (Cuadros del I al VI)

E

Al cuidador, sin que éste se de cuenta, se le valora el riesgo de realizar maltrato, esto por medio de una escala de medición de estrés; conocida con el nombre de Zaritt modificada. haciendo énfasis en búsqueda de contradicciones y datos que sugieran abuso físico, psicológico, social, sexual, económico, institucional y negligencia

IV
Guías de actuación Malos tratos a personas mayores. 2005

E

Tan peligroso parece no considerar los maltratos a las personas mayores como sobredimensionarlos. Conviene afirmar que no todo malestar producido a la persona mayor por los cuidadores, profesionales o familiares, debe ser identificado como maltrato. Tendrá que considerarse la responsabilidad moral, o la gravedad, intensidad y frecuencia de las consecuencias producidas

IV
Guías de actuación Malos tratos a personas mayores. 2005

E

Como segundo punto es importante buscar en los adultos mayores factores de riesgo para abuso, como son:

- Las personas con discapacidad física, funcional o deterioro cognitivo
- Las personas que tienen enfermedades mentales, alcoholismo, uso indebido de drogas o problemas
- Las personas que están socialmente aislados o tienen una pobre red social
- Las personas que dependen de otros
- Las personas con antecedentes de

C, A
University of Iowa. Elder Abuse prevention 2004
III
Guías Clínicas. Maltrato a personas mayores 2006

relaciones abusivas

- Las personas que tengan problemas financieros o de otra los problemas de la familia
- Las personas que residen en viviendas inadecuadas o condiciones inseguras
- Las personas que están deprimidas
- Las personas que se encuentran en mal estado de salud
- Las personas cuidadoras / frustradas con la difícil tarea de cuidar a una persona de edad
- Las personas cuyos cuidador tiene una enfermedad mental, alcoholismo, uso indebido de drogas o problemas, insuficiencia de recursos financieros y/o con problemas de salud



En primer nivel de atención se recomienda valorar el estado cognitivo del adulto mayor por medio del Mini mental test, además de valorar la capacidad y estado psicológico del cuidador por medio de la escala de Zaritt modificada, cuando se detecte algún dato positivo, sugestivo o de riesgo se hará uso del equipo multidisciplinario integrado por trabajo social, nutrición, médico y enfermera, además valorar si el paciente requiere atención de segundo nivel.

✓
Buena práctica



Durante la entrevistas se sugiere proporcionar un ambiente adecuado que facilite la empatía entre médico y paciente sin realizar actos de presión o coerción para responder las preguntas, así como tener una visión adecuada de los factores de riesgo para poder detectarlos.

IV
Guías de actuación Malos tratos a personas mayores. 2005



Mantener contacto visual con el paciente, tono de voz audible y suave, no juzgar, no culpar, procurar que no haya interrupciones.

IV
Malos tratos a personas mayores: Guías de actuación. 2005

4.1.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



En primer nivel de atención es importante mantener una inspección constante y exhaustiva al ingreso del paciente al consultorio observando a detalle su habitus externo, actitudes y forma de relacionarse con quien lo acompaña ya que de la observación, la más de las veces, se obtiene la evidencia

✓
Grupo redactor que elaboró la presente Guía



Los principales signos físicos, alteraciones emocionales y/o de conducta y hechos relacionados con el maltrato que nos podemos encontrar son:

Maltrato físico:

- Aspecto general: higiene pobre, vestimenta sucia o inapropiada, pérdida de peso, caquexia.
- Signos vitales: tensión arterial baja, taquicardia, hipo o hipertermia.
- Signos corporales:
 - Cabeza y cuello: equimosis en cavidad oral, quemaduras en labios, falta de piezas o fracturas dentales, desviación del tabique nasal, lesiones en región cervical, hemorragias oculares, alopecia traumática.
 - Piel: quemaduras, laceraciones, hematomas, úlceras por presión en mal estado, heridas cortantes, coexistencia de lesiones recientes con lesiones de aspecto antiguo.
 - Tóraco-abdominal: fracturas costales, neumotórax, rotura de vísceras.
 - Músculo-esquelético: fracturas óseas, lesiones musculares.
 - Area genital: lesiones en área genital.
 - Neurológico: confusión, desorientación, sobre-sedación.
 - Sintomatología psiquiátrica: temor, ansiedad, sintomatología depresiva.

Abuso sexual:

IV
Guías Clínicas Maltrato a personas mayores
2006

III
EMPAM-DF, 2006

- Ropa rasgada, con manchas de sangre.
- Hematomas, laceraciones o cortes en senos o área genital.
- Signos irritativos o laceraciones en vagina o recto.
- Presencia de enfermedades de transmisión sexual.

Abuso emocional:

- Sensación de resignación y desesperación con referencias vagas al maltrato.
- Introversión.
- Conducta pasiva, de indefensión.
- Cambio de comportamiento llamativo reciente.
- Cambios en el patrón de alimentación habitual, manifestados por baja de peso.
- Ansiedad, temblor, actitud temerosa de algo y/o alguien.
- Autoinculpación acerca de su situación actual.
- Pérdida de memoria llamativa no explicable por otra razón

Abuso económico

- En éste tipo de abuso generalmente a la exploración física no encontramos mucha evidencia, solo si ya se conoce con anterioridad al adulto mayor podría verse en su ropa y calzado desgaste.

Maltrato institucional

- Este tipo de maltrato es el que se realiza por parte de instituciones públicas y/o privadas, al no considerar las características propias de las personas de este grupo de edad.
- En éste tipo de abuso no se encuentran datos a la exploración física
- El abuso en las instituciones puede ir desde negar el servicio que solicita el adulto mayor hasta recibir alguno de los

tipos de maltrato enunciados previamente.

4.1.3 DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE ACUERDO AL TIPO DE ABUSO

| E | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|--|--|
| E | <p>Abuso emocional</p> <p>El tipo de personalidad y los signos encontrados cuando existe abuso psicológico en el adulto mayor, no son característicos, pero los más frecuentemente encontrados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agitación psicomotriz ▪ Abuso del alcohol ▪ Enojo ▪ Cambios de apetito ▪ Confusión ▪ Depresión ▪ Comportamiento destructivo ▪ Dificultad para relacionarse ▪ El uso indebido de drogas ▪ Agitación emocional ▪ Miedo ▪ Incapacidad para conversar ▪ Insuficiencia de recursos financieros ▪ Inseguridad ▪ Baja autoestima ▪ Intimidación ▪ Amenazas de castigo o privación ▪ Ansiedad ▪ Ideación suicida ▪ Comportamientos tales como chupar, morder o mecerse ▪ Introverso | <p>C, A University of Iowa. Elder Abuse prevention 2004</p> <p>IV Royal College of Psychiatrists London Institutional abuse of older adults Council Report 2000.</p> |
| E | <p>Abuso financiero</p> <p>Las características físicas más frecuentemente encontradas o de mayor riesgo, en este tipo de abuso en adultos mayores son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para escribir | <p>C, A University of Iowa. Elder Abuse prevention 2004</p> <p>IV Royal College of Psychiatrists London. Institutional abuse of older adults 2000</p> |

- La deficiencia visual y auditiva
- Deterioro cognitivo
- Labilidad emocional
- Pérdida de la persona que previamente maneja su economía
- Desconfianza de su asesor financiero
- Apropiación o uso indebido del dinero o propiedades del paciente.
- Bloqueo de su cuenta corriente.
- Gastos inapropiados cargados en su cuenta corriente.
- Privación de cosas que necesita

IV
Guías Clínicas Maltrato a personas mayores
2006

E

Víctimas de negligencia

Las características físicas que comúnmente se presentan y datos obtenidos al interrogatorio en adultos mayores son:

- Úlceras por presión
- Deshidratación
- Sensación de impotencia
- Las personas sin hogar
- Prendas de vestir inadecuadas
- Falta de higiene
- Ausencia de servicios básicos en su vivienda
- La falta apoyo en salud (gafas, audífonos o prótesis dentales)
- Los piojos y sarna
- La desnutrición
- Encierro
- Descuido general
- Mal Olor
- Preescripciones médicas mal hechas
- Condiciones médicas no tratadas
- Pérdida de peso

C, A
University of Iowa. Elder Abuse
prevention2004

IV
Royal College of Psychiatrists London.
Institutional abuse of older adults 2000

E

Abuso físico

Las características físicas y al interrogatorio más frecuentemente encontradas cuando este se presenta en adultos mayores son:

- Enojo
- Marcas de mordida
- Fracturas óseas
- Anteojos rotos
- Magulladuras
- Quemaduras

C, A
University of Iowa. Elder Abuse
prevention2004

IV
Royal College of Psychiatrists London.
Institutional abuse of older adults 2000

- Contusiones
- Heridas
- Deshidratación
- Depresión
- Pérdida de citas médicas
- Miedo
- Interacción temerosa con el cuidador
- Resultados de laboratorio con una sobredosis de medicación o bien baja concentración de los mismos
- Baja autoestima
- Golpeado, abofeteado, pellizcado
- Alimentación forzada
- Posición incorrecta
- Paranoia
- Uso inadecuado de restricciones físicas como sujeciones.
- Cambio de comportamiento repentino
- Informe de maltrato físico por el paciente

E

Abuso sexual

Las características físicas y al interrogatorio generalmente encontradas cuando el adulto mayor es sometido este tipo de abuso son:

- Moretones alrededor de los senos o los genitales
- Observación de abuso sexual
- Ropa interior manchada o sucia
- Inexplicable enfermedad de transmisión sexual o infecciones genitales
- Inexplicable sangrado anal o vaginal
- Informe por el paciente de abuso sexual

Maltrato institucional

- Generalmente el adulto mayor hace referencia al los malos tratos recibidos en la institución de salud a la que acude.
- Es mejor, preguntar intencionalmente sobre el trato que recibe en todas las instituciones a las que acude

C, A

University of Iowa. Elder Abuse prevention 2004

IV

Royal College of Psychiatrists London. Institutional abuse of older adults 2000

✓/R

✓

Buena práctica

4.1.4 EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA PARA IDENTIFICAR EL MALTRATO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Evaluar evidencia de:
Infección
Deshidratación
Anormalidades electrolíticas
Malnutrición
Administración de medicamentos
inapropiados
Abuso de sustancias

IV
Harvard Medical School. Elder abuse
2004

E

Examen pélvico minucioso en caso de abuso sexual.

IV
Harvard Medical School. Elder abuse 2004

✓/R

Al realizar los exámenes complementarios tener especial cuidado en no alterar la evidencia y dar aviso inmediato al ministerio público para que el médico forense de fe de las lesiones

✓
Buena práctica

4.1.5 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Biometría hemática completa, química sanguínea, examen de orina, electrolitos séricos, niveles séricos de medicamentos, niveles de alcohol y drogas en orina

IV
Harvard Medical School. Elder abuse 2004



Radiografías de diversas partes del cuerpo tomografía de región afectada

IV
Harvard Medical School. Elder abuse 2004



Los exámenes de laboratorio y gabinete que se soliciten serán los que el médico familiar considere necesarios para evaluar la condición general del adulto mayor y confirmar el abuso, se recomienda que sean los mínimos indispensables con la finalidad de no incomodar mas al paciente.

✓
Buena práctica

4.2 MANEJO

4.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La pauta de actuación a seguir por el médico familiar en la consulta será la siguiente:

- Establecer un plan de actuación integral y coordinado; contactando con el trabajador social y servicios especializados si fuera preciso.
- En los casos de riesgo inmediato debe remitirse siempre a los servicios especializados y/o sociales; el resto se manejará en función de la valoración realizada de mutuo acuerdo profesional y paciente respetando siempre que sea posible los deseos de éste.

IV
Grupo de Salud mental del PAPPs. Malos tratos a los ancianos. 2005

- Informar al paciente de las tendencias y consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (teléfonos por escrito de urgencias, policía, sistema de tele asistencia), explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación.
- Si el anciano no está capacitado, poner en conocimiento a los servicios sociales y de protección al adulto.
- Hacer parte de lesiones si procede y comunicarlo al juez.
- Informar de los pasos legales para formalizar denuncias.
- Registrarlo en la historia.

E

Estrategias e intervenciones de ayuda al adulto mayor.

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

E

Las siguientes intervenciones serán de ayuda para el adulto mayor que es víctima de abuso:

- Presentación de informes de abuso a las autoridades correspondientes
- La aplicación de intervenciones y servicios
- Apoyo para la protección de abuso
- Cuidado por turno y relevos
- Apoyo al cuidador

IV

Grupo de Salud mental del PAPPS. Malos tratos a los ancianos. 2005

C, A

University of Iowa. Elder Abuse prevention2004

- Tomar decisiones de soporte
- Consejería
- Apoyo emocional
- Mantener las redes de apoyo familiar
- Terapia familiar
- La protección de los derechos del paciente
- El uso de grupos de apoyo
- Apoyo al mejoramiento de sistema
- Rehabilitación cognitiva
- Mejoramiento de las funciones sensoriales (audición, el habla, la visión)
- Manejo de situaciones familiares (prevención de la violencia)
- Asistencia financiera
- Vigilancia sanitaria
- Programa de desarrollo
- Identificación de riesgos
- Mejoramiento de roles

Vigilancia de la seguridad



Favorecer la rehabilitación o acondicionamiento físico:

- Disminuye el abatimiento funcional.
- Reduce la dependencia
- Lo hace menos susceptible a ser maltratado.

✓
Buena práctica



Consultar a médicos psiquiatras, neurólogos o neurocirujanos, ortopedistas, geriatras de acuerdo a los hallazgos encontrados en el paciente.

IV
Harvard Medical School. Elder abuse 2004



Los pacientes con abuso no ameritan de tratamiento con fármacos. Evitar los ansiolíticos e hipnóticos por que estos disminuyen la posibilidad de autodefensa

IV
Harvard Medical School. Elder abuse 2004



Estrategias e intervenciones de ayuda orientadas a la persona que maltrata, cuando esta es el cuidador o familiar

1. Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:
 - Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar más capacitado.

IV
Grupo de Salud mental del PAPPS. Malos tratos a los ancianos. 2005

- Contactar con grupos de apoyo (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos)
- Garantizar periodos de descanso al cuidador
- Dar apoyo técnico y emocional al cuidador.

2. Si el cuidador padece de un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas debe realizarse entrevista intentando conocer el estado emocional de la persona y facilitar apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiera.

3. valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.



Durante la entrevista al cuidador evitar hacer preguntas que lo hagan sentir acusado y provoquen que se ponga a la defensiva.

- No culparlo.
- No amenazarlo.
- Utilizar técnicas de persuasión o negociación.

IV
Malos tratos a personas mayores: Guías de Actuación. 2005.

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación



Se derivará al paciente a otro nivel asistencial para prestar atención sanitaria de carácter urgente en caso de necesidad.



Registrar en la historia clínica del paciente la valoración médica del impacto y alcance de las lesiones y daños



Se emitirá un parte de lesiones y se enviará al Ministerio público, quedando una copia en el expediente del paciente

Nivel / Grado

III
Guías Clínicas. Maltrato a personas mayores 2006

III
Guías Clínicas. Maltrato a personas mayores 2006

III
Guías Clínicas. Maltrato a personas mayores 2006



En el primer nivel de atención se debe detectar el problema de abuso en todas sus modalidades, dar aviso a las autoridades competentes y enviar al adulto mayor en todos los casos a trabajo social, así como derivar a unidades de segundo nivel en caso de encontrar situaciones de salud que requieran tratamiento específico.

✓
Buena práctica

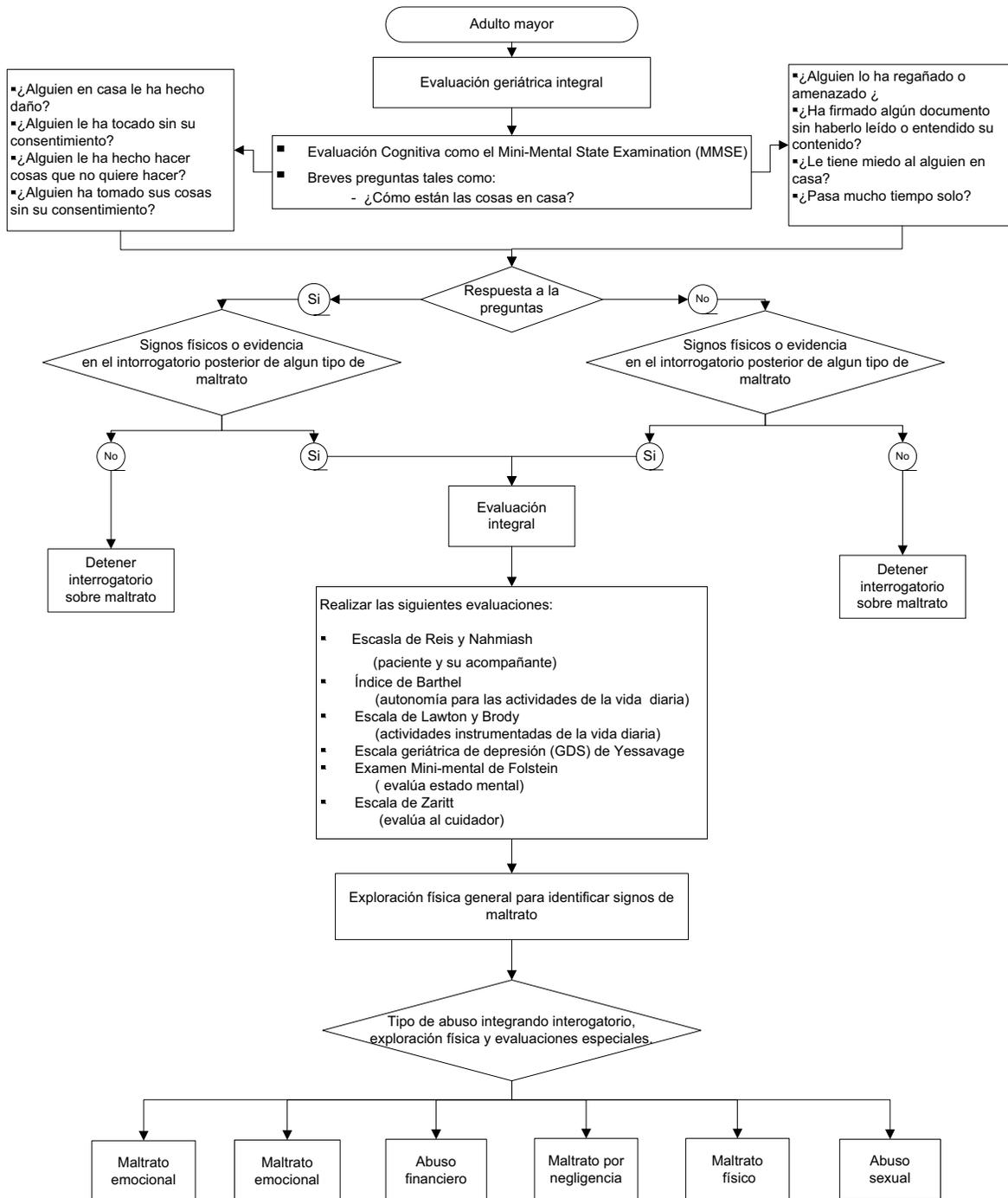


La referencia será a todas las instancias médicas que requiera de acuerdo al abuso detectado

✓
Buena práctica

ALGORITMOS

DETECCIÓN DE MALTRATO EN EL ADULTO.



MANEJO DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Abuso emocional.- Infligir voluntariamente sufrimiento mental a una persona.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).- Son las actividades cotidianas que le permiten independencia al individuo para subsistir. (Alimentación, baño, vestido, aseo personal, deambular, subir escaleras, control de la micción y deposición).

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

Adulto mayor.- De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud en 1994 se considera a toda persona mayor de 65 o más años. En México se considera adulto mayor después de los 60 años de acuerdo a la Norma oficial mexicana

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

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

Albergue para adultos mayores.- Establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento a adultos mayores, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia.

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

Anciano.- Término usado para describir a un grupo particular de personas mayor de 60 años.

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

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

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

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

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

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

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

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

Calidad de vida.- Se refiere a la percepción objetiva y subjetiva del cumplimiento de las expectativas que tiene el individuo respecto a su salud, condiciones de vivienda, ambientales y bienestar.

Casa hogar para adultos mayores.- Establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

Centro de día.- Establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y de la salud. Durante un periodo determinado en el día.

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

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

Cuidador.- Persona responsable de la atención integral de la persona adulta mayor considerando los cuidados personales, de higiene personal y ambiental, administración de medicamentos, prevención de nuevas enfermedades y complicaciones así como asistencia para las actividades básicas de la vida diaria y actividades básicas de la vida instrumentada.

Dieta.- Es el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día.

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

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

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

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

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

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

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

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

Maltrato Físico.- Realización de actos violentos que tengan como resultado un daño, enfermedad o perjuicio (golpes, quemaduras, jalar, empujar, rasguñar, morder, etc.)

Maltrato Psicológico.- Conductas intencionadas que provoquen angustia o malestar al paciente: aislamiento social, degradación, insultos, agresiones verbales, amenazas de abandono o institucionalización.

Maltrato Económico.- Uso inapropiado o no consentido de los bienes del anciano en beneficio de otra persona.

Maltrato Sexual.- Cualquier tipo de actos sexuales no consentidos por el anciano.

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

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

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

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

Transición Epidemiológica.- Los cambios estructurales en la población tendientes al incremento de la proporción de sujetos mayores de 60 años, se acompaña generalmente de aumento en las tasas de morbilidad (enfermedades) y mortalidad (muerte) por causas de enfermedades crónicas y degenerativas, dejando en un segundo plano a los padecimientos infectocontagiosos.

6. ANEXOS

6.1 SISTEMAS DE NIVELES DE EVIDENCIAS Y GRADACIÓN DE RECOMENDACIONES

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

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

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

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

EVIDENCIA DE LA GUÍA: UNIVERSITY OF IOWA. ELDER ABUSE PREVENTION. 2004

| Sistema de puntuaciones para la fuerza de la evidencia | |
|---|---|
| Calidad | Niveles de evidencia |
| Buena | La evidencia incluye resultados consistentes de diseños bien conducidos, estudios en poblaciones representativas que, de forma directa evaluaron los efectos sobre los resultados de salud. |
| Regular | La evidencia es suficiente para determinar los efectos sobre los resultados de salud, pero la fuerza de las pruebas es limitado por el número, calidad, o la coherencia del los estudios individuales, la generalización de la práctica rutinaria de rutina, o evidencia de naturaleza indirecta sobre los resultados en la salud |
| Mala | La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud, debido a la limitación de número o la potencia de estudios, con defectos importantes en su diseño o conducta, las lagunas en la cadena de evidencia, o la falta de información en los resultados de salud. |

| Sistema de puntuaciones para la fuerza de las recomendaciones | |
|--|--|
| Calidad | Niveles de evidencia |
| A | Recomendación fuerte para que los médicos presten el servicio a los pacientes. Hay pruebas buenas de que el servicio para la salud mejora en forma importante y los beneficios son considerablemente superiores a los daños. |
| B | Recomendación para que los médicos presten el servicio a los pacientes. Hay poca evidencia de que la salud puede mejorar pero los beneficios superan los daños. |
| C | No hay recomendación a favor o en contra de la prestación del servicio. Hay poca evidencia que la salud mejore, el balance de beneficios y daños es demasiado estrecha para justificar una su recomendación general. |
| D | Recomendación rutinaria a pacientes asintomáticos. Hay poca evidencia que de que es ineficaz o que los daños superan los beneficios. |
| I | La evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra aunque se usa habitualmente. La evidencia de que sea eficaz es poca y de mala calidad, y no puede determinarse si son mas los beneficios y los daños. |

6.2 ANEXOS CLÍNICOS

CUADRO I. ESCALA DE REIS Y NAHMIASH
(EVALÚA AL PACIENTE Y A SUS ACOMPAÑANTES)

| | |
|---|---|
| La lista de los ítems, que indican maltrato, está enumerada por orden de importancia. "Después de haber realizado una evaluación en el domicilio, por favor, indique la frecuencia de cada uno de los ítems de 0 a 4. No omita ninguno de los ítems y valórelos en función de su opinión actual | 0 = no existente 1 = leve 2 = moderado 3 = probablemente/ moderadamente grave 4 = sí/ grave 00 = no aplicable 000 = no sabe |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Cuidador | |
| Edad del cuidador _____ | Parentesco entre el cuidador y la persona cuidada _____ |
| Conyugue _____ | No conyugue. _____ |
| 1. Tiene problemas de conducta. | |
| 2. Es económicamente dependiente. | |
| 3. Tiene problemas mentales/emocionales. | |
| 6. Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias. | |
| 7. Tiene expectativas no realistas. | |
| 9. No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar. | |
| 10. Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar. | |
| 12. Tiene conflictos maritales/familiares. | |
| 13. Tiene una mala relación con la persona a la que cuida. | |
| 14. No tiene experiencia en el cuidado. | |
| 17. Es una persona que culpa a otra. | |
| 24. En el pasado, tenía una mala relación con la persona a la que cuida. | |
| Persona cuidada | |
| 4. Ha sido maltratada en el pasado. | |
| 5. Tiene conflictos maritales/familiares. | |
| 8. Carece de entendimiento sobre el alcance de su enfermedad. | |
| 11. Está aislada socialmente. | |
| 15. Carece de apoyo social. | |
| 16. Tiene problemas de conducta. | |
| 18. Es económicamente dependiente. | |
| 19. Tiene expectativas no realistas. | |
| 20. Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación. | |
| 21. Tiene una mala relación actual con la persona que la cuida. | |
| 22. Tiene caídas/lesiones sospechosas. | |
| 23. Tiene problemas mentales/emocionales. | |
| 25. Es una persona que culpa a otra. | |
| 26. Es emocionalmente dependiente. | |
| 27. No tiene un médico habitual/fijo. | |
| Puntuaciones totales: | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de ítems que se han puntuado de 1 a 4 (se excluyen los ítems puntuados con cero), puede ser de 0 a 22. ▪ Suma total de la puntuación de todos los ítems (de 0 a 88). ▪ Suma total sólo de la puntuación de los ítems del cuidador (de 0 a 44). | |
| Interpretación de los resultados | |
| Los indicadores de maltrato son enumerados por orden de importancia. En general, los indicadores del cuidador tendrían más peso que los indicadores de la persona mayor. Sin embargo, la lista de indicadores junta indica maltrato. Así, el mayor número de indicadores presentes (0-22), la puntuación total más alta (0-88) y la puntuación del cuidador (0-44) indican que es más probable que ocurra el maltrato. La tasa total (0-88) en un grupo de cuidadores diagnosticados como abusivos consistiría en una puntuación media de aproximadamente 16. Por el contrario, una puntuación media alrededor de 4 implicaría que no hay maltrato. Cada indicador que se evalúa entre 1 y 4 debe ser explorado clínicamente, aunque, cada indicador de forma individual no indica en sí mismo, maltrato. | |

CUADRO II. ÍNDICE DE BARTHEL
(AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA)

Nombre _____ **Fecha** _____

Comer

| | | |
|----|----------------|---|
| 10 | Independiente | Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona |
| 5 | Necesita ayuda | Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo |
| 0 | Dependiente | Necesita ser alimentado por otra persona |

Lavarse – bañarse

| | | |
|---|---------------|--|
| 5 | Independiente | Capaz de lavarse entero, puede ser usando la regadera o tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente |
| 0 | Dependiente | Necesita alguna ayuda o supervisión |

Vestirse

| | | |
|----|----------------|--|
| 10 | Independiente | Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda |
| 5 | Necesita ayuda | Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable |
| 0 | Dependiente | Necesita ayuda por otra persona |

Arreglarse

| | | |
|---|---------------|---|
| 5 | Independiente | Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona |
| 0 | Dependiente | Necesita alguna ayuda |

Defecación

| | | |
|----|---------------------|---|
| 10 | Continente | Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo |
| 5 | Accidente ocasional | Incontinente o necesita ayuda con enemas o supositorios menos de una vez por semana |
| 0 | Incontinente | Incluye administración de enemas o supositorios por otro |

Micción - valorar la situación en la semana previa

| | | |
|----|---------------------|--|
| 10 | Continente | Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo |
| 5 | Accidente ocasional | Máximo uno en 24 horas |
| 0 | Incontinente | Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse |

Ir al retrete

| | | |
|----|----------------|--|
| 10 | Independiente | Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y bajar la palanca del WC. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinica (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar |
| 5 | Necesita ayuda | Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete. |
| 0 | Dependiente | Incapaz de manejarse sin asistencia mayor |

Trasladarse sillón/cama

| | | |
|----|----------------|---|
| 15 | Independiente. | Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y acuesta y puede volver a la silla sin ayuda |
| 10 | Mínima ayuda | Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento |
| 5 | Gran ayuda | Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse |
| 0 | Dependiente | Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado |

Deambulaci3n

| | | |
|----|---------------------------------|---|
| 15 | Independiente | Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rsela y quit3rsela s3lo |
| 10 | Necesita ayuda | Supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador) |
| 5 | Independiente / silla de ruedas | En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo |
| 0 | Dependiente | Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro |

Subir y bajar escaleras

| | | |
|----|----------------|--|
| 10 | Independiente | Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos |
| 5 | Necesita ayuda | Supervisi3n f3sica o verbal |
| 0 | Dependiente | Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor) |

Puntuaci3n Total:

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretaci3n son:

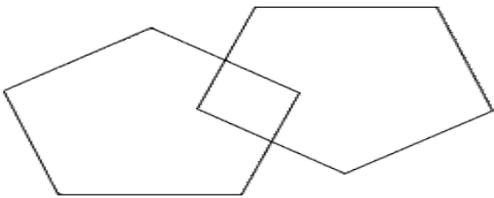
- 0-20 Dependencia total
- 21-60 Dependencia severa
- 61-90 Dependencia moderada
- 91-99 Dependencia escasa
- 100 Independencia

INSTRUCCIONES El rango de posibles valores del Índice de Barthel est3 entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuaci3n, m3s dependencia y a mayor puntuaci3n, m3s independencia. Adem3s, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categor3as –las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, 3 puntos– resultando un rango global entre 0 y 20.

CUADRO III. ESCALA DE LAWTON Y BRODY
(EVALÚA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)

| Escala de Lawton y Brody | Mujer | Varón |
|---|--------------|--------------|
| Capacidad para usar el teléfono | | |
| Utilizar el teléfono por iniciativa propia | 1 | 1 |
| Es capaz de marcar bien algunos números familiares | 1 | 1 |
| Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar | 1 | 1 |
| No utiliza el teléfono | 0 | 0 |
| Hacer compras | | |
| Realiza todas las compras necesarias independientemente | 1 | 1 |
| Realiza independientemente pequeñas compras | 0 | 0 |
| Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra | 0 | 0 |
| Totalmente incapaz de comprar | 0 | 0 |
| Preparación de la comida | | |
| Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente | 1 | 1 |
| Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | 0 | 0 |
| Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada | 0 | 0 |
| Necesita que le preparen y sirvan las comidas | 0 | 0 |
| Cuidado de la casa | | |
| Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 | 1 |
| Realiza tareas ligeras , como lavar los platos o hacer las camas | 1 | 1 |
| Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | 1 | 1 |
| Necesita ayuda en todas las labores de la casa | 1 | 1 |
| No participa en ninguna labor de la casa | 0 | 0 |
| Lavado de la ropa | | |
| Lava por si solo toda su ropa | 1 | 1 |
| Lava por si solo pequeñas prendas | 1 | 1 |
| Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | 0 | 0 |
| Uso de medios de transporte | | |
| Viaja solo en transporte publico o conduce su propio coche | 1 | 1 |
| Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte | 1 | 1 |
| Viaja en transporte publico cuando va acompañado por otra persona | 1 | 0 |
| Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros | 0 | 0 |
| No viaja en absoluto | 0 | 0 |
| Responsabilidad respecto a su medicación | | |
| Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta | 1 | 1 |
| Toma su medicación si la dosis es preparada previamente | 0 | 0 |
| No es capaz de administrarse su medicación | 0 | 0 |
| Manejo de sus asuntos económicos | | |
| Se encarga de sus asuntos económicos por si solo | 1 | 1 |
| Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos | 1 | 1 |
| Incapaz de manejar dinero | 0 | 0 |

CUADRO IV. EXAMEN MMSE DE FOLSTEIN
(EVALÚA EL ESTADO MENTAL)

| Orientación | Puntos |
|---|----------|
| ¿Qué año-estación-fecha-día-mes es? |(5) |
| ¿Dónde estamos? (estado-país-ciudad-hospital-piso) |(5) |
| Memoria Inmediata | |
| Repetir 3 nombres ("mesa", "llave", "libro"). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos. |(3) |
| Atención y cálculo | |
| Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear "mundo" al revés. |(5) |
| Recuerdo diferido | |
| Repetir los tres nombres aprendidos antes |(3) |
| Lenguaje y construcción | |
| Nombrar un lápiz y un reloj mostrados |(2) |
| Repetir la frase "Ni sí es, ni no es, ni peros" |(1) |
| Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" |(3) |
| Leer y ejecutar la frase "Cierre los ojos" |(1) |
| Escribir una frase con sujeto y predicado |(1) |
| Copiar este dibujo: |(1) |
|  | |
| Puntuación total: | |
|(30) | |

El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos. Si hay que anular algún tem (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejia...) se recalcula proporcionalmente. Por ejemplo, 21 puntos sobre 26 posibles equivaldrían a un resultado de 24 puntos (redondeando al entero más próximo).

La siguiente tabla proporciona datos de referencia en función de la edad y del nivel educativo, y puede servir para comparar con los resultados de un paciente. La tabla es una traducción de la contenida en: R.M. Crum, J.C. Anthony, S.S. Bassett and M.F. Folstein. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JAMA 1993;269(18):2386-2391

CUADRO V. ESCALA DE ZARITT
(VERSIÓN CORTA)

EVALÚA LA CONDICIÓN DEL CUIDADOR

| Escala para evaluar la carga del cuidador | |
|--|--|
| (0) nunca (1) raro (2) a veces (3) a menudo (4) siempre | |
| () | ¿Siente que su salud ha sufrido por cuidar al paciente? |
| () | ¿Siente que no tiene tanta privacidad como desearía? |
| () | ¿Siente que su vida social ha sufrido por cuidar del paciente? |
| () | ¿Siente o ha sentido que no podrá cuidar por mucho tiempo más al paciente? |
| () | ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que es cuidador? |
| () | ¿Desea usted dejarle el cuidado a otra persona? |
| () | ¿Se ha sentido alguna vez sobrecargado por cuidar del paciente? |
| ¿Qué tanto se alteran las siguientes actividades por cuidar del paciente? | |
| () nada () un poco () mucho | |
| () | Sueño |
| () | Preparación de comida |
| () | Tiempo de recreo |
| () | Labores del hogar |
| Punto de corte: más de 7 existe colapso del cuidador Nota: No necesariamente los cuidadores que reportan mas carga están colapsados | |

CUADRO VI. ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (GDS) DE YESAVAGE
(VERSIÓN ABREVIADA O REDUCIDA)

| Item | Pregunta a realizar | 1 punto Si la respuesta es afirmativa |
|------|---|---------------------------------------|
| 1 | ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | |
| 2 | ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos? | |
| 3 | ¿Siente que su vida está vacía? | |
| 4 | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | |
| 5 | ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo? | |
| 6 | ¿Teme que le vaya a pasar algo malo? | |
| 7 | ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo? | |
| 8 | ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso? | |
| 9 | ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas? | |
| 10 | ¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás? | |
| 11 | ¿Cree que es agradable estar vivo? | |
| 12 | ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos? | |
| 13 | ¿Se siente lleno de energía? | |
| 14 | ¿Siente que su situación es angustiada, desesperada? | |
| 15 | ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted? | |

| | | |
|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Puntuación Total | | |
| 0 a 5 ____ Normal | 6 a 9 ____ Depresión leve | Más de 10 ____ Depresión establecida |

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Barbero GJr, Barrio CIM. Et al. Malos tratos a personas mayores: Guías de actuación. España. 2005.
2. Caritas Bienestar del adulto mayor IAP. Antología de prevención de la violencia y maltrato en contra de los adultos mayores. 2003
3. Daly JM. Elder Abuse prevention. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2004 Dec. 68 p.
4. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
5. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF) 2006. disponible en: http://www.equidad.df.gob.mx/libros/adultomayor/empam_df.pdf
6. Fernández AM. Malos tratos a los ancianos. Grupo de Salud mental del PAPPs- 2002
7. Guerra RL. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
8. Guías Clínicas. Maltrato a personas mayores. Fistera. 2006; 6 (13).
9. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 2096-2097
10. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de unio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
11. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Bloomington (MN) Domestic Violence. 2006 Sep. 46 p.
12. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
13. Levine JM. Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians. Geriatrics. 2003. 58; 37-44.
14. Malos Tratos a Personas Mayores: Guías de Actuación. De Moya BA, Barbero GJ. Ediciones Madrid. 2005, primera edición
15. National Guideline on Prevention, Early Detection/Identification And Intervention Of Physical Abuse Of Older Persons At Primary Level. 2000
16. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
17. Royal College of Psychiatrists London. Institutional abuse of older adults Council Report CR84 2000June.
18. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
19. Sellas MI. Elder abuse. Department of Emergency Medicine, Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital/Massachusetts General Hospital Harvard Medical School. 2004

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

| NOMBRE | CARGO/ADSCRIPCIÓN |
|--------------------------------|--|
| Srita. Laura Fraire Hernández | Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Srita. Alma Delia García Vidal | Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Sr. Carlos Hernández Bautista | Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Lic. Cecilia Esquivel González | Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza) |
| Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez | Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI) |

9. COMITÉ ACADÉMICO

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

| | |
|--|---|
| Dr. Alfonso A. Cerón Hernández | Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad |
| Dr. Arturo Viniegra Osorio | Jefe de División |
| Dra. Laura del Pilar Torres Arreola | Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores | Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos |
| Dra. Rita Delia Díaz Ramos | Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos |
| Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra | Jefe de Área |
| Dra. María Luisa Peralta Pedrero | |
| Dr. Antonio Barrera Cruz | |
| Dra. Aidé María Sandoval Mex | |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro | Coordinadores de Programas Médicos |
| Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete | |
| Dra. Yuribia Karina Millán Gámez | |
| Dr. Carlos Martínez Murillo | |
| Dra. Sonia P. de Santillana Hernández | |
| Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez | Comisionadas a la División de Excelencia Clínica |
| Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez | |
| Lic. María Eugenia Mancilla García | Coordinadora de Programas de Enfermería |
| Lic. Héctor Dorantes Delgado | Analista Coordinador |

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Luis Rafael López Ocaña
Director del HGR 72 Tlalnepantla Delegación Estado de México.

Dr. Juan Gilberto Antúnez de la O
Encargado de la UMF 140 Delegación DF Sur

Dr. Roberto Guevara Bravo
Director de la UMF/UMAA 161. Delegación DF Sur

Dr. Juan Antonio Figueroa Ortega
Director de la UMF 1 Delegación Aguascalientes, Aguascalientes

Dra. Maribel Ramos Hernández
Director de la UMF 13 Delegación Distrito Federal Norte.

Dr. Carlos Prats Aguirre
Director de la UMF 9 Acapulco Guerrero.

Dr. Fernando Bernardo Gabilondo Navarro
Director del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de Salud

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| | |
|---|-----------------------------------|
| Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad | Presidenta |
| Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud | Titular |
| Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad | Titular |
| Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud | Titular |
| Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud | Titular |
| Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General | Titular |
| Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional | Titular |
| Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México | Titular |
| Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social | Titular |
| Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Titular |
| Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos | Titular |
| Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia | Titular |
| Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico | Titular |
| Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud | Titular |
| Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño | Titular |
| Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud | Titular |
| M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Titular y suplente del presidente |
| Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México | Titular 2008-2009 |
| Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco | Titular 2008-2009 |
| Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas | Titular 2008-2009 |
| Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina | Titular |
| Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía | Titular |
| Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC | Asesor Permanente |
| Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales | Asesor Permanente |
| Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Secretario Técnico |