

## Modelo de Atención para Adultos Mayores Maltratados: percepción del maltrato en los servicios de salud

### Model of care for older adults abused: perception of abuse in health services

María Guadalupe Ruelas-González<sup>23</sup>, Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte<sup>24</sup>, Hortensia Reyes-Morales<sup>25</sup> y Laureano Reyes Gómez<sup>26</sup>

**Resumen:** El objetivo del estudio fue analizar la percepción del maltrato en la atención que se brinda a las personas adultas mayores en los servicios de salud. Métodos: Estudio realizado de junio 2009 a febrero 2012 en áreas de consulta externa, urgencias y hospitalización de tres entidades federativas en México y adultos mayores de las entidades, con métodos cualitativos. Resultados: Existe falta de capacitación y personal para la atención a las personas adultas mayores, de protocolo de manejo, de tiempo para la atención, interacción o adecuada relación médico-paciente, vinculación con sectores sociales y legales y renuencia para dar aviso en casos de maltrato.

**Abstract:** The aim of this study was to propose a comprehensive model of care for elderly victims of domestic abuse. Methods: the study was conducted from June 2009 to February 2012 in outpatient areas, emergency and hospitalization of three states in Mexico; with qualitative methods in the first stage. Results: There is a lack of training and personnel for providing care to elderly, the management of protocol, time for caring, or an adequate doctor-patient interaction, and a link with social and legal sectors, as well as a lack of commitment to notify in cases of abuse.

Palabras clave: Atención a la salud; maltrato; personas mayores; personal de salud

### Introducción

El envejecimiento demográfico es un problema mundial del que no escapa México. De acuerdo

---

<sup>23</sup> Dra. en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. [guadalupe.ruelas@insp.mx](mailto:guadalupe.ruelas@insp.mx)

<sup>24</sup> Dra. en Psicología Social. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. [blanca.pelcastre@insp.mx](mailto:blanca.pelcastre@insp.mx)

<sup>25</sup> Dra. en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud. Centro de Información para Decisiones Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. [hortensia.reyes@insp.mx](mailto:hortensia.reyes@insp.mx)

<sup>26</sup> Dr. en Ciencias Sociales. Instituto de Estudios Indígenas Universidad Autónoma de Chiapas. [Reylau2001@hotmail.com](mailto:Reylau2001@hotmail.com)

con el censo de población y vivienda, para el año 2010 las personas de 60 años y más representaron el 9% de la población total de México y se proyecta que para el año 2050 alcanzarán el 27.7% (1). Este progresivo envejecimiento de la población se presenta junto con otros cambios sociales, como la reducción del apoyo y cuidado familiar por la incorporación de la mujer al mercado laboral y características culturales donde la discriminación por edad y la práctica de maltrato son manifiestas. (2).

El maltrato de personas mayores se define como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”(3). Este maltrato se da principalmente en el hogar, pero también se puede encontrar en instituciones de asistencia social y de salud (4).

A nivel mundial se estima que entre el 4% y el 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato, pero se calcula que solo uno de cada cinco casos se denuncia (3). En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 encontró maltrato familiar (emocional 13.4%, negligencia 10.8%, físico 1%) en mujeres adultas mayores, (8) en otros estudios se ha registrado hasta 16% de maltrato a través del autoreporte de las personas mayores (6).

El maltrato hacia las personas mayores tiene graves consecuencias y secuelas para la salud física y psicológica (9). La morbilidad y mortalidad asociada a dicho maltrato hacen de los servicios de salud el lugar idóneo para su prevención, detección y atención. Por la complejidad del problema, la atención adecuada amerita la intervención de profesionales de diversos campos disciplinarios e implica cambiar el paradigma de una perspectiva asistencial a una perspectiva de derechos, así como de recursos necesarios y de lineamientos y metodologías claras y aplicables a la realidad del país.

A nivel internacional se han realizado diferentes propuestas de atención del maltrato hacia las personas mayores (10,11). México cuenta con diversos instrumentos como el Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual (12) y con Guías de Práctica Clínica para la Detección y Manejo del Maltrato en los Adultos Mayores en el Primer Nivel de Atención (13). Sin embargo, es necesario analizar la atención a las personas mayores maltratadas en los servicios de salud desde la perspectiva de los actores y en su propio contexto

para responder a sus necesidades de atención y reducir los grandes costos sociales y económicos que implica (14).

Por lo anterior, el objetivo del estudio fue analizar la percepción del maltrato en la atención que se brinda a las personas adultas mayores en los servicios de salud, a partir de la percepción del personal de salud y de las personas adultas mayores para diseñar un modelo de atención.

## **Métodos**

El estudio se realizó de junio del 2009 a febrero del 2012.

Para la identificación de las percepciones, se empleó metodología cualitativa con la estrategia de triangulación entre datos (15) y se utilizó la entrevista semi-estructurada como técnica para la obtención de la información.

### Lugares de estudio

Se seleccionaron las ciudades que para el año 2008 tuvieron una proporción de personas adultas mayores por arriba de la media nacional (8.37%) y que representan diferentes grados de marginación en el país, con el propósito de contar con una mayor diversidad socio-económica y de las actividades de los servicios de salud para la atención al maltrato a las personas mayores. Se eligió Monterrey (región norte de México), con grado de marginación muy bajo; Cuernavaca (región centro), con grado de marginación medio y Oaxaca (región sur), con grado de marginación muy alto (16,17). En cada ciudad se seleccionó un hospital y una clínica de atención primaria de cada una de las tres principales instituciones públicas de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y Secretaría de Salud).

### Población de estudio y selección de informantes

Se llevó a cabo un muestreo por criterio de acuerdo a los perfiles de interés identificados:

a) Personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos de los servicios de consulta de atención primaria, especialidad, urgencias y hospital, que atendieran a personas adultas mayores y aceptaran participar.

b) **Personas adultas mayores:** mujeres y hombres de 60 años o más, con residencia en las áreas de influencia de los servicios de salud seleccionados, sin dificultad para escuchar y/o hablar y sin deterioro cognitivo, esto último evaluado mediante el *Minimal State Examination* (MMSE) (18).

#### Levantamiento de datos

Se hicieron 30 visitas domiciliarias por ciudad seleccionada para realizar las entrevistas a las personas adultas mayores, su cuidador y familiar no cuidador (en caso de contar con ellos), con base en guías de entrevista por tipo de informante. Se efectuaron entrevistas a personas de instituciones sociales y legales de atención a la violencia de cada ciudad. Los datos se agruparon para ser presentados en tres categorías: 1) Percepción de maltrato; 2) Situaciones en las que se puede dar el maltrato; 3) Acciones a tomar en los servicios de salud, en caso de maltrato.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas, el análisis de la información se llevó a cabo con base en los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada.

El estudio fue aprobado por las Comisiones de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública. Se obtuvo autorización de directivos del sector salud para la realización del levantamiento de la información. Se efectuó consentimiento informado escrito a las personas adultas mayor y consentimiento verbal al resto de informantes.

### **Resultados Personal de Salud**

Se realizaron entrevistas a: 26 médicos, 29 enfermeras, 24 trabajadoras sociales, nueve directivos, una psicóloga y 63 personas adultas mayores.

#### 1) Percepción del maltrato

El personal de salud no proporcionó una definición específica del maltrato, pero sí mencionó los diferentes tipos e indicó que el principal tipo es el maltrato familiar psicológico.

Piensan que el maltrato puede ser infligido por cualquier persona sin importar su cultura, educación y nivel socioeconómico.

Expresaron que en los servicios de salud se pueden identificar diversas formas de maltrato, como el institucional o el ocasionado por el propio personal de salud. Indicaron que el

maltrato al AM se da en la institución por parte del personal de salud y otro personal como vigilantes o administrativos.

Señalaron que el maltrato familiar en personas mayores que vienen a consulta, es el más frecuente. Gran parte de los profesionales en salud perciben que puede haber sospecha de maltrato en una gran parte de esta población que puede llegar hasta el 30-40%.

A decir de los informantes, el maltrato se manifiesta en acciones como no dar al AM la atención que requiere, regañarlo o hablarle de forma golpeada y tratarlo de forma grosera.

“(…) de la forma que le hablan golpeado a la paciente, aquí nosotros tratamos de entender al paciente, pero sí, a veces vemos que le gritan y cuando nos dice que tienen dolor o alguna cosa, pues, tiene miedo en decirlo y también hay personal que no le da la confianza ¿verdad? sino le grita y pues ¡no!....” (Enfermera).

Expresan que el maltrato en las personas adultas mayores, conlleva serios problemas para los servicios de salud debido a la pérdida de citas, reincidencia en la demanda de atención, retraso de egresos en hospitalización y urgencias, deficiencia en la calidad de atención, entre otros. Así mismo, gran daño en la persona mayor porque se presentan descompensados, deshidratados o con problemas psicológicos y vulnerables.

## 2) Situaciones por las que se puede dar el maltrato

Los profesionales piensan que es la expresión de un ejercicio de poder e indicaron la falta de empatía, paciencia y de amor hacia el AM como causas de maltrato.

Indicaron que se puede presentar en diversas situaciones, entre ellas, por el requerimiento de atenciones especiales, debido a problemas físicos y psicológicos o por fragilidad y dependencia funcional o por la carga laboral de cuidado.

Otro aspecto establecido por el personal de salud, es cuando la persona mayor se convierte en una “carga” para la familia porque ya no son económicamente activos, pero ocasionan un mayor gasto sobre todo en medicamentos, además de la co-morbilidad y requerir de mayor cuidado y atención.

“... [el maltrato se debe a que el maltratador] tiene 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 trae y porque el jefe le ordenó o porque se le atravesó el camionero en la calle y viene y descarga con el primero que se le pone enfrente y ¿quién puede ser? pues alguien débil que se deja.” (Médico).

### 3) Acciones a tomar en caso de maltrato

Consideran que la persona que es víctima de maltrato es la que debe efectuar la queja, (aunque no especifican a dónde), además manifiestan los prestadores de servicio que en muchos de los casos no lo hacen, por temor, vergüenza o desprestigio.

“P: ¿Qué debe hacer una persona cuando es maltratada?

R: Preguntarle qué persona lo está atendiendo, ¿lo trata bien? (Enfermera)

Cuando el maltrato es observado dentro de la institución, los prestadores no reconocen qué es lo que deberían hacer y se enfrentan a la disyuntiva de presentar una queja en contra de un compañero de trabajo.

[¿Cómo voy a acusar a mi compañero con el Director!, eso no es correcto...].

“R(...) Cuando lo detecto 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 ¿no?”. (Enfermero).

### **Resultados adultos mayores**

La edad de los informantes osciló entre los 65 y 87 años, siete mujeres eran viudas (dos de ellas vivían solas), dos sin compañero (vivían con sus hijos) y las dos últimas casadas (vivían con su compañero y sus hijos). Respecto a los hombres, nueve estaban casados (vivían con su compañera y dos de ellos además con sus hijos) y dos no tenían compañera (vivían solos).

### 1) Percepción del maltrato

En los servicios de salud los AM indican que en la consulta externa muchas veces les señalan que no les darán la consulta porque no van acompañados de algún familiar, empero que los AM no pueden obligar a sus hijos (principalmente), ya que ellos tienen que trabajar o hacer sus actividades cotidianas.

“R- (...) Porque los hijos en primer lugar no se prestan para acompañarlo a uno, porque trabajan, los hijos tienen preocupaciones, los hijos al anciano lo abandonan pues, como un niño, unos que Dios nos ayuda, vemos cómo entramos y salimos y ahí se acabó todo. ...”

...”Es muy difícil llegar a adulto mayor, hay adultos que ya no se pueden ir hacer sus necesidades, tienen que necesitar ayuda de su familia, pero en esto viene que lo dejan allá y no lo atienden y la persona está esperando a ver quién lo ayuda, porque hay unos de 90 años o algo así, ellos les está más difícil”.

Por otra parte los AM manifiestan que el maltrato que sufren por parte del personal de salud se expresa en la falta de sensibilidad, paciencia, el rechazo y el trato despótico que reciben. Hacen hincapié en la dificultad con que cuentan para poder transmitir sus problemas de salud y que:

“...No somos escuchados ni vistos por el médico”.

“Sería bueno primero, este, hacer plática con esta persona ¿no?, para ver qué es lo que siente, qué es lo que quiere, o que necesita.”

R.- Pero aquí el médico del...., 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 (...)

R.- Sí, porque a veces nos rechazan o no nos tratan como deberían, -ahí espérese, todavía le falta- luego nos dicen.”

## 2) Situaciones de maltrato

Los entrevistados consideran que el maltrato es invisible debido a que la familia y la sociedad no tienen el tiempo, ni paciencia y no son tomados en cuenta.

Manifiestan que se podría hacer algo para ayudarlos, pero no identifican qué acciones se pueden hacer, así mismo, perciben que se requiere de alguna instancia para denunciar sus problemas, aunque no la identifican o conocen.

Otro problema que manifiestan como maltrato en los servicios de salud, son los largos tiempos de espera para ser atendidos o conseguir una consulta, así como los obstáculos arquitectónicos a los que se enfrentan para poder acceder a los diferentes servicios, ponen como ejemplo el baño y las sillas de la sala de espera, las cuales no tienen agarraderas para poderse apoyar.

“R.- Tener algún lugar, de poner alguna queja del servicio recibimos acá, por ejemplo cuando va uno a sacar una cita, la recepcionista luego me la da hasta el lunes, si venimos, venimos con alguna molestia, nos la dan para unos días después, a mí me ha pasado (...), por mi parte he visto personas que a veces, salen por acá muy deprimidos, porque a la mejor no se supieron desahogar, si hubiera un órgano [donde los AM se pudieran quejar] eso sería práctico, sería muy bien, muy efectivo ¿verdad?, para que el adulto ahí se desahoga, dice esto, el otro, y de esa manera ahí se podría ver todo el maltrato que existe, del que hablábamos.”

## 2) Qué debe hacer el personal de salud ante el maltrato

Los AM consideran que los servicios de salud pueden ayudar, a través de mejorar la relación médico paciente. Redundan en el hecho de que el personal de salud debe estar sensibilizado y tener paciencia:

“R.- Ella sonreía y todo, haga de cuenta que yo iba enfermito 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, pues, 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 (...)

## **Discusión**

El aporte de esta investigación se centra en encontrar las bases para el diseño de un Modelo de Atención Integral para el Maltrato hacia la Persona Mayor, su riqueza estriba en profundizar en el conocimiento a partir de percepción de las propias personas que lo viven y lo atienden, proporcionando elementos que permitan eliminar barreras en la mejor atención de las personas adultas mayores.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS ha reportado que la exclusión social hacia los ancianos es una práctica que se observa en casi todos los países del mundo, destacando la invisibilidad social de este grupo, la distribución inequitativa de bienes y servicios, y el maltrato sobre todo en aquellos ancianos que viven en pobreza (27)

El maltrato hacia las personas adultas mayores causa daño a la persona y a toda la sociedad, pero puede ser prevenido o reducido con la participación y voluntad de todos los sectores de la sociedad.

Los resultados de este estudio evidencian la percepción de existencia de maltrato hacia las personas adultas mayores, tanto por parte de la familia como por parte del personal de salud. Es de resaltar que a pesar de ello, en el personal de salud no se aprecia un reconocimiento de sus propias actitudes ya que lo refieren siempre a terceros quienes son considerados como personas que deben recibir atención psicológica; asimismo, derivan la responsabilidad para la solución de la situación al propio AM quien “debería presentar una queja”.

En este estudio se encontraron varias barreras para la atención del maltrato a las personas adultas mayores que ya han sido establecidas por otros autores (20,21), las cuales son muy importantes en el diseño del modelo de atención para esta población.

Entre las barreras se encuentran: que en muchos de los casos las víctimas no perciben la violencia como una violación o abuso. En algunos casos las víctimas son amenazadas por el agresor. Se desconocen los mecanismos de denuncia correspondientes. Se reconoce el maltrato como parte de una cultura. Otros aspectos son el miedo a la reacción de los funcionarios, la vergüenza y el temor a las consecuencias que pueda tener la denuncia.

Un aspecto que cabe destacar en este trabajo, es debido a que en ocasiones al denunciar los abusos, los adultos mayores se enfrentan al manejo inadecuado del reporte por la falta de capacitación del personal. (5,30).

Que el paciente anciano esté en contacto con los servicios de salud constituye una oportunidad para que los prestadores de salud puedan identificar el maltrato en las personas de edad, así como para prevenir y tratar la violencia contra ellos. No obstante, para poder desempeñar esta función, necesitan una formación y una orientación específicas que aumenten su grado de conciencia del problema (31), así como contar con guías, protocolos y un sistema de rastreo, todo lo cual se contempla en el diseño del modelo de atención al maltrato.

Entre las recomendaciones que señala la OPS para identificar el problema de maltrato en un adulto mayor, se encuentra "realizar una evaluación geriátrica integral del paciente, con inclusión de los aspectos médicos, funcionales, cognoscitivos y sociales" (4). Sin embargo, se carece de infraestructura y de especialistas para proporcionar servicios de este tipo (5).

Con base en la información obtenida en el presente trabajo se propone dar respuesta a las recomendaciones Internacionales (26) con el desarrollo de nuevas metodologías para la atención adecuada de las personas adultas mayores maltratadas, con énfasis en la Atención Primaria a la Salud (27).

En otros trabajos publicados, se podrá encontrar el Modelo de Atención Integrada para Adultos Mayores Maltratados propuesto en donde se contempla, entre otras cosas la capacitación del personal de salud, dando respuesta a las inquietudes manifestadas por ellos mismos y contempla aspectos biomédicos, gerontológicos, psicológicos y legales. Así propone una atención integrada hacia la persona mayor, modificando el paradigma de la atención biomédica, pretendiendo la interdisciplinariedad en la atención primaria de salud (23) y la participación interinstitucional. Además el modelo brinda alternativas de solución como la creación de indicadores, el registro de casos y vigilancia epidemiológica (2), lo cual permitirá dimensionar el problema y proporcionar información que genere investigaciones, intervenciones, políticas y retroalimente al propio modelo.

Como se puede observar el maltrato en el adulto mayor en los servicios de salud es muy frecuente, no así la atención que debiera de proporcionarse, es necesario atender este problema grave de salud pública y dotar a los prestadores de servicio de salud herramientas suficientes y

necesarias para realizar la atención de las personas adultas mayores.

## **Bibliografía**

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y Hombres en México 2011. INEGI, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2012. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. 15 de junio. Día mundial de toma de consciencia del abuso y maltrato en la vejez. Declaración del Secretario General de la ONU, 2012. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/elderabuse/> consultado el 2 de abril del 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Toronto, nov.17 de 2002; Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad. A/RES/67/139. ONU, 13 de febrero del 2013.
- Organización de las Naciones Unidas. Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. México 2003.
- Ruelas González G, Salgado SV. Factores Asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. Rev Chil Salud Pública 2009; 13(2): 90-99.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores 2006. INAPAM 2007.
- Instituto Nacional de las Mujeres. Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2011. INM cuaderno 35. México 2012.
- Organización de las Naciones Unidas. Resolución de asamblea general A/RES/66/127. ONU, 9 de marzo del 2012.
- Encuentro Internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y Promoción de los

- Derechos de las Personas Mayores. Santiago de Chile; 2011 nov. 20-30; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2012.
- Consejo Nacional de la persona adulta mayor. Programa de atención integral de la persona adulta mayor abusada y/o abandonada. Costa Rica 2004.
- Secretaría de Salud. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Estrategia. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México: Secretaría de Salud, 2004. Disponible en: <http://www.svri.org/estrategia.pdf>
- Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Detección y manejo del maltrato en los adultos mayores en primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud 2009. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057\\_GPC\\_MaltratoAdultoMayor/MAM\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf)
- Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2012; 28(1): 164-169. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&lng=en&nrm=iso). ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100017>.
- Arias, MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En F. Mercado, Gestaldo D. y Calderón C. (comp.). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. México: Universidad de Guadalajara; 2000:481-499.
- Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010. México: CONAPO 2011. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices\\_de\\_Marginacion\\_2010\\_por\\_entidad\\_federativa\\_y\\_municipio](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de México. México: INEGI, 2011. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_socio/Cpv2010\\_Panorama.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/Cpv2010_Panorama.pdf)
- 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;12:189-198
- Martínez Rodríguez T. *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona*. Guía para la

intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad y dependencia. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2011:207.

Blakely BE, Dolon R, May DD. Improving the Responses of physicians to elder abuse and neglect: Contribution of a Model Program. *Journal of Gerontological Social Work* 1993; 19:35-47.

Reay AM, Browne KD. The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence* 2002; 17:416-431.

Estrategia Regional sobre la salud de las personas mayores y el envejecimiento sano y activo. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington DC; 2008 jun. 23-27.

Hoskins I, Kalache A. Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Pan Am Public Health* 2005;17:444-451.

Norma Oficial Mexicana. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Secretaría de Salud, México;2005

A Global Response to Elder Abuse and Neglect. Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem World-Wide. World Health Organization. Geneva; 2006:152.

Pérez-Rojo G, Sáncho CT, Aranda JT. Aportación Española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43:180-8.

El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General de las Naciones Unidas, Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Segundo período de sesiones. Nueva York; 2002 feb. 25- 1 marzo; Naciones Unidas.