

Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos

M Guadalupe Ruelas-González, D en Sc,⁽¹⁾

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, D en Psic Soc,⁽¹⁾ Hortensia Reyes-Morales, D en Sc.⁽¹⁾

Ruelas-González MG,
Pelcastre-Villafuerte BE, Reyes-Morales H.
Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones
del prestador de servicios de salud y de los ancianos
Salud Publica Mex 2014;56:631-637.

Ruelas-González MG,
Pelcastre-Villafuerte BE, Reyes-Morales H.
Institutional abuse toward the elderly: Perceptions
of health care providers and older adults
Salud Publica Mex 2014;56:631-637.

Resumen

Objetivo. Analizar la percepción que el prestador de servicios de salud y el adulto mayor (AM) tienen sobre el maltrato al AM en los servicios públicos de salud, en ciudades seleccionadas de México. **Material y métodos.** De 2009 a 2012 se realizó un estudio con diseño cualitativo y estrategia de triangulación de fuentes de datos; se efectuaron entrevistas semiestructuradas a 13 prestadores y a 12 ancianos para recuperar su experiencia en el tema. El análisis utilizó procedimientos de la Teoría Fundamentada. **Resultados.** El maltrato contra el AM es una práctica naturalizada por el personal y por el anciano, la cual se manifiesta de formas diversas. **Conclusiones.** La institucionalización, profesionalización histórica y falta de conciencia sobre las necesidades de los AM demandan cambios de planeación, organización y supervisión del Sistema de Salud. El personal requiere intervenciones de formación, capacitación y cambio de actitudes/comportamiento, para otorgar atención integral, digna, humana y de respeto a los Derechos Humanos de los AM.

Palabras clave: maltrato al anciano; servicios de salud para el anciano; personal de salud; México

Abstract

Objective. To analyze the health care providers (HCP) and elderly patients' perceptions about abuse of the elderly by health personnel of public health services, in selected cities in Mexico. **Materials and methods.** A qualitative study and a strategy of data triangulation were performed during 2009 and 2012; 13 HCPs and 12 elders were interviewed, in order to obtain their experience regarding elder abuse. Grounded Theory proceedings were used for the analysis. **Results.** Elder abuse is a naturalized practice, from HCP and elderly people's point of view; these perceptions are showed in different ways. **Conclusion.** Institutionalization, historical professionalization and lack of consciousness about needs of the elderly (sociocultural and economic), require changes in planning, organization and monitoring process in the Health System; training and educational interventions on staff and exchange attitudes and behavior are necessary in order to offer a health care that is comprehensive, decent, human and with respect for the human rights.

Key words: elder mistreatment; health services for the aged; health personnel; Mexico

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. México.

En la Declaración de Hong Kong se reconoce que los adultos mayores (AM) tienen derecho a la atención, bienestar y respeto, y que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los AM y velar por que reciban la atención necesaria.¹ Sin embargo, uno de los ámbitos de mayor riesgo en relación con el maltrato al AM son los lugares donde éstos son atendidos, como los servicios de salud. Lo anterior amenaza la calidad de la atención y la atmósfera de cuidado que debería existir en dichos establecimientos.²

La Organización Mundial de la Salud establece que en América Latina y el Caribe las deficiencias del sistema de atención para los AM, incluidas la mala capacitación del personal, la sobrecarga de trabajo, la mala atención y el deterioro de las instalaciones, hacen difícil la interacción entre el personal y los AM, lo cual origina maltrato.³ Sin embargo, también es factible que los profesionales se vean influenciados en su percepción y práctica, como resultado de vivir inmersos en una sociedad que discrimina y no valora a los AM.^{4,5}

La información sobre el maltrato institucional al AM es escasa;⁶ sin embargo, se asume que se trata de un fenómeno frecuente. Se ha documentado abuso físico (10%) o psicológico (40%) por el personal de salud,⁷ lo que adquiere importancia si se considera que éste es el grupo poblacional de más rápido crecimiento en el país⁸ y el principal usuario de los servicios sanitarios.

Las situaciones de maltrato en los servicios de salud pueden ocurrir hacia personas de cualquier edad,⁹ pero este trabajo aborda sólo el maltrato institucional hacia los AM. En este grupo poblacional, el maltrato puede verse exacerbado por el aumento de la longevidad, el cual puede verse acompañado del incremento de enfermedades físicas y psicológicas y, probablemente, de discapacidad.^{10,11} Lo anterior sitúa a los AM en condición de riesgo y vulnerabilidad. Además, las condiciones que en México enfrentan los AM –por ejemplo la marginación, la pobreza, la exclusión social y la falta de apoyo familiar–¹² hacen que ellos sean más proclives al maltrato. Así, la respuesta a este problema debe ser global e instrumentada desde una perspectiva sanitaria y social.¹³

El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción del prestador de servicios de atención ambulatoria y del AM acerca del maltrato hacia él mismo en los servicios públicos de salud de ciudades seleccionadas de México, con el fin de profundizar en el conocimiento y proponer alternativas de políticas públicas que eviten la violación a los derechos humanos de los AM.

Material y métodos

Para conocer la percepción general sobre el maltrato hacia el AM, se diseñó un estudio cualitativo, con la estrategia de triangulación de fuentes de datos^{14,*} y entrevistas semiestructuradas como técnica de levantamiento de información.

Sitios. En tres áreas geográficas de México (norte, centro y sur), se seleccionó la ciudad principal (capital) de las entidades federativas que para el año 2008 tuvieron una proporción de AM por arriba de la media nacional (8.37). De esta manera el estudio se llevó a cabo en Monterrey, en el estado de Nuevo León; Cuernavaca, en el estado de Morelos y Oaxaca, en el estado del mismo nombre; en cada ciudad seleccionada se eligió un hospital y una clínica de atención primaria de instituciones públicas de salud.

Población y selección de informantes. Se llevó a cabo un muestreo por criterio de acuerdo con los perfiles de interés identificados:

- Prestador de servicios de salud: médicos y enfermeras que laboraran en los servicios de consulta externa de especialidad y en urgencias en el hospital, así como otros que ofrecen consulta externa de la clínica de referencia; se trató de localizar una muestra variada. Además, se buscó que estuvieran en contacto y atendieran necesidades de salud del AM. El total fue de 13 prestadores (seis médicos y siete enfermeras).
- Adultos mayores: mujeres y hombres de 60 años o más, identificados en las salas de espera de la consulta externa, sin problemas que les impidieran escuchar o hablar y sin deterioro cognitivo. Para asegurar esto último, se aplicó una evaluación corta con apoyo del instrumento Minimental State Examination (MMSE).¹⁵ En total fueron 12 AM (seis mujeres y seis hombres).

Procedimientos

Durante una semana, en cada unidad y con previo consentimiento informado, se realizaron entrevistas. El levantamiento de información se llevó a cabo entre junio y diciembre de 2011. Los temas explorados

* En este estudio se utilizaron las de espacio y persona, que son modalidades de la triangulación de datos, de acuerdo con la clasificación propuesta por Arias (2000): la de espacio, en virtud de que entrevistamos prestadores de diferentes áreas de los hospitales y servicios de salud; la de persona (agregado) porque, además del personal que laboraba en estas áreas, incluimos también la voz de los adultos mayores.

fueron características de los informantes, percepción del maltrato, situaciones en donde se puede dar el maltrato y acciones que se han de tomar en caso de maltrato. El análisis se efectuó con base en los procedimientos propuestos por la Teoría Fundamentada, para lo cual se definieron categorías analíticas basadas en los temas explorados. A partir de estas categorías, se organizó la información con el fin de comprender la percepción de los informantes a partir de las características del contexto.¹⁶ Las entrevistas se audiograbaron, se transcribieron y se organizaron con el apoyo del software para análisis cualitativo Atlas-ti v.6.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por la comisión de ética del Instituto Nacional de Salud Pública. Los entrevistados recibieron un curso sobre atención y contención de crisis. Las investigadoras tenían experiencia en el tema y contaron permanentemente con el apoyo de una gerontóloga/geriatra para atender a las personas que llegaran a presentar alguna crisis durante la entrevista. Asimismo, se contó con instituciones para atender o recibir al AM que lo requiriera. Al final de la entrevista se entregó un tríptico sobre los derechos del AM e información de los servicios disponibles de atención al maltrato.

Este estudio se derivó del proyecto Modelo de Atención para Adultos Mayores Maltratados, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) clave 87671.

Resultados

Prestadores de servicios de salud

Características

La edad de los prestadores fluctuó entre 30 y 61 años; la mayoría de ellos eran casados y llevaban entre 3 y 26 años de antigüedad en sus respectivos puestos de trabajo.

Percepción del maltrato

Los prestadores de servicios de salud no proporcionaron una definición específica del maltrato, pero sí mencionaron los diferentes tipos. Indicaron que el maltrato al AM en la institución se da por parte del personal de salud y por otros tipos de personal, como el de vigilancia o el administrativo. Piensan que el maltrato puede ser ejercido por cualquier persona,

independientemente de su cultura, educación y nivel socioeconómico:

[...] En el ambiente de la atención médica, nos hace falta mucha educación para la buena atención, porque inclusive, es maltrato el ignorar las necesidades básicas del AM [...]. (Médico).

A decir de los informantes, el maltrato se manifiesta principalmente en las mujeres AM, probablemente porque acuden más a los servicios de salud y porque, en ocasiones, se ven más vulnerables que los hombres AM. Asimismo, indicaron que el maltrato se presenta a partir de acciones como no dar al AM la atención que requiere, regañarlo o hablarle de forma golpeada y tratarlo de forma grosera:

[...] sobre todo a las ancianas, vienen muchas [...] la forma que les hablan golpeado, aquí nosotros tratamos de entender a la paciente, pero sí, a veces vemos que les gritan y cuando nos dicen que tienen dolor o alguna cosa, pues, tienen miedo en decirlo y también hay personal que no le da la confianza, ¿verdad? sino les gritan y pues ¡no! [...] vienen muy enfermitas. (Enfermera).

Situaciones por las que se puede dar el maltrato

Reconocieron que la necesidad de atenciones especiales, debido a problemas físicos y psicológicos o a la fragilidad y dependencia funcional, puede ser causante de maltrato, así como una gran carga laboral. Señalaron que este grupo de AM normalmente no se apega a las indicaciones del médico, lo que es motivo de enojo, ya que contrarresta la efectividad del tratamiento. Piensan que es la expresión de un ejercicio de poder e indicaron la falta de empatía, paciencia y amor hacia el AM como causas de maltrato:

[...] por soberbia, la forma que le hablan al paciente, al familiar: 'sálganse porque no es hora de visita' o 'espérense allá afuera' o 'ahorita no tengo tiempo', o se olvidan de la persona, no le dan la atención. Hay trabajadoras sociales que también lo hacen igual, no le dan la confianza ni la atención adecuada que corresponde. (Enfermero).

Indicaron que el personal de salud tiene muchos roles, incluidos los que tienen lugar en su ámbito familiar, en donde pueden ejercer maltrato al AM; es posible que esa práctica se repita en la institución. También comentaron la posibilidad de que quien maltrata tenga problemas psicológicos:

[el maltrato se debe a que el maltratador] tienen un trastorno de ansiedad en un momento dado o tienen miedo. También maltratan por no saber qué hacer, el querer descargar toda su furia, coraje que traen y porque el jefe les ordenó o porque se les atravesó el camionero en la calle y vienen y descargan con el primero que se les pone enfrente y ¿quién puede ser? pues alguien débil que se deja. (Médico).

Acciones a tomar en caso de maltrato

Mencionaron la necesidad de contar con información sobre este problema, así como la urgencia de contar con capacitación, sobre todo en aspectos gerontológicos, a fin de lograr mayor concientización en todo el personal de salud. Consideraron que es primordial investigar las causas de este maltrato institucional y que el personal de salud que maltrata al AM debería buscar ayuda psicológica para canalizar su coraje y sentimientos negativos:

[necesitamos de la] psicología. Unas clases de cómo dar paciencia al adulto [...] enseñanza con nosotros, eso es lo que se debe hacer con el personal. (Enfermera).

Los prestadores no identificaron qué es lo que se deberían hacer cuando detectan maltrato dentro de la institución y se enfrentan a la disyuntiva de quedarse callados o presentar una queja en contra de un compañero de trabajo; algunos toman iniciativas como la siguiente:

Cuando detecto [el maltrato] le digo a la persona que está maltratando que no debería hacerlo y me pongo como enojado, le digo 'si viene una persona aquí es porque está enferma, no viene por gusto y si el paciente vino al baño o el paciente ya se bajó es porque el paciente algo tiene', no es que esté bien. (Enfermero).

El personal considera que la persona que es víctima de maltrato es la que debe efectuar la queja, debe tomar el nombre del médico o enfermera y reportarlo, pero manifiestan que muchos AM no denuncian el maltrato por temor a que ya no les brinden atención médica.

Adultos mayores

Características

La edad de los informantes osciló entre 65 y 87 años; dos de las seis mujeres y uno de los seis hombres vivían solos.

Percepción del maltrato

Los pacientes manifestaron que el maltrato por parte del personal de salud se expresa en la falta de sensibilidad y de paciencia, en el rechazo y el trato despótico que reciben o en la invisibilidad de la que son objeto. Hicieron hincapié en la dificultad que tienen para poder transmitir sus problemas de salud:

No somos escuchados, ni vistos por el médico, porque muchas veces, por la timidez que tenemos, alguien llega con el médico, el médico no le pregunta, el médico no le dice nada, llega y a lo que va, si el médico tantito [le dice] algunas palabras, '¿cómo está con la familia?', el paciente se empieza a desenvolver, '¿sabe qué? Tengo esto, tengo lo otro' [...] y entonces a partir de eso se vería qué hacer o qué tiene uno. (Hombre de 70 años).

Situaciones por las que se puede dar el maltrato

Consideraron que el principal problema es que el personal de salud no tiene el tiempo, pero tampoco la paciencia para atenderlos e indagar acerca de los problemas que ellos tienen. Otro problema que mencionaron fue el largo tiempo de espera para ser atendidos o para conseguir una consulta, algo que también es percibido como maltrato.

Aquí el médico de [la institución], luego dice que tiene diez minutos para uno, entonces, ni puede uno platicar con él, porque 'lo que pasa es que no tenemos mucho tiempo', dice; 'tenemos diez minutos para dar una consulta' [...]. (Mujer de 78 años).

Acciones a tomar en caso de maltrato

Los AM consideraron que los servicios de salud pueden mejorar y brindar un trato más humano en la relación médico-paciente. Opinan que el personal de salud debe estar capacitado, sensibilizado y tener paciencia:

Ella sonreía y todo [la médica], haga de cuenta que yo iba enfermita y me sentía bien antes de que me diera la medicina, porque es muy importante la psicología también, todo eso transmite y eso es bueno, entonces sí me gustaría que el médico que atiende a uno fuera de que levante el ánimo pronto, de una sensibilidad que sintiera uno que le está ayudando desde que los está viendo, porque si llegamos y el médico está todo por allá con mala cara, no hay razón para que se pueda expresar uno también [...]. (Mujer de 80 años).

Asimismo, identificaron que existe la necesidad de contar con alguna instancia para denunciar o atender sus problemas en los servicios de salud.

Discusión

Al analizar el contexto en el cual se expresan los comentarios del grupo de informantes de este estudio, se configura claramente el escenario de maltrato por parte tanto del personal de salud como de otro tipo de personal (vigilantes, administrativos, etc.) así como por el sistema de salud. Esto viola los Derechos Humanos de los AM que acuden a los servicios de salud,¹⁷ lo que resulta más recurrente en las mujeres AM.

Los datos obtenidos nos obligan a desnaturalizar prácticas, maniobras y acciones que se llevan a cabo rutinariamente durante la atención en salud de los AM, específicamente por parte de los médicos, así como en la operatividad de los servicios (trámites para solicitar una consulta, prescripción de medicamentos, tiempos de espera y trato que tienen hacia las mujeres), acciones que han sido señaladas como inapropiadas por la Organización Mundial de la Salud³ y por otros estudios que abordan el tema del maltrato institucional.⁶

Conocer y visibilizar el maltrato institucional permite dimensionar la magnitud de este problema, identificar sus causas y sus consecuencias, y desentrañar la trama de sus interrelaciones. Lo anterior permite contar con herramientas e información para diseñar y definir políticas públicas que hagan frente tanto al problema de maltrato como a la discriminación.

Los AM requieren una atención integral por su vulnerabilidad social, económica y de salud y por la insuficiencia de herramientas necesarias para abandonar situaciones de desventaja, estructurales o coyunturales. Además, hacen un mayor uso de los servicios de salud dado que sufren de padecimientos crónicodegenerativos –es decir, que no tienen cura, sólo se controlan–; por lo tanto, en el mejor de los casos reciben sólo cuidados paliativos. El AM se autopercebe como una persona vulnerable, discriminada y con desconocimiento de sus derechos e instancias para denunciar el maltrato, por lo tanto, demanda una mejor atención y empatía por parte del personal de salud.⁶

Por otra parte, el modelo biomédico institucionalizado con perspectiva curativa, tanto en la formación como en la práctica médica, da origen a lo expresado por el personal de salud en el sentido de que “el maltrato a los AM es un problema que rebasa a las instituciones de salud”, pues los servicios tienen sus propios problemas, expresados en la falta

de planeación y organización así como en el exceso de normatividad con énfasis en una mayor productividad. Lo anterior resulta en la carencia de personal especializado, incremento en la demanda de atención, múltiples programas que se deben implementar y alta cantidad de trámites que se tienen que realizar. Se suma a lo anterior la escasez de programas de prevención, promoción y atención al maltrato al AM y un gran desconocimiento de los procedimientos que se han de seguir cuando se detecta un caso.¹⁰ Además, hay que agregar que en muchas ocasiones el personal de salud llega a la institución para atender al AM por azar o por oferta del mercado laboral y con escasa formación específica sobre el proceso de envejecimiento.¹⁸

Para el personal de salud, la discriminación se puede atribuir a la inexistencia de una conciencia y cultura del envejecimiento y al desconocimiento de las necesidades propias de la edad avanzada. Así, los cambios atribuidos al envejecimiento, sustentados en prejuicios y estereotipos negativos sobre la vejez, pueden generar en el personal de salud una repuesta de maltrato,⁴ cuando éste ve al AM como una persona que requiere de atención especial, frágil y dependiente.¹⁰ Por otra parte, se establece que el personal de salud tiene diferentes roles y que, de ejercer maltrato en su ámbito familiar, probablemente también lo ejerza en la institución, aunado esto a su carga de trabajo y a otros problemas estresantes.¹⁷

Por otra parte, a pesar de que el personal de salud reconoce el maltrato al AM, no hace un ejercicio de autoreflexión y crítica hacia sus propias actitudes; siempre lo refiere como un problema de los demás, que son quienes deben recibir atención psicológica. Asimismo, los prestadores se deslindan de toda responsabilidad de denuncia, la cual delegan por completo al AM. El compañerismo se ubica por encima del maltrato, erigiéndose como un obstáculo frente a todo intento de intervención.

La percepción de que las mujeres AM afrontan más problemas de maltrato puede obedecer, entre otros factores, al rol social que se les ha asignado, el cual se vincula también con una mayor vulnerabilidad que aumenta el riesgo de mala salud. De esta manera, las acciones o intervenciones que se realicen para eliminar el maltrato y la discriminación deberán incorporar una perspectiva de género para tratar este problema de manera diferencial.

En este estudio se identifican básicamente dos tipos de maltrato: la negligencia (invisibilidad, apatía, indolencia, desinterés, insensibilidad) y el maltrato psicológico (acciones de rechazo, falta de empatía, palabras altisonantes). Sin embargo, es pertinente

recordar que dar un trato diferente a personas entre las que existen desigualdades sociales se llama discriminación y también puede ser una forma de maltrato.

No se mencionó el maltrato físico, que es común en otras investigaciones.⁷ Esto puede obedecer a que los estudios mencionados se realizaron en otros contextos como el hogar o los asilos, por lo que es importante profundizar en los estudios y ampliarlos a otras áreas más allá del ámbito de la salud a fin de conocer la realidad que viven los AM.

El maltrato al AM en las instituciones de salud, sus causas y sus consecuencias son temas que recientemente se han abordado desde el quehacer científico. Por lo anterior, resulta necesario fortalecer esta línea de investigación profundizando en el contexto en que labora el personal de salud, así como en los factores sociales, demográficos, económicos, culturales y psicológicos que motivan el maltrato hacia los AM, toda vez que este personal tiene una obligación contractual de proveer servicios, cuidado o protección a los AM que acuden a los servicios de salud. La medicina moderna en ocasiones ha desatendido su función humanitaria, a la par de que los AM requieren más que la simple cura de sus padecimientos:¹⁸ una atención integral que incluya la comprensión y empatía del personal de salud. En los profesionales de la medicina de formación y tradición curativa se precisa un cambio de mentalidad y de actuación.¹⁹

Entre los retos importantes para los sistemas de salud se ubica el diseño de programas y acciones enfocados a eliminar y prevenir el maltrato en todo el personal que labora en los servicios de salud. El apoyo a través de herramientas, capacitación y concientización con intervenciones que conlleven el cambio de actitudes y conducta, y una supervisión, son necesarios para otorgar una atención con función humanitaria, que no sólo evite el maltrato sino que reincorpore el sentido de la integralidad para el cuidado de la salud a los AM. Además, se requiere la promoción de la salud a través de programas de autocuidado que empoderen al AM.²⁰

El fin último del sistema de salud es lograr el bienestar en salud para la población. El maltrato hacia el AM, además de afectar a la persona, resulta un problema social y económico para la familia, la comunidad y los servicios de atención a la salud,²¹ que requiere una respuesta social organizada²² concreta y urgente. Esta respuesta debe hacer honor a la distinción otorgada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas a la Suprema Corte de Justicia de la Nación México,²³ por sus importantes progresos en la

promoción de los Derechos Humanos y sus avances para acabar con la impunidad.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. XLI Asamblea Médica Mundial. Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos. Hong Kong, Septiembre de 1989.
2. Chapell D, Di Martino V. Workplace violence in the health sector: Violence at work. Geneva: International Labour Organization Sectoral Activities, 2002:11-14.
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. Washington: OMS/OPS, 2009:3-5.
4. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 1990;301(6765):1359-1362.
5. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *J Elder Abuse Negl* 1988;1(1):65-73.
6. Rodríguez RE. Salud y personas mayores, la discriminación sanitaria del mayor. Madrid: Academia de Medicina de Cantabria, 2004:7-68.
7. Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Geront* 1989;29(3):314-320.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de población y vivienda 2010. Resultados Definitivos. México: Inegi, 2011.
9. Pamplona F. Violencia institucional. En: Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre violencia y salud. México: SSA, 2006:241-290.
10. Gutiérrez-Robledo LM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México: Conapo, 2004:53-70.
11. Gutiérrez-Robledo LM. Violencia y abuso contra las personas mayores. En: Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México: SSA, 2006:77-120.
12. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2011. México: Coneval, 2012:12-20.
13. WHO/SIG.A Global response to elder abuse and neglect. Building primary health care capacity to deal to the problem. World-Wide. Ginebra: WHO, 2006.
14. Arias MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En: Mercado F, Gestaldo D, Calderón C, eds. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. México: Universidad de Guadalajara, 2000:481-499.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 3:189-198.
16. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.
17. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Derechos de los adultos mayores. México: CNDH, 2012.
18. Huenchuan S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL 100. Chile: Organización de Naciones Unidas, 2009:30-213.
19. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Guía de prevención del maltrato en personas mayores. Chile: Senama, 2007:1-17.
20. Moya-Bernal A. El profesional de atención primaria ante los malos tratos a personas mayores. En: Jornadas de Prevención e Intervención en

Malos Tratos a Personas en Situación de Dependencia. Madrid: Imsero, 2007:35-41.

21. Kane RL, Kane RA. What older people want from long-term care, and how they can get it. *Health Aff* 2009(6):114-127.

22. Barrantes-Monge M, Rodríguez E, Lama A. Relación médico-paciente: derechos del adulto mayor. *Acta Bioeth* 2009;15(2):216-221.

23. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Informe de prensa del 10 diciembre 2013 [documento en internet]. México, 2013 [consultado el 5 de junio de 2014]. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/nacional/2013/12/10/la-scn-recibe-un-galardon-de-la-onu-por-su-trabajo-en-derechos-humanos>.