

**UNIVERSIDAD
HISPANOAMERICANA**

MEDICINA Y CIRUGÍA

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y
CIRUGÍA**

**PREVALENCIA Y PRINCIPALES FACTORES
DE RIESGO CONOCIDOS DEL SÍNDROME
DEL MALTRATO, NEGLIGENCIA Y
ABANDONO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
NACIONAL DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA DR. RAÚL BLANCO
CERVANTES, ATENDIDOS EN EL COMITÉ DE
ESTUDIO INTEGRAL DEL ANCIANO
AGREDIDO Y ABANDONADO, DE ENERO DEL
2014 A DICIEMBRE DEL 2014**

Sustentante

Anthony Morales Brizuela

Tutora

Dra. Katrin Kulzer Homann

Junio, 2017

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	ii
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
DEDICATORIA.....	xi
RESUMEN.....	xii
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.1.1. Antecedentes del problema.....	19
1.1.2. Delimitación del problema	20
1.1.2.1 Delimitación de la muestra.....	20
1.1.2.2 Delimitación demográfica	20
1.1.2.3 Delimitación temporal	20
1.1.2.4 Delimitación geográfica	21
1.1.3. Justificación.....	21
1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL.....	24
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.3.1. Objetivo general	24

1.3.2.	Objetivos específicos	24
1.4.	ALCANCES Y LIMITACIONES	26
1.4.1.	Alcances.....	26
1.4.2.	Limitaciones	26
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO		28
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....		29
2.1.1	Antecedentes históricos.....	29
2.1.1.1	Agresión adulto mayor	29
2.1.1.2	Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado (Ceinaa) ...	31
2.1.1.3	Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología (HNGG).....	34
2.1.1.4	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (Conapam).....	37
2.1.2	Demografía.....	38
2.1.3	Magnitud del problema	43
2.1.4	Instrumentos de protección internacional	47
2.1.4.1	Declaración Universal de los Derechos Humanos	47
2.1.4.2	Convención sobre el estatuto de los refugiados	48
2.1.4.3	Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento.....	48
2.1.4.4	Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores.....	49
2.1.5	Legislación en Costa Rica	49

2.1.5.1 Ley Integral para la persona adulta mayor	49
2.1.5.2 Ley contra la violencia doméstica	51
2.1.7 Conceptualización de la violencia.....	52
2.1.8 Tipos de maltrato.....	54
2.1.9 Clasificación del maltrato y definiciones	54
2.1.8.1 Abuso físico.....	54
2.1.8.2 Abuso psicológico	55
2.1.8.3 Abuso sexual	56
2.1.8.4 Abuso patrimonial	57
2.1.8.5 Negligencia.....	58
2.1.9 Factores de riesgo.....	59
2.1.9.1 Factores de riesgo integral de la victima	63
2.1.9.2 Factores de riesgo sociofamiliares.....	65
2.1.9.3 Factores de riesgo del agresor:	66
2.1.10 Perfil de las personas adultas mayores, víctimas de maltrato, negligencia y abandono.	67
2.1.11 Protocolo de detección del maltrato	68
2.1.11.1 Protocolo del Ceinaa.....	68
2.1.11.2 Diagrama de flujo de maltrato	69
2.1.12 Valoración integral de adulto mayor	70

2.1.12.1 Valoración de la esfera clínica.....	70
2.1.12.2 Valoración de la esfera funcional	71
2.1.12.2.1 Índice de Barthel.....	71
2.1.12.2.2 Índice de Lawton	72
2.1.12.3 Valoración de la esfera mental	72
2.1.12.3.1 Test Mini Mental	72
2.1.12.3.2 Escala depresión geriátrica de Yesavage.....	73
2.1.13 Estrategias de atención e intervención del Ceinaa, en situaciones maltrato en la persona adulta mayor.	74
2.1.14 Estrategias de prevención de maltrato en adultos mayores.....	74
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	76
3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	77
3.1 Enfoque de investigación	77
3.2 Tipo de investigación	77
3.3 Unidades de análisis u objetos de estudio	77
3.3.1 Población	77
3.3.2 Muestra	78
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	79
3.3.3.1 Criterios de inclusión.....	79
3.3.3.2 Criterios de exclusión.....	79

3.4 Instrumentos para la recolección de la información.....	79
3.4.1 Validez del cuestionario	80
3.5 Diseño de la investigación	82
3.6 Operacionalización de variables.....	83
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	90
4.1. GENERALIDADES	91
CAPÍTULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	118
5.1 Discusión e interpretación o explicación de los resultados	119
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	129
6.1 CONCLUSIONES	130
6.2 RECOMENDACIONES.....	134
BIBLIOGRAFÍA	136
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	141
ANEXOS	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Personas adultas mayores atendidas en el Ceinna, por Síndrome del maltrato, según áreas de atención HNGG por semestre 2014.	45
Tabla N° 2 Situaciones atendidas según tipo de maltrato Ceinna- HNGG, enero a diciembre 2014	46
Tabla N° 3 Operacionalización de variables.....	83
Tabla N° 4 Principales patologías de pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante el año 2014	105
Tabla N° 5 Prevalencia de pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, con respecto a los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, durante el año 2014	111
Tabla N° 6 Principales factores de riesgo conocidos del Síndrome de maltrato, negligencia y abandono en pacientes atendidos en el Ceinna, durante el año 2014.....	112

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución por rango de edad en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014	92
Gráfico N° 2 Distribución según sexo en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.	93
Gráfico N° 3 Distribución según estado civil en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.	94
Gráfico N° 4 Distribución según lugar de procedencia en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.....	95
Gráfico N° 5 Distribución según escolaridad en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.	96
Gráfico N° 6 Distribución por estatus económico en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.....	98
Gráfico N° 7 Distribución según apoyo social en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.	99
Gráfico N° 8 Distribución grado de dependencia según el Índice de Barthel en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.	100
Gráfico N° 9 Distribución por grado de dependencia según el índice de Lawton, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el CEINAA, durante del año 2014.....	101

Gráfico N° 10 Distribución por grado de deterioro cognitivo según el Test Mini mental en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinna, durante del año 2014.	103
Gráfico N° 11 Distribución según grado de depresión según la Escala de Yasavage, pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.	104
Gráfico N° 12 Distribución según el uso de tabaco, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.	107
Gráfico N° 13 Distribución según consumo de alcohol, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.	108
Gráfico N° 14 Distribución según el uso de drogas, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.	109
Gráfico N° 15 Distribución según exposición a humo de leña, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.	110
Gráfico N° 16 Distribución según el tipo de maltrato en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.	114
Gráfico N° 17 Distribución según intervenciones recibidas en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Costa Rica: Población total por sexo y tasa de crecimiento 1864- 2011	39
Figura N° 2 Tres grandes grupos de edades de la población. Costa Rica, 1950- 2060.....	41
Figura N° 3 Diagrama de flujo de pasos a seguir en situaciones de maltrato en adultos mayores.....	69

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada a mis padres y a mi familia, quienes son el pilar y sustento de mi vida, los que siempre han estado presente en mis momentos de felicidad, dolor y angustia.

A mi abuelo, que desde el cielo con orgullo me muestra su sonrisa cada día.

RESUMEN

El propósito principal de esta investigación consiste en concienciar sobre el creciente problema de salud pública de maltrato a los adultos mayores que aqueja a Costa Rica y al resto de países del mundo. El énfasis del estudio se limita a presentar información del perfil del adulto mayor en situación de maltrato.

Objetivo general

Determinar la prevalencia y principales factores de riesgo conocidos del Síndrome del maltrato, negligencia y abandono en pacientes del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, atendidos en el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado, de enero del 2014 a diciembre del 2014

Metodología

Se obtuvo una muestra de 233 pacientes, a partir de una población de 525 pacientes atendidos en el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado con diagnóstico de Síndrome de maltrato, del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología.

Resultados

Se obtuvo una prevalencia de 1,18%, de pacientes atendidos en el Ceinaa con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono, con respecto a la totalidad de pacientes del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. Los principales factores de riesgo conocidos asociados al Síndrome de maltrato, negligencia y abandono son: la dependencia funcional, edad mayor de 75 años, el deterioro cognitivo, el sexo femenino, la

sobrecarga del cuidador, la dinámica familiar conflictiva, la viudez, el cuidador cansado, la adicción a las drogas y alcoholismo del agresor, la violencia intrafamiliar y la depresión del adulto mayor.

Conclusiones

El maltrato a la población adulta mayor está dado por factores de riesgo individuales, sociofamiliares y del agresor, que en el ambiente y momento propicio desencadena malos tratos en las personas mayores.

Summary

The main purpose of this research is to raise awareness about the public health problem that afflicts Costa Rica and the rest of the world. The emphasis of the study is limited to presenting information on the profile of the elderly in an abusive situation.

General objective

To determine the prevalence and main known risk factors of the Maltreatment, neglect and abandonment Syndrome in patients of the Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, attended in the Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado, from January 2014 to December 2014

Methodology

A sample of 233 patients was obtained from a population of 525 patients treated at the Comité de Estudio Integral del anciano agredido y abandonado with diagnosis of Maltreatment Syndrome, attended at the Integral Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado, Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología.

Results

A prevalence of 1.18% was obtained from patients treated at the Ceinaa with diagnosis of maltreatment, neglect and abandonment Syndrome, with respect to all patients at the Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología. The main known risk factors associated with maltreatment, neglect and abandonment Syndrome are: functional dependence, age greater than 75 years, cognitive impairment, female gender, caregiver overload, conflictive

family dynamics, widowhood, caregiver Tired, addiction to drugs and alcoholism of the aggressor, domestic violence and depression of the elderly.

Conclusions

The abuse of the elderly population is due to individual risk factors, socio-family and the aggressor, which in the environment and at the right time triggers maltreatment in the elderly

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

Los maltratos a la población adulta mayor, datan desde el inicio de la humanidad, donde se documenta que las personas mayores eran rechazadas y sacadas de los pueblos y comunidades por su situación de vulnerabilidad, de poca fuerza y rendimiento para realizar trabajos y actividades con respecto a las personas jóvenes.

Ese patrón no ha cambiado con el pasar del tiempo, ejemplo de ello es que durante la Segunda Guerra Mundial los nazis, en su ideología de que solo debían vivir individuos valientes y que físicamente fueran fuertes, sin temor a nada y eliminando a las personas discapacitadas o las de edades adultas.

Tales conductas continúan durante la actualidad, tal vez no tan drásticas como se aplicaba en tiempos pasados como llegar a matar a una persona porque perdió capacidad física e intelectual, pero si dando malos tratos, agresiones físicas, sexuales, psicológicas y emocionales.

La situación en Costa Rica y a nivel mundial va en aumento, cada día se escuchan y ven noticias de agresiones y abusos en contra de población adulta mayor, desde el chofer de autobús que gritó al anciano hasta el hijo que abusa sexualmente de su madre o abuela.

Datos del Consejo nacional de la persona adulta mayor, muestran el aumento significativo de denuncias en donde solo en el año 2006 se atendieron 1 759 denuncias por abuso, entre las cuales se destacan: indigencia, abandono, negligencia con 367 casos, abuso psicológico con 219 casos, abuso patrimonial con 177 casos y el abuso institucional con 107 casos denunciados⁽¹⁾.

En el maltrato a la población adulta mayor influye una serie de características socioculturales que propician el silencio, y no presentar las denuncias respectivas por las propias víctimas, esta situación hace que no se generan factores de protección y que las agresiones continúen.

1.1.2. Delimitación del problema

1.1.2.1 Delimitación de la muestra

Los sujetos utilizados en la presente investigación se tratan de 223 pacientes en situación de maltrato, negligencia y abandono.

1.1.2.2 Delimitación demográfica

Las personas que integran la investigación están definidos por adultos mayores de más de 60 años, con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono, en la que participan personas de ambos sexos, pertenecientes a cualquier etnia, religión, poseer cualquier nivel de educación, y cualquier nivel socioeconómico.

1.1.2.3 Delimitación temporal

La investigación comprende el período que comprende de enero del 2014 a diciembre del 2014.

1.1.2.4 Delimitación geográfica

El estudio se realiza en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, institución ubicada en Costa Rica, en el cantón de San José correspondiente a la provincia que lleva el mismo nombre de dicho cantón.

1.1.3. Justificación

La definición de maltrato o abuso en los adultos mayores no es algo simple de definir, se han descrito muchos conceptos al respecto al tema, por consiguiente, para definir el tema, se utiliza el concepto descrito por Rosalie Wolf⁽²⁾, la cual refiere que el maltrato o abuso es “...una conducta destructiva, la cual va dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación de confianza y es de suficiente intensidad y frecuencia para producir daño físico, psicológico, social y efectos financieros de innecesario sufrimiento, heridas, dolor, pérdida y violación de derechos humanos y disminución de la calidad de vida del adulto mayor”.

La población adulta mayor a lo largo del tiempo ha sido una población en riesgo, tanto por la vulnerabilidad e indefensión antes los peligros y situaciones que comprometen su integridad física, psicología, patrimonial, entre otros. Por tal motivo, se ha tomado en cuenta a la población adulta mayor como base de estudio de la presente investigación por el aumento en los casos de maltrato y abusos en los últimos años, hasta llegar hoy a ser un problema de salud pública, en el que se ha intervenido mediante leyes, reglamentos, educación a la población, campañas de promoción y concienciación sobre abusos a los adultos mayores.

Se escogió como centro de estudio de la investigación al Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, por ser el hospital nacional de Costa Rica especializado en la atención de los adultos mayores.

Esta investigación tiene como propósito evidenciar la situación real de la población adulta mayor que sufre el Síndrome de maltrato, negligencia y abandono, según los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología atendidos en el año 2014.

Entre los aportes de esta investigación, se encuentra el determinar la prevalencia del Síndrome del maltrato, negligencia y abandono y establecer los principales factores de riesgo conocidos que provocan malos tratos a los ancianos. Obteniendo como beneficiarios de los resultados de la investigación a los adultos mayores, personal de salud (como médicos, enfermeras, asistentes de pacientes, trabajo social, psicología, psiquiatría, nutrición), autoridades estatales y población en general, en la cual se informará y proporcionará medidas y recomendaciones para prevenir y evitar dichas situaciones de agresión en contra de los adultos mayores.

La investigación tiene como objetivo evidenciar problemas que conduce el abuso hacia los adultos mayores y las implicaciones de estos en el diario vivir de la población adulta mayor.

En el presente estudio se estudiarán las historias clínicas, en las cuales se documenta la información personal y médica (como enfermedades, los antecedentes familiares con enfermedades, el historial quirúrgico, las escalas de funcionalidad, depresión, deterioro cognitivo entre otros; asimismo los condicionantes y factores de riesgo de maltrato),

presentes en el expediente clínico del paciente con el Síndrome de maltrato, negligencia y abandono. Se utilizarán instrumentos de valoración funcional, cognitiva y depresión.

Para el estudio se cuenta con el financiamiento propio del investigador, la ayuda humana, profesional y material proporcionado por parte del personal de atención del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología.

El estudio será evaluado y considerado, por el Comité local de bioética de dicha institución, para la revisión de expedientes clínicos de los pacientes, ya que esta institución es la encargada de velar y salvaguardar la seguridad de la salud y la información de los pacientes, la cual se tiene que manejar con absoluta confidencialidad en la investigación clínica. Dicho ente está avalado por el Consejo Nacional de la Investigación en Salud (Conis) del Ministerio de Salud.

1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

¿Cuál es la prevalencia y principales factores riesgo conocidos del Síndrome del maltrato, negligencia y abandono en pacientes del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, atendidos en el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado, de enero del 2014 a diciembre del 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y principales factores de riesgo conocidos del Síndrome del maltrato, negligencia y abandono en pacientes del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, atendidos en el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado, de enero del 2014 a diciembre del 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población adulta mayor atendida por el Ceinaa durante el año 2014, que vive en situación de maltrato, negligencia y abandono de acuerdo con su edad, sexo, estado civil, procedencia, situación economía, escolaridad y apoyo social.
2. Establecer el perfil cuadridimensional (condición médica, psíquica, funcional y social) según antecedentes personales no patológicos, comorbilidades y escalas de evaluación, de las personas adultas mayor atendidas por el Comité de

estudio integral del anciano agredido y abandonado, durante el año 2014, que viven en situación de maltrato, negligencia y abandono.

3. Establecer la prevalencia del Síndrome de maltrato, negligencia y abandono de los pacientes atendidos en el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado, con respecto a los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología durante el año 2014.

4. Determinar los principales factores de riesgo conocidos y tipos de maltrato sufridos por los pacientes atendidos en el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, durante el año 2014.

5. Determinar las principales estrategias de intervención de la población adulta mayor, atendida por el Comité de Estudio integral del anciano agredido y abandonado del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología durante el año 2014, con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances

Tras los resultados obtenidos de la investigación se tuvo como alcance lo siguiente:

- Desarrollo de un estudio enfocado en determinar la prevalencia del maltrato y los factores de riesgo predisponentes en pacientes atendidos en el HNGG, ya que no hay estudios previos en el Ceinaa a este enfoque.
- Descripción de la condición médica, funcional y cognitiva de los pacientes atendidos en el Ceinaa, no se cuenta con estudios previos tales condiciones.
- Ampliación del conocimiento científico por parte del investigador.

1.4.2. Limitaciones

Durante el curso y desarrollo de la investigación surgieron algunas limitaciones mencionadas a continuación:

- Expedientes clínicos con letra ilegible e información incompleta.
- Ausencia de escalas de valoración geriátrica en algunos expedientes.
- Defunciones de pacientes participantes de la investigación.

➤ Escasa colaboración por parte del personal que labora en el Servicio de trabajo social, para suministrar de manera eficaz información requerida para el desarrollo del estudio.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

El envejecimiento poblacional es un proceso, el cual ha venido cambiando durante las últimas décadas en el país, entre las cuales puede mencionar dos razones de su transformación: el aumento de la esperanza de vida y la disminución de nacimientos, lo que provoca que hayan menos personas jóvenes en relación con las décadas pasadas. Estos dos procesos van en un ritmo más acelerado con respecto a países más desarrollados⁽³⁾.

2.1.1 Antecedentes históricos

2.1.1.1 Agresión adulto mayor

Como lo cita Martínez y Brenes⁽¹⁾, el maltrato de las personas mayores se remonta a la antigüedad, pero es hasta en los últimos 25 años del siglo XX, que despierta el interés científico por el tema del maltrato hacia los ancianos, relacionándolo como plantea Rosalie Wolf una forma de violencia doméstica.

Se han publicado estudios que hacen referencias tempranas sobre el maltrato de las personas mayores, ejemplo de ellos es el publicado en 1975 en la *British Journal* y en la *Modern Geriatrics*. La mayor parte de la *literatura* de los últimos años, ha tenido lugar en los Estados Unidos y Canadá⁽¹⁾.

En la década de los años 80 en los Estados Unidos, se da el aumento en la investigación y atención del abuso a los ancianos. Para antes de la década de los años 60 se habían iniciado y contado con estudios de abuso contra los niños, y a partir de los años 70 del abuso a la mujer, ambos factores estudiados como formas de violencia familiar⁽¹⁾.

Dado el aumento de casos se han realizado estudios en muchos países, tratando de identificar las causas o circunstancias que propician las situaciones de agresiones a los adultos mayores, logrando definir un perfil de la víctima y del agresor, mejorando el actuar en los diferentes escenarios que rondan el vivir diario del anciano agredido.

En países como Noruega, Suiza, Alemania, Japón, Hong Kong y Australia también han reportado estudios de abuso, pero estos estudios son investigaciones individuales, y no están acompañados de acciones gubernamentales, se espera que dicha situación sufra una modificación en el futuro cercano, ante la inclusión de este tema para discusión y estudio en el Consejo Europeo⁽¹⁾.

Con el transcurso del tiempo alrededor del mundo se han realizado diferentes definiciones acerca del maltrato a los adultos mayores, contribuyendo a una mejor claridad en la comprensión del tema del abuso a la población adulta mayor, situación que afecta con más frecuencia a este grupo etario. Por consiguiente, muchos entes, a nivel mundial han adoptado una serie de medidas ante tales situaciones.

A nivel mundial, en los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la investigación en materia de maltrato al adulto mayor. Para el año 2005 en conjunto con el Centro Interdisciplinario de Gerontología (CIG) se desarrolló una investigación orientada a dar una “Respuesta global al maltrato de las personas adultas mayores, incluyendo la negligencia. denominada “...capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial”, misma en la que participan países como Australia, España, Singapur, Kenya, Suecia, Chile y Costa Rica⁽¹⁾.

En Costa Rica los maltratos no están ausentes, estas agresiones han estado infiltradas bajo la sociedad conservadora de nuestro país, pasando inadvertidas o no siendo consideradas una acción incorrecta, en las cuales en muchas de las ocasiones se guarda silencio y hasta se ha llegado a la aceptación de las agresiones como situaciones normales del acontecer diario. Tales situaciones han permanecido por épocas en la sociedad costarricense, las cuales se han minimizado y convertido en un tema tabú para muchas personas.

En el ámbito nacional fue en la década de los años noventa cuando se empezó a englobar, definir y conceptualizar el término abuso a la población mayor, lo anterior a partir del análisis de los casos atendidos en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, en el Servicio de trabajo social, por más de trece años; bajo el concepto de “maltrato” y comparar con los resultados de investigaciones de otros países⁽⁴⁾.

Ante tales situaciones se logra realizar un estudio de análisis de casos, en cual contó con información de 750 valoraciones sociales realizadas con un instrumento que integraba indicadores sociales, como situación familiar, económica, de riesgo social, de abandono, maltrato entre otros; en el trienio 1987, 1988, 1989, este estudio sirvió para establecer los patrones de la problemática, los cuales se utilizaron como base para estructurar la primera investigación que se realizó en el país acerca del tema en cuestión, y para brindar nuevas alternativas de intervención a quienes estaban siendo afectados por la situación⁽⁴⁾.

2.1.1.2 Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado (Ceinaa)

En la década de los años noventa en la sociedad costarricense se hace cada vez más visible el problema del abuso, maltrato y abandono de las personas adultas mayores y es

donde en esta década se logra conceptuar el término abuso y se definen las características y los tipos de maltrato que se estaban cometiendo en contra ese grupo etario⁽⁴⁾.

Como parte del presente problema se plantea la creación de un equipo multidisciplinario en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, que vele por la seguridad y atención de los ancianos en situación de maltrato, así como salvaguardar la salud física y mental de la víctima mediante la debida atención médica, psicológica, valoración social y asesoramiento legal que amerite los casos.

El comité se integra en 1996, cuando se empieza a obtener datos reveladores de una investigación acerca de la problemática del abuso, en pacientes del HNGG. En su conformación contó con el apoyo de la Licda. Ana Virginia Quesada, Jefa de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños y coordinadora del Comité del Niño Agredido de dicho hospital. En su inicio el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (Ceinaa) cuenta con profesionales de diferentes disciplinas, como trabajo Social, psicología. Geriatria, enfermería y derecho. El Ceinaa es el primer comité a nivel nacional que atiende de manera integral la problemática del abuso⁽⁴⁾.

Tras su conformación, el comité atiende casos de adultos mayores con agresiones físicas, psicológicas, verbales, sexuales, negligencia y abandono, asimismo situaciones en las que medie el abuso patrimonial de los ancianos. La coordinación entre las disciplinas que conforman el comité, logra un mejor manejo de la situación de abuso del adulto mayor, favoreciendo las investigaciones, los reportes médicos y las demás disciplinas del comité, para llegar a la toma de decisiones y medidas para salvaguardar la integridad de la víctima.

El objetivo principal del comité es brindar atención integral (social, legal, psicológica y biológica) a las personas adultas mayores víctimas de violencia doméstica, con el propósito de disminuir los factores de riesgo que la desencadenan y tratarla de manera que se consideren las condiciones y calidad de vida de esta población. El Comité se encarga de atender a personas adultas mayores que cuentan con expediente de salud en el HNGG y aquellas referidas de clínicas y hospitales para atención especializada⁽⁴⁾.

Los pacientes atendidos por el Ceinaa, son catalogados con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono, todos los casos de abuso y agresiones se contemplan bajo este diagnóstico, distinguiendo de otras patologías.

Logros del Comité Ceinaa⁽⁴⁾:

- Aprobación del funcionamiento del equipo, en 1997 por la Gerencia Médica de la CCSS.
- Ha brindado apoyo a la Dirección y Administración del HNGG, para su funcionamiento.
- Ha elaborado normas y funciones del equipo y profesionales por disciplina.
- Ha realizado procesos de capacitación intrahospitalarios y a nivel comunal.
- Ha brindado educación a profesionales para el trabajo en violencia intrafamiliar (VIF) con personas mayores.
- Apoyo en la creación de normas nacionales para la atención de las personas adultas mayores.

- Ha creado un registro estadístico de la VIF en personas mayores.
- Ha realizado protocolos de la atención social, psicológica, enfermería, geriatría, en el área legal en violencia intrafamiliar y el protocolo Integral Ceinaa.

En la actualidad el Ceinaa se encuentra situado en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, como dependencia adjunta del servicio de Trabajo Social del mismo centro de salud, servicio el cual está encargado de coordina, planificar y dirigir las actividades del comité.

Actualmente, el equipo del Ceinaa del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (HNGG) está constituido e integrado por los siguientes profesionales:

- M. Sc. Jeannette Martínez Muñoz, Jefa trabajo social, coordinadora.
- M. Sc. Martha Arias Venegas, trabajadora social.
- Licda. Cintia Mena Orozco, psicóloga.
- M.Sc. Monserrat Peralta Azofeifa, enfermera en salud mental.
- Licda. Carmen Delgado Cisneros, abogada.
- Dra. Cinthya Villalobos Masís, geriatra.
- Dra. Carolina Jiménez Arauz, psiquiatra.

2.1.1.3 Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología (HNGG)

El Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, ha experimentado una evolución a lo largo del tiempo muy importante desde su creación hasta la actualidad como se conoce.

Su historia puede dividirse en dos fases⁽⁵⁾:

➤ Fase I: esta se establece desde el periodo de su inauguración, en enero de 1958 hasta el año 1976. Durante esta fase al centro de salud se le denominó Hospital Nacional para Tuberculosis, pero fue en diciembre de 1975 cuando el hospital cambia a su nombre a Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes.

➤ Fase II: esta fase inicia a partir del año 1976 hasta la actualidad y es cuando el hospital se orienta en la atención especializada de las personas adultas mayores, con el desarrollo de un proceso de posicionamiento y fortalecimiento de la atención especializada de geriatría y gerontología.

El HNGG ha logrado un cambio en la salud de la población adulta mayor, atendiendo de forma integral las patologías y comorbilidades de los ancianos, influyendo en la prevención, educación y tratamiento de las personas adultas mayores. Gracias a su atención especializada en geriatría y gerontología, el país se ha beneficiado en gran manera en tener un hospital dedicado a la atención de personas adultas mayores, mejorando su calidad de vida y la de todos los costarricenses.

Dentro de los principales logros del HNGG con el avance el tiempo caben mencionar⁽⁵⁾:

➤ El traspaso en febrero de 1976 del Hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social.

➤ La utilización de los recursos y espacio del Hospital Blanco Cervantes en el campo de la Geriatría.

- En julio de 1977, se creó el “Hospital de Día Geriátrico”, actualmente uno de los componentes del Modelo de Atención Progresiva para la Atención de la Persona Adulta Mayor
- En 1984 se estableció el Programa de “Educación Médica Continua en Geriatría y Gerontología”
- Proyección hacia la comunidad mediante capacitación a grupos organizados y dedicados a la atención de las personas adultas mayores
- El 26 de setiembre de 1991, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante acuerdo de Sesión No, 6560, Artículo 20, declaró oficialmente al Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes como “Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes”.
- En 1992 se da inicio al Posgrado de la Especialidad Médica en Geriatría y Gerontología.
- En 1996 se inició la atención del Programa de Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria.
- En 1999, la Asamblea Legislativa promulgó la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento.
- En diciembre del año 2008, se designó al hospital como Centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), reconocimiento que ha sido renovado con vigencia de Octubre 2012 a Octubre 2016
- En agosto del 2009 comienza el funcionamiento el edificio del Servicio Integral Geriátrico Ambulatorio (S.I.G.A), que desarrolla los siguientes

programas: Hospital de Día Geriátrico, Unidad de Atención Geriátrica Ambulatoria, Consulta Externa Especializada y el Servicio de Odontología Avanzada.

2.1.1.4 Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (Conapam)

Ante el aumento de los casos de agresiones y ante la falta de una institución dedicada a formulación y ejecución de políticas en favor de la población adulta mayor, se crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

El Conapam se crea en el 25 de octubre de 1999, por medio del artículo 32 de Ley integral para la persona adulta mayor, como órgano de desconcentración máxima, adscrito a la Presidencia de la República⁽⁶⁾.

Es el órgano rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica, que busca garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que generen la creación de condiciones y oportunidades para que las personas adultas mayores tengan una vida plena y digna⁽⁷⁾.

Tras su creación esta población se ha beneficiado en políticas dirigidas a hacer valer sus derechos en salud, vivienda, vestido, alimentación, oportunidades de empleo, entre otras. Asimismo, se introduce las obligaciones que tiene este grupo etario con las demás personas e instituciones del país.

Como parte del ejercicio de sus funciones la institución, conformó una Comisión Interinstitucional para estudiar la problemática en lo referente a la atención de las personas mayores abusadas y abandonadas, que cuenta con el apoyo del Sistema Nacional Técnico (Sinattec), que debe garantizar una adecuada asesoría en materia de envejecimiento y vejez, así como asegurar el cumplimiento de las responsabilidades⁽⁴⁾.

Por consiguiente el Conapam ha propiciado y coordinado alternativas interinstitucionales para lograr que se establezca un modelo de atención integral para la persona mayor abusada, para que en un futuro próximo la detección y el tratamiento de esta grave problemática, sean partes de un engranaje mayor, y se lleven a cabo en todos los niveles en que se brinde atención a las personas mayores⁽⁴⁾.

2.1.2 Demografía

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la población mundial en el año 2011 alcanzó 7 mil millones de personas, de las cuales se estima que 577 millones (8,2%) residían en América Latina⁽⁸⁾.

Para ese mismo año, de acuerdo con el X Censo Nacional de Población, Costa Rica llegó a una población total de 4 301 712 personas, después de haber iniciado el siglo XXI con 3 810 179 habitantes, según el censo 2000⁽⁸⁾.

La población en Costa Rica ha aumentado con el paso del tiempo, provocando un cambio demográfico en el país, en el cual la población adulta crece a un ritmo acelerado, el cual llegará a un punto donde el grupo etario mayor a 65 años, va a ser mayor que la población joven del país. Esta situación está influenciada por una baja en la tasa de natalidad y el aumento en la esperanza de vida, provocando el envejecimiento de la población costarricense.

En el país en los últimos dos siglos la población ha crecido en manera importante, en donde en 1864 se contaba con una población de 120 049 personas, la cual ha aumentado a un numero de 4 301 712 personas para el año 2011⁽⁸⁾.

En el siguiente cuadro se presenta la tasa de crecimiento y la totalidad la población en Costa Rica, durante los últimos dos siglos.

Año	Población total	Hombres	Mujeres	Tasa de crecimiento ^{1/}
1864	120 499	58 091	62 408	-
1883	182 073	89 789	92 284	2,2
1892	243 205	122 480	120 725	3,2
1927	471 524	238 028	233 496	1,9
1950	800 875	399 859	401 016	2,3
1963	1 336 274	668 957	667 317	3,9
1973	1 871 780	938 535	933 245	3,4
1984	2 416 809	1 208 216	1 208 593	2,3
2000	3 810 179	1 902 614	1 907 565	2,8
2011	4 301 712	2 106 063	2 195 649	1,1

1/Tasa de crecimiento promedio anual intercensal por cien.

Figura N° 1: Costa Rica: Población total por sexo y tasa de crecimiento 1864- 2011

Fuente: ⁽⁸⁾

El Ministerio de Salud en su artículo llamado, “La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica” refiere que “Costa Rica en las últimas décadas aumentó de manera extraordinaria su esperanza de vida. Esta pasó de 42 años en 1930, época en que se estableció el Ministerio de Salud, a 76 años en 1980. El dato más reciente muestra una esperanza de vida en Costa Rica de 78,5 años en el 2002 (Proyecto Estado de la Nación, 2003), que es la

segunda más alta de América, por debajo únicamente de Canadá, pero por encima de países como Estados Unidos o Cuba”⁽³⁾.

Esta mejora excepcional ha significado que lleguen a la vejez innumerables individuos que en el pasado hubiesen muerto prematuramente. Mientras en 1940 sólo un 46% de los costarricenses alcanzaba los 60 años de edad, en el 2002 casi el 90% de los recién nacidos, probablemente, alcanzará esa edad. Al mismo tiempo, la alta natalidad existente en el país hasta hace pocas décadas, hacía que el tamaño inicial de cada cohorte se incrementara sustancialmente respecto de la anterior⁽³⁾.

El envejecimiento de la población, ha influenciado cambios en la dinámica de la población en donde la pirámide poblacional en Costa Rica, se comporta como en países desarrollados, en donde existe la prevalencia de un importante sector de la población que son adultos mayores. Ante esta situación el país debe promover acciones en favor de dicha población, mejorando su condición de vida y salud.

Al hacer mención de la población adulta mayor, hace referencia al grupo de personas de 60 años o más de edad. En 1973 el censo contabilizó 104.000 adultos mayores en Costa Rica. Este número aumentó a 158.000 en el censo de 1984 y a 301.000 en el censo del 2000. Este aumento vertiginoso continuará en el futuro y se espera que en el 2060 haya cerca de 2 millones de adultos mayores. Esta proyección tiene un alto grado de certeza de cumplirse pues los adultos mayores del 2060 ya habían nacido en el 2000⁽³⁾.

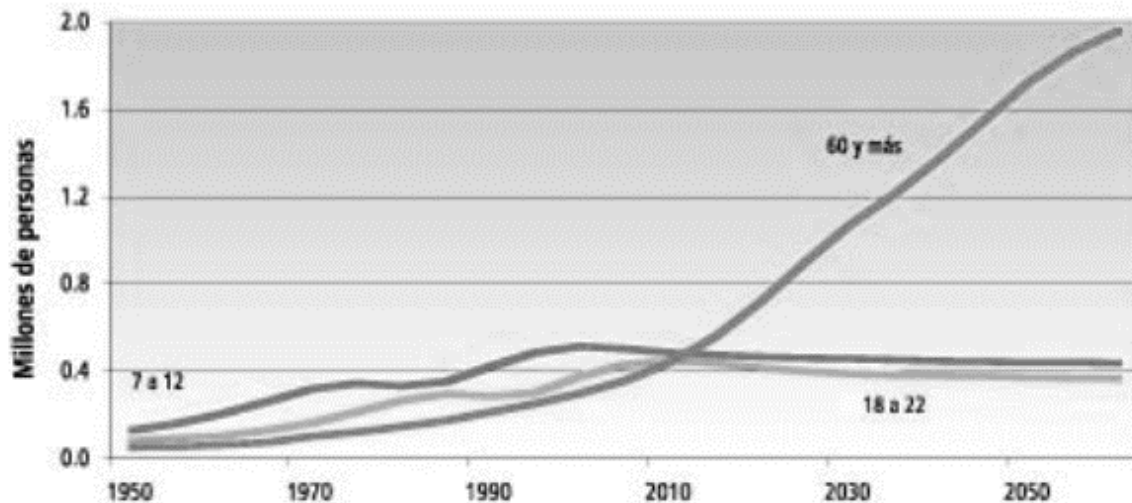


Figura N° 2 Tres grandes grupos de edades de la población. Costa Rica, 1950- 2060

Fuente: ⁽⁹⁾

En el Gráfico anterior se evidencia el cambio poblacional en Costa Rica entre 1950 al 2060, donde se determina que el grupo población que tiende más al crecimiento son los mayores de 60 años, con respecto a los otros grupos los cuales se mantienen estables durante el tiempo.

La realidad del maltrato hacia los adultos mayores ha ido en aumento en el tiempo sin determinación de raza, sexo, edad, posición social, situaciones que han aumentado en los últimos años por el desarrollo de la comunicación, como lo es la televisión, el internet y los medios escritos.

Como lo menciona la OMS, “en muchas partes del mundo el maltrato de los ancianos pasa casi inadvertido. Hasta hace poco, este grave problema social se ocultaba a la vista del público y se consideraba como un asunto esencialmente privado. Incluso hoy en día, el maltrato de los ancianos sigue siendo un tema tabú, por lo común subestimado y desatendido

por sociedades de todo el mundo. Sin embargo, cada día hay más indicios de que el maltrato de los ancianos es un importante problema de salud pública y de la sociedad”⁽¹⁰⁾.

Este tipo de agresiones son muy diversas entre las cuales se encuentra el abuso psicológico, la negligencia, el abandono, el abuso patrimonial y hasta llegar a trasgredir la integridad de la persona con abuso físico y sexual. Se ha determinado que en los últimos años las agresiones hacia los adultos mayores ha venido en aumento por la pérdida de valores morales y el valor de la vida en la sociedad actual. En Costa Rica en los últimos años ha aumentado las denuncias sobre maltratos a personas adultas mayores⁽¹⁾. Estas denuncias son solo la punta de iceberg del problema de salud pública de violencia que aqueja al país, por lo que es un problema complejo de identificar, diagnosticar y tratar.

Las agresiones a los adultos mayores en muchas ocasiones no son denunciadas, las cuales se presentan por situaciones de dependencia familiar, afectiva, económica de la víctima con el victimario, asociado al temor de quedarse solos, no tener un ingreso económico para sufragar gastos necesarios para alimentación, vestido, salud, entre otros, además del temor de presentar las denuncias respectivas y dando como resultado que las agresiones se intensifiquen a provocar lesiones físicas, psicológicas, emocionales, e inclusive atentar con la vida de la víctima.

Según datos y cifras de la OMS acerca del maltrato hacia las personas mayores⁽¹¹⁾:

- Cerca de un millón, 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes.
- Las tasas de maltrato pueden ser mayores entre los ancianos residentes en instituciones que en los que están en la comunidad.

- El maltrato de las personas mayores puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas.
- Se prevé un aumento del problema por el envejecimiento de la población en muchos países.
- La población mundial de mayores de 60 años se duplicará con creces, de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones en 2050.

2.1.3 Magnitud del problema

Dentro de los problemas más importantes de salud pública se encuentra el maltrato a las personas mayores. Aunque exista poca información y datos sobre el alcance del maltrato a personas de la tercera edad en países en desarrollo, se calcula que uno de cada diez personas en edad avanzada ha sufrido malos tratos en el último mes, dicha cifra está sobrestimada puesto que solo se notifica uno de cada veinte cuatro casos de agresiones, por situaciones propias de la víctima como miedo a informar a los familiares y amigos o a las autoridades. En consecuencia existe la probabilidad de que dichas tasas de prevalencia están subestimadas⁽¹¹⁾.

Los abusos a las personas de la tercera edad se han convertido en una problemática alrededor del mundo, proceso en cual está ligado a la cultura de cada sociedad, en ocasiones las situaciones de maltrato permiten que la gente no vea, no escuchen o hable sobre tales conductas. La indiferencia ligada al tema va en contra del sistema de valores, creencias religiosas y sustento moral la población.

Según datos de la organización mundial de la salud, un estudio aporta estimaciones de la prevalencia de los tipos de maltrato más frecuentes en países de ingresos medios y elevados⁽¹¹⁾:

- Maltrato físico: 0,2-4,9%
- abuso sexual: 0,04-0,82%
- maltrato psicológico: 0,7-6,3%
- abuso económico: 1,0-9,2%;
- desatención: 0,2-5,5%

Los pacientes que se encuentran en instituciones de cuidado, en ocasiones, se comenten actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (ejemplo de ello, no cambiarles la ropa sucia) e impedirles tomar sus propias decisiones en asuntos de la vida cotidiana, negarles una buena asistencia premeditadamente (ejemplo de ello, permitir la formación de úlceras), retener la medicación o también ofrecimiento de medicación excesiva o insuficiente para sus patologías, y desatenderlos⁽¹¹⁾.

Las agresiones pueden traer consigo lesiones físicas que van desde rasguños y moretones menores hasta fracturas óseas y lesiones craneales que pueden llevar a discapacidad de las personas, así como secuelas psicológicas graves, en algunos casos de larga duración, inclusive depresión y ansiedad. Dichas agresiones en los adultos mayores pueden ser muy graves ya que éstos tienen sus huesos más frágiles y una convalecencia más larga. Inclusive lesiones menores pueden llevar a lesiones graves y permanentes e inclusive provocar la muerte.

A nivel mundial, se prevé que el número de casos de maltrato de los ancianos aumente con relación al rápido envejecimiento de la población, y que dicho problema no se podrá atender plenamente por falta de recursos. Se calcula que para el año 2050, la población mundial de personas mayores de 60 años se habrá duplicado, de novecientos millones en el 2015 a 2000 millones⁽¹¹⁾.

Según datos del Ceinaa del HNNGG en el año 2014 se atendieron un total de 525 adultos mayores con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono distribuido en áreas de atención entre la consulta externa y la hospitalización, en el siguiente cuadro se muestra tales datos⁽¹²⁾.

***Tabla N° 1** Personas adultas mayores atendidas en el Ceinaa, por Síndrome del maltrato, según áreas de atención HNNGG por semestre 2014.*

Áreas	Total	Hombres		Mujeres	
		I semestre	II semestre	I semestre	II semestre
Situaciones Ceinaa en consulta externa	383	66	65	142	110
Situaciones Ceinaa en hospitalización	142	35	13	36	58
Total	525	95	78	178	168

Fuente: Informe evaluativo de metas consolidado I y II semestre Ceinaa 2014.

Como datos importantes de la atención de situaciones de adultos mayores en materia del Síndrome de maltrato se determina⁽¹²⁾:

- Que el 73% corresponde a los servicios ambulatorios y el 27% a hospitalización.
- Que 173 de las situaciones son hombres adultos mayores y 352 mujeres quienes representan el 67% del total de la población atendida.

Con datos del Informe evaluativo metas del Ceinaa 2014, se constata la tipología de las situaciones según el tipo de maltrato atendidas por el equipo del Ceinaa durante el año 2014, el cual se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N° 2 Situaciones atendidas según tipo de maltrato Ceinaa- HNGG, enero a diciembre 2014

Datos en número según área de atención.			
Tipología	Total	Hospitalización	Consulta externa
Negligencia	209	40	169
Abandono	77	27	50
Psicológico	130	26	104
Físico	39	20	19
Patrimonial	65	28	37
Sexual	5	1	4
Total	279	71	208

Fuente: Informe evaluativo de metas consolidado I y II semestre Ceinaa 2014.

2.1.4 Instrumentos de protección internacional

Con la creciente problemática relacionada al tema del maltrato a los ancianos, a nivel mundial se han creado instrumentos internacionales los cuales tienen como fin informar a los países sobre el maltrato a los adultos mayores. Estos lineamientos internacionales tienen como fin informar sobre la prevención, manejo y las medidas de protección ante tales situaciones. Estas acciones se identifican como directrices, lineamientos, tratados e informes, los cuales son principalmente publicados por entes internacionales de renombre como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otros.

2.1.4.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos

En la Declaración internacional de los derechos humanos de 1948, proclamada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su artículo 25, refiere que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”⁽¹³⁾.

Este artículo hace referencia al derecho de cada persona en su etapa de vejez a tener un nivel de vida adecuado en su familia, salud bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, así mismo a medios para subsistir.

2.1.4.2 Convención sobre el estatuto de los refugiados

En la declaración de la Convención sobre el estatuto de los refugiados, decretada el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas (Naciones Unidas) en la convención de Ginebra, hace referencia en su artículo 24 denominado “Legislación del trabajo y seguros sociales”, inciso B, a que se prevé la legislación del trabajo y seguros sociales, incluyendo el cuidado de los adultos mayores, protegiendo su derecho de jubilación, desempleo, enfermedad e invalidez en la vejez⁽¹⁴⁾.

2.1.4.3 Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento

En el plan declarado por la Asamblea mundial sobre el envejecimiento, el 26 julio de agosto de 1982 en Viena, en esta declaración se le brinda a los países acciones que se deben resguardar para garantizar los derechos de los adultos mayores⁽¹⁵⁾.

En esta declaración se decide que a nivel individual y colectivamente⁽¹⁵⁾:

- Formulan y aplicarán políticas a los niveles internacional, regional y nacional para realzar la vida de las personas de edad como individuos, a fin de que, espiritual y físicamente, disfruten plena y libremente de sus años avanzados en paz, salud y seguridad.
- Estudian las consecuencias del envejecimiento de la población sobre el desarrollo y las del desarrollo sobre las personas de edad, con miras a lograr la

plena realización del potencial de las personas de edad y a mitigar, mediante medidas apropiadas, cualesquiera efectos negativos.

2.1.4.4 Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores

La declaración de Toronto fue dispuesta el 17 de noviembre de 2012, en Toronto, Canadá, la cual hace un llamado a la atención dirigido a la prevención del maltrato de las personas mayores. La declaración reconoce la importancia del maltrato de los adultos mayores, bajo lineamientos dictados los cuales tan dirigidos a los estados, a adoptar una postura de prevención del maltrato los ancianos⁽¹⁶⁾.

2.1.5 Legislación en Costa Rica

2.1.5.1 Ley Integral para la persona adulta mayor

La Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N° 7 935, fue decretada el 25 de octubre de 1999 y publicada en el Diario Oficial La Gaceta el 15 de noviembre del mismo año. En su publicación se establece las directrices generales orientadas a garantizar a las personas de 65 años, sus derechos fundamentales, beneficios y deberes de la sociedad. Dicha ley está orientada a promover acciones que mejoren calidad de vida de las personas de la tercera edad, así como definir sus derechos ante la sociedad⁽⁶⁾.

Dicha ley ha promovido acciones en defensa de la población adulta mayor, mejorando su calidad de vida y participación ciudadana, proporcionando aportes y contribuciones en los cuales los ancianos se pueden desarrollar en la sociedad, sin ninguna limitación.

Objetivos

Los objetivos de la presente ley serán⁽⁶⁾:

- Garantizar a las personas adultas mayores, igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.
- Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten.
- Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario.
- Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.
- Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.
- Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores.

2.1.5.2 Ley contra la violencia doméstica

La ley contra la violencia doméstica, Ley N° 7586 fue decretada por la Asamblea Legislativa el 25 de marzo de 1996, bajo el gobierno de José María Figueres Olsen. En esta Ley se regula la aplicación de las medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de la violencia doméstica⁽¹⁷⁾. Según se menciona en esta Ley, se define violencia doméstica como “Acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial”⁽¹⁷⁾.

Según la Ley contra la violencia doméstica como medidas de protección más importantes se establecen⁽¹⁷⁾:

- Ordenar al agresor la salida del domicilio.
- Fijarle a la víctima un domicilio diferente, que la proteja de futuras agresiones.
- Ordenar el allanamiento del domicilio, cuando se arriesgue gravemente la integridad física, sexual, patrimonial o psicológica de cualquiera de sus habitantes.
- Prohibir y decomisar armas en posesión del agresor.
- Suspender provisionalmente la guarda crianza y educación de sus hijos menores de edad.

➤ Confiar la guarda protectora a quien la autoridad judicial considere idóneo, cuando la víctima sea menor de edad, discapacitada física o mental o se trate de una persona de sesenta años o más, que no pueda valerse por sí misma.

2.1.7 Conceptualización de la violencia

La violencia es un fenómeno el cual esta manifestado por una condición de poder sobre una persona vulnerable. Tal concepto se he manifestado desde los principios de los tiempos en donde se denota el deseo de estar por encima o llevar el mando frente una persona o un grupo determinado. Tal fenómeno se agrava por el hecho de que dicha situación trasgrede la libertad y derechos de las personas que están bajo esta condición, provocando problemas en las sociedades que están influenciadas por la cultura o tradiciones conservadoras.

El fenómeno de la violencia se refleja en la cultura de la sociedad en que se desenvuelve el individuo, con las tradiciones, manifestaciones de los pueblos, valores y principios morales, creencias religiosas, entre otros. Dicho fenómeno constituye una de las afectaciones más prolongadas que ha conocido la humanidad, si se analiza sus niveles de expresión de manera individual y colectiva, de los factores que están involucrados y las consecuencias que provocan, se puede determinar que la violencia es un problema social muy complejo de abordar⁽¹⁹⁾.

Según Engels citado por Pérez, desde su concepción filosófica marxista refiere que “el inicio de la violencia se aprecia en la práctica de un política de hierro y sangre como

forma de exhibir el poder y ofrecer a la vez, una condición de paz”, la cual evidencia la necesidad del respeto por sus prójimos y la toma de decisiones⁽¹⁹⁾.

La violencia debe ser estudiada desde su raíz, examinando los determinantes o causas que la propician, en ocasiones el solo hecho de una idea o pensamiento mal entendido puede desarrollar un episodio de violencia o disturbios en el cual los participantes no dan el brazo a torcer, para emendar su error.

Como cita Pérez, según expresa Bueno Martínez, el origen de la violencia debe ser evaluado desde tres enfoques: el genético el cual fundamenta que la violencia deriva de una formación genética, el psíquico el cual atribuye su concepción al desarrollo de la personalidad del hombre y el cultural el cual asocia el origen de la agresividad como un situación meramente cultural, de acuerdo a las condiciones en las cuales se forma el ser humano⁽¹⁹⁾.

Al tratar de explicar el origen de la violencia, se puede determinar que esta contiene variables de índole biológica, cultural, psicológica, que mediante la conjugación de estas variables se puede desarrollar una situación de violencia.

El concepto del término violencia propiamente es una traducción del vocablo latino “violencia” derivado de la raíz “violo”, que quiere decir atentar, violar⁽¹⁹⁾.

Otro término que conceptualiza la violencia como el uso intencionado de la fuerza física en contra de un prójimo con el fin de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar o causarle la muerte⁽¹⁹⁾.

Las anteriores menciones de violencia determinan que el ambiente en que se desenvuelve un individuo o un grupo determinando, junto a las circunstancias del momento pueden desencadenar un episodio de violencia.

2.1.8 Tipos de maltrato

Según la clasificación internacional de las enfermedades (CIE) el Síndrome de maltrato negligencia y abandono (T74) se ubica dentro del grupo de, “Otros efectos y los no especificados de causas externas”, así como sus tipos de agresiones los cuales están clasificados como abuso físico (T741), abuso sexual (T742), Negligencia y abandono (Y06) y el abuso patrimonial perteneciente a la clasificación de otros síndromes de maltrato (Y07)⁽²²⁾.

2.1.9 Clasificación del maltrato y definiciones

Para Corazzari y Taylor citado en el I Informe de estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, el Síndrome de maltrato negligencia y abandono se puede clasificar según el tipo de abuso las cuales se definirán a continuación⁽²⁾:

2.1.8.1 Abuso físico

El abuso físico se define como “toda aquella acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona. Comprende el uso de la fuerza física o coerción contra la víctima, poniendo en riesgo o dañando su integridad corporal”⁽²⁾.

El abuso físico incluye golpes, quemaduras, manejo físico áspero, empujones y sujeciones contra la voluntad de la víctima. El abuso físico se puede manifestar por medio de accidentes frecuentes, cicatrices, golpes, síndrome de la sacudida, fracturas, quemaduras y empujones. Entre sus consecuencias se menciona politraumatismos, quemaduras, heridas, laceraciones y pérdida funcional.

Según el Conapam entre los signos de abuso se puede mencionar los golpes, bofetadas y quemaduras que pueden producir moretones, huesos fracturados, signos de haber sufrido restricciones de algún tipo como marcas de cuerda, hipotermia, niveles anormales de fármacos, dolor al ser tocado, arañazos, alimentación forzada, desnutrición, deshidratación, pellizcos, empujones, entre otros⁽²³⁾.

2.1.8.2 Abuso psicológico

El abuso psicológico o emocional es “toda acción u omisión destinada a degradar, controlar y bloquear las acciones, la autonomía, comportamientos, creencias y decisiones de una persona, mediante intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento, celos excesivos, agresión verbal y burla, percepciones monopolizadas, sobreposividad, control económico, hostigamiento o acoso, violencia colateral, control del pensamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autoestima, el sentido de la eficacia, la autodeterminación y el desarrollo personal de quien lo sufre. Por lo general, se presenta acompañado de otras conductas abusivas como la violencia física o sexual”⁽²⁾.

Se puede citar formas de abuso psicológico las cuales son la intimidación, manipulación, amenazas, rechazo, insultos, críticas, ignorar a la persona adulta mayor, infantilización, acoso verbal, aislamiento físico y emocional. Este abuso se puede manifestar junto con el abuso físico.

Este tipo de abuso puede ocasionar miedo, ansiedad, depresión, agresividad, problemas de sueño, ideas suicidas y deambulación.

Entre otras situaciones el Conapam menciona el uso de amenazas, abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato a otras personas, provocar malestar psicológico, aislamiento de amigos y familiares o de actividades cotidianas, no hablarle, indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, disgusto emocional, impotencia, indefensión y/ o miedo, infantilización, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación⁽²³⁾.

2.1.8.3 Abuso sexual

Se considera toda “acción que obliga a una persona adulta mayor a mantener contacto sexualizado, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cuando no se está en condiciones de consentir o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal y que al ofensor ofrezca gratificación. Igualmente se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas”⁽²⁾.

Este suele considerarse como el acoso sexual, palabras obscenas, gestos, manoseo, exhibición de genitales y exposición a pornografía.

Las víctimas de este abuso pueden manifestar sentimientos de culpa, miedo a la muerte, dependencia, aislamiento e impotencia y desconfianza.

Por su parte, el Conapam menciona algunos de los indicadores de este tipo de maltrato son: Cambios de conductas repentinas, agresividad, aislamiento, retraimiento, dolores estomacales frecuentes, hemorragias vaginales y/o anales, infecciones vaginales recurrentes, hematomas alrededor de los genitales y/o mamas, entre otros⁽²³⁾.

2.1.8.4 Abuso patrimonial

Se considera en este plano toda “acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos, o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de alguna de las personas mencionadas anteriormente”⁽²⁾.

Este tipo de abuso se caracteriza por la sustracción de documentos, falsificación de firmas, retención de pensiones, venta de propiedades y el abuso de los poderes legales otorgados por parte de personas adultas mayores.

Según el Conapam en este tipo de maltrato destaca el obligarlos a cambiar el testamento, patrones irregulares de gastos o retiro de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, firmas en cheques u otros documentos que no se parecen a la firma de la persona adulta mayor⁽²³⁾.

2.1.8.5 Negligencia

“Negligencia es todo comportamiento que tienda al descuido, desatención y abandono de una persona que no está en condiciones de valerse por sí misma por razones de edad, enfermedad o discapacidad. Comprende también el no proveer las condiciones de supervivencia, teniendo las posibilidades de suplirlas”⁽²⁾.

Este tipo de maltrato incluye el descuido intencional y el no intencional, por lo que se puede considerar el desamparo, el aislamiento, la malnutrición, la inanición, la sobre o submedicación, la carencia de atención de la salud. Este se considera que es el tipo de abuso más frecuente, aunque a menudo es el más difícil de detectar. Debido a que no está clara la forma en que se produce, o al no tener el personal de salud conocimientos sobre violencia, puede confundirse con problemas de envejecimiento.

La negligencia podría derivar en abandono de la persona adulta mayor, lo que no implica necesariamente que se establezca una relación causal entre una manifestación de maltrato y otra. De darse el abandono, involucraría la ausencia de atención de las necesidades básicas de alimentación, protección y atención en salud.

Tampoco habría apoyo familiar y comunal. Esta situación suele generar sentimientos de soledad, aislamiento social y emocional, indefensión, deterioro físico y mental de la persona adulta mayor abandonada. De igual modo, en el ámbito físico usualmente se manifiesta por medio de miedo, ansiedad, depresión, agresividad, problemas de sueño, ideas suicidas y deambulación.

La negligencia puede ser⁽²⁴⁾:

Negligencia activa: ocurre cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer al adulto los cuidados necesarios para su condición, cuando no son capaces de autoproveérselos. Es un descuido intencional y deliberado.

Negligencia pasiva: cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario.

Autonegligencia: comportamiento de un adulto mayor que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta en acciones como la negación a proveer una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación

2.1.9 Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden incrementar la posibilidad de los adultos mayores a experimentar malos tratos en los cuales se sitúan en el ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural. A continuación se mencionan tales factores de riesgo⁽¹¹⁾:

➤ Factores de riesgo individuales

Entre los riesgos del ámbito individual se incluyen la mala salud física y mental de la víctima y los trastornos mentales y abuso del alcohol y las sustancias psicotrópicas en el caso del agresor. Entre otros factores individuales que pueden incrementar el riesgo de malos tratos se incluyen el sexo de la víctima y el hecho de compartir vivienda. Si bien los varones de edad corren el mismo riesgo de sufrir malos tratos que las mujeres, en algunas culturas en las que las mujeres tienen una condición social inferior, las mujeres de edad tienen mayor riesgo de negligencia y abuso económico (como apoderarse de sus propiedades) cuando

enviudan. Las mujeres pueden también correr un mayor riesgo de sufrir formas más persistentes y graves de maltrato y lesiones.

➤ Factores de riesgo relacionales

Compartir la vivienda es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores. Está por determinar aún si son los cónyuges o los hijos adultos de las personas mayores quienes más probabilidades tienen de perpetrar los malos tratos. Cuando el agresor depende de la persona mayor (a menudo económicamente) también es mayor el riesgo de malos tratos. En algunos casos, si hay antecedentes de relaciones familiares disfuncionales la situación puede empeorar debido al estrés cuando aumenta la dependencia de la persona mayor. Finalmente, con la incorporación de las mujeres al mundo laboral y la reducción del tiempo que tienen disponible, atender a los parientes mayores puede pasar a ser una carga más pesada que incrementa el riesgo de maltrato.

➤ Factores de riesgo comunitarios

El aislamiento social de los cuidadores y de las personas mayores, y la consiguiente falta de apoyo social, es un importante factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores por parte de sus cuidadores. Muchas personas mayores están aisladas por la pérdida de capacidades físicas o mentales, o por la pérdida de amigos y familiares.

➤ Factores de riesgo socioculturales

Entre los factores socioculturales que pueden afectar al riesgo de maltrato de las personas mayores se incluyen los siguientes:

- La representación de las personas mayores como frágiles, débiles y dependientes;
- El debilitamiento de los vínculos entre las generaciones de una misma familia;
- Los sistemas sucesorios y de derechos de tierras, que afectan a la distribución del poder y de los bienes materiales en las familias;
- La migración de las parejas jóvenes, que dejan a los padres ancianos solos en sociedades en las que tradicionalmente los hijos se han ocupado de cuidar a las personas mayores;
- La falta de fondos para pagar los cuidados.

En los establecimientos institucionales, es más probable que se produzca maltrato si:

- Los niveles de la atención sanitaria, los servicios sociales y los centros asistenciales para las personas mayores no son adecuados;
- El personal está mal formado y remunerado, y soporta una carga de trabajo excesiva;
- El entorno físico es deficiente;
- Las normas favorecen más los intereses del centro institucional que los de los residentes.

Según datos del Ceinaa los principales factores de riesgo para que sucedan situaciones de maltrato en la población anciana se pueden mencionar⁽¹²⁾:

- La dependencia de otras personas en actividades básicas de la vida diaria, con pérdida de la autonomía y toma de decisiones, dependencia emocional lo

que provoca sentimientos de soledad y aislamiento, y dependencia física al no poder realizar actividades que en el pasado realizaba de manera cotidiana.

➤ El sexo femenino se caracteriza por ser el más vulnerable antes situaciones de maltrato y abusos.

➤ Las personas mayores de 75 años tienen más predisposición ante tales abusos con respecto a personas de edad menor.

➤ El deterioro cognitivo está en muy estrecha relación con la pérdida de la autonomía y la capacidad limitada para cuidarse solo, lo que provoca dependa de familiares y cuidadores para sus actividades cotidianas.

➤ Los sentimientos de soledad y el aislamiento social juegan un papel importantes en las situaciones de maltrato a la población senil.

➤ La depresión el cuidador propio a abusos, los cuales a veces se llevan a cabo sin la intención de producir daño voluntario al anciano.

➤ La sobrecarga del cuidador es uno factores más comunes que propician los maltratos por negligencia, dado a que cuidador no recibe ayuda por parte de otros familiares en el cuidado del adulto mayor.

➤ La incapacidad mental o intelectual del cuidador también influye en la situación, en algunos casos el cuidador termina siendo el conyugue en cual también es otro adulto mayor con comorbilidades crónicas, con deterioro cognitivo, enfermedades psiquiátricas, entre otras.

➤ Una dinámica familiar conflictiva lleva a luchas internas en la familia, el cual puede tener como protagonista al anciano agredido, en las cuales muchas veces se toma el cuidado como una carga para la familia.

- La farmacodependencia del agresor, sobrelleva una doble angustia por la víctima en las cuales la mayoría de veces, el que consume drogas son los hijos, que en su estado de drogadicción provoca agresiones físicas, psicológicas, emocionales e inclusive abuso sexual.

- La historia de violencia intrafamiliar de larga data deriva que los problemas familiares, se conviertan en abusos al adulto mayor.

Como lo describe Martínez y Brenes⁽¹⁾, los factores de riesgo del abuso a los adultos mayores se catalogan en tres grupos, según el perfil de la víctima, el ambiente sociofamiliar y el perfil del agresor los cuales se detallan a continuación:

2.1.9.1 Factores de riesgo integral de la víctima

- El deterioro físico, es un factor importante en el cual la el anciano se vuelve una carga para las personas que lo rodean ejemplo de ello son los problemas de la marcha (caminar), poca o nula fuerza muscular, encamamiento, relacionado con problemas de salud y estado emocional.

- La dependencia física en actividades de vida diaria básicas, hace el adulto mayor no puedan realizar las actividades básicas de las cuales se está acostumbrado a realizar sin ayuda de otras personas, requiriendo ayuda para el baño, vestido, alimentación, movilizarlo, cambio de pañales, dar tratamiento médico, higiene, entro otras.

- La Dependencia emocional, lleva a una relación en la que el adulto mayor requiere en el ámbito afectivo del cuidador u ofensor para estar bien.

- La Dependencia económica, produce que la víctima no se pueda desligar de su agresor, por motivo de que no posee los medios económicos para abastecer sus necesidades básicas, lo que provoca dependencia del dinero que le brindan familiares, amigos u otros para subsistir en su alimentación, vivienda, pago de servicios de agua, luz, teléfono.
- El aislamiento social, es un factor determinante en el maltrato, donde el adulto mayor no tiene contacto con amigos, familiares, vecinos, no participa en reuniones familiares, ni en decisiones de la familia.
- Una historia de maltrato de mayor de 75 años, en el cual la persona durante su vida familiar ha estado presente la agresión de él hacia familiares (hijos, esposa, esposo u otros).
- En relación a la condición de género en la situación de maltrato, predomina el riesgo del sexo femenino, con respecto al hombre.
- La viudez lleva a la persona adulta mayor a tener sentimientos de soledad, tristeza y pérdida del vínculo con su pareja de muchos años, con la baja de autoestima.
- La depresión, lleva al aislamiento social y a la pérdida de interés por actividades que producen placer.
- Deterioro reciente de la salud, por enfermedades crónicas y enfermedades nuevas, traen consigo el deterioro de su funcionalidad.
- La demencia induce al deterioro profundo del conjunto de las funciones psíquicas como la memoria, orientación en tiempo persona y espacio y conducta.

- Una baja autoestima, lleva al anciano a no quererse así mismo, siente que estorba, no tiene intereses, cree que lo que vive esta bien.

- Las dificultades o limitaciones para administrar sus bienes, se pueden presentar por la condición de salud, no asumir retirar pensión, no tener a cargo sus propiedades como la casa, el carro, documentos personales, entre otros.

2.1.9.2 Factores de riesgo sociofamiliares

- Una relación familiar disfuncional condiciona a que las familias con problemas de comunicación, límites o reglas de respeto, apoyen muy poco o de ninguna manera la organización familiar.

- Los problemas económicos muchas veces son el desencadenante para el maltrato, porque no hay dinero, ni ingresos para atender las necesidades del adulto mayor.

- La falta de recursos de apoyo, como la asistencia económica, asistencia alimenticia, asistencia de cuidado en los ámbitos comunal, institucional y familiar.

- La existencia de problemas de fármaco dependencia en algún miembro de la familia puede resultar como detonante.

- La presencia de algún miembro de la familia con trastornos de la personalidad o conductuales, como problemas de origen psiquiátrico, emocional o de conducta.

- La historia familiar conflictiva con antecedentes o persistencia de violencia doméstica que generan agresión o maltrato o sobrecarga del proceso de cuidado en una sola persona.

- La falta de organización familiar para el cuidado.
- Ausencia de conocimientos en el grupo familiar sobre el proceso de atención y cuidados requerido por la persona adulta mayor o Condiciones de vivienda inadecuadas por falta de servicios básicos.
- Hacinamiento en el hogar por más de dos personas por dormitorio, dificulta el cuidado y predispone a situaciones de conflicto.
- Los conflictos intergeneracionales entre adultos, adultos mayores y adolescentes que no pueden comunicarse bien por diferencias de años e intereses.

2.1.9.3 Factores de riesgo del agresor:

- El Síndrome del cuidador, se caracteriza porque el cuidador o familiar desarrolla cansancio tanto físico como emocional, además de un alto nivel de estrés físico y emocional y poca tolerancia al cuidado del adulto mayor.
- El deterioro en las condiciones de salud se puede presentar de igual manera en el encargado del cuidado.
- La presencia de depresión, se puede ver manifiesta por los antecedentes antes mencionados.
- Uso y abuso de fármacos u otras drogas, tiene un papel importante en la historia de abusos.
- Los trastornos de la personalidad y la presencia de enfermedad mental pueden desencadenar abusos a los ancianos.
- Enfermedad física crónica condiciona la capacidad física del presunto agresor.
- La dependencia económica, y de vivienda.

2.1.10 Perfil de las personas adultas mayores, víctimas de maltrato, negligencia y abandono.

Las personas en situación de maltrato, negligencia y abandono, manifiestan un perfil o una serie de características que en muchas ocasiones al reunirse propician tales acciones. El poseer dichas características, no refleja que la persona que se asemeje con dicho perfil se encuentra en condición de maltrato, para que sucedan los escenarios de maltrato se requiere de factores propios del individuo, familiares y socioculturales.

A continuación se presenta las características de los ancianos agredidos⁽¹⁾:

- Persona adulta mayor de 75 años y más.
- El sexo femenino representa un 70% de los casos.
- Deterioro cognitivo, con pérdida de memoria, capacidad para tomar decisiones, capacidad de cuidarse por sí solo.
- Dependencia funcional en actividades de vida diaria básicas e instrumentales.
- Sentimientos de soledad, aislamiento social del adulto mayor, al no tener comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza.
- Dependencia emocional de la persona adulta mayor con el ofensor, siente que necesita a su hijo o nieto para vivir.
- Depresión en la persona adulta mayor en proceso de duelo, provocado por tristeza por viudez, perdida de un ser querido u otras pérdidas.
- Depresión en el cuidador.

- Sobrecarga del cuidador, como única persona que asume el cuidado y atención de las necesidades de la persona mayor y no hay apoyo de la familia.
- Dinámica familiar conflictiva.
- Características de manipulación del acompañante o familiar, el cual responde con rechazo o agresividad controlando todo y respondiendo por la persona mayor.
- Problemas de fármaco dependencia con el consumo de drogas del ofensor (hijo, nieto, cuidador).
- Incapacidad mental o intelectual del cuidador principal.
- Historia familiar de violencia intrafamiliar de larga data.
- Historias de conflictos familiares no resueltos y resentimientos asociados.

2.1.11 Protocolo de detección del maltrato

2.1.11.1 Protocolo del Ceinaa

Conforme al protocolo de atención establecido en el Informe evaluativo de metas del Ceinaa en el 2014 se establecen 4 fases de atención:

- I fase valoración integral
- II fase coordinación
- III fase desarrollo
- IV fase de Alta

2.1.11.2 Diagrama de flujo de maltrato

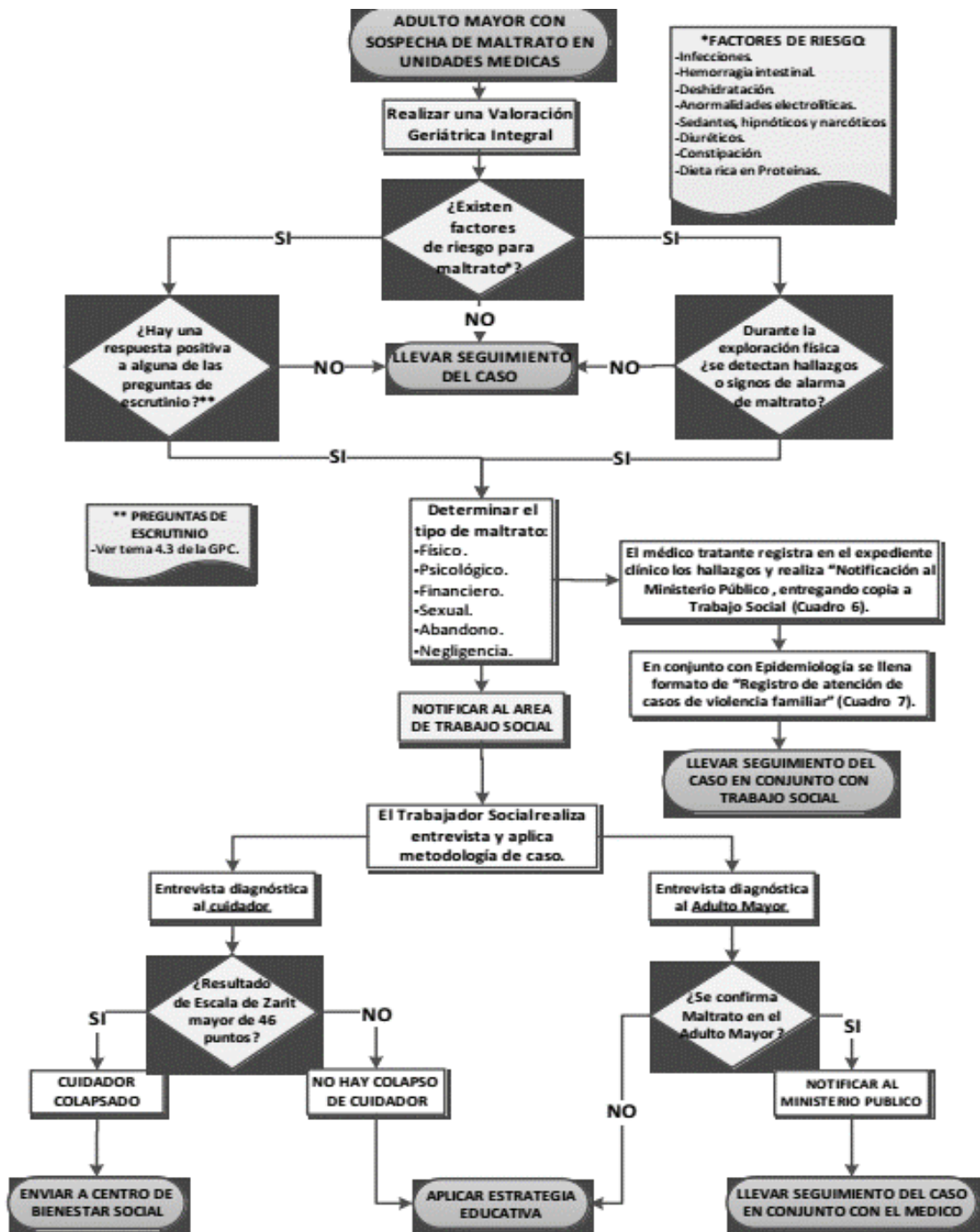


Figura N° 3 Diagrama de flujo de pasos a seguir en situaciones de maltrato en adultos mayores

Fuente:⁽²⁵⁾

2.1.12 Valoración integral de adulto mayor

El proceso de envejecimiento disminuye la capacidad para enfrentar las enfermedades reduciendo gradualmente las reservas fisiológicas capaces de enfrentar la carga de la enfermedad. A mayor edad se dice que hay un mayor deterioro fisiológico, asociado al exceso de enfermedades crónicas, lo que lleva a una mayor comorbilidad y su consecuente incapacidad.

Por esa razón surgió la valoración geriátrica integral (VGI), en respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional. Las características particulares del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de las enfermedades, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración⁽²⁶⁾.

2.1.12.1 Valoración de la esfera clínica

La esfera clínica está caracterizada por la forma de enfermar del anciano, con una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad (por ejemplo, el anciano con infección sin fiebre e infarto de miocardio indoloro)⁽²⁶⁾.

Por lo cual se debe realizar una historia clínica geriátrica donde se evalúe con detenimiento la historia personal, farmacológica, nutricional, realizar una buena exploración física, asociando todas estas características a los grandes síndromes geriátricos.

2.1.12.2 Valoración de la esfera funcional

La valoración funcional está dirigida a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar sus actividades diarias y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican de la siguiente forma⁽²⁶⁾:

➤ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son aquellas tareas que adulto mayor realiza diariamente para su autocuidado como lo es la higiene y aseo personal, vestirse, alimentación, entre otras. La escala más utilizada es la Escala de Barthel.

➤ Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): estas denotan labores en la que el adulto mayor interacciona con el medio para mantener su independencia, como cocinar, hacer compras y utilizar el teléfono. La escala que se utiliza en este apartado es la escala de Lawton.

➤ Actividades avanzadas (AAVD): son las que le permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

2.1.12.2.1 Índice de Barthel

El índice de Barthel es una examen el cual evalúa el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se considera el índice más adecuado para medir la independencia de las ABVD.

2.1.12.2.2 Índice de Lawton

El índice de Lawton es la escala que se utiliza para cuantificar la dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria, este consta de 8 parámetros, en las cuales se muestran actividades en la que una persona puede interactuar con el medio.

2.1.12.3 Valoración de la esfera mental

La valoración de la esfera mental se debe evaluar tanto el área cognitiva y la afectiva, ya que estas tienen relación entre sí. Las personas adultas mayores tienen una alta prevalencia de deterioro cognitivo, con mayor incidencia en las personas institucionalizadas y en menor grado las que viven con sus familias.

Al explorar la esfera cognitiva se debe preguntar sobre, nivel de escolaridad, presencia de factores de riesgo cardiovascular, historia familiar de demencia, antecedentes psiquiátricos, consumo de fármacos y tóxicos, motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas, orientación, quejas de deterioro de memoria, problemas de reconocimiento de familiares y amigos. La valoración de la esfera cognitiva se realiza con el Mini mental State Examination de Folstein (MMSE)⁽²⁶⁾.

2.1.12.3.1 Test Mini Mental

Es el instrumento que se utiliza para rastrear alteraciones cognitivas en los adultos mayores, es el instrumento más utilizado en su tipo.

Por otro lado en la valoración afectiva, se toma en cuenta el estado emotivo del adulto mayor. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Los síntomas depresivos y las alteraciones del estado de ánimo pueden encontrarse hasta en el 20% de los varones y en el 40% de las mujeres. Esto tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida y la situación funcional y cognitiva de cada persona. Prolonga las estancias hospitalarias y es fuente de numerosas consultas, ingresos y tratamientos. Pese a que sigue siendo más frecuente entre las mujeres, con la edad esta diferencia se reduce. La ansiedad junto con la depresión son los principales síntomas afectivos en la tercera edad, los cuales desencadenan repercusiones en la calidad de vida y en el rendimiento de funciones cognitivas⁽²⁶⁾.

Al examinar el área afectiva se debe identificar factores de labilidad emocional, trastornos del apetito, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, ideas de muerte, entre otros.

Para realizar la valoración de la esfera afectiva se cuenta con la Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

2.1.12.3.2 Escala depresión geriátrica de Yesavage

Es el instrumento utilizado para medir los síntomas depresivos, se trata de un cuestionario breve de 15 preguntas, en el cual se contesta con sí o no, respecto a cómo se ha sentido en la semana anterior a la aplicación de la prueba. Este test ha sido probado y es utilizado con éxito en la población de adultos mayores⁽²⁹⁾.

2.1.13 Estrategias de atención e intervención del Ceinaa, en situaciones de maltrato en la persona adulta mayor.

La labor del equipo del Ceinaa realiza su intervención en apego a establecido a la Ley integral de la persona adulta mayor y la norma de la CCSS.

Se realiza el proceso de investigación como equipo interdisciplinario especializado en la atención y tratamiento biopsicosociolegal del impacto que genera en la salud de las personas adultas mayores el Síndrome del maltrato, con el fin de generar factores protectores desde la atención en salud, que permitan mejorar condiciones y calidad de vida de la persona adulta mayor en el medio familiar, comunal e institucional. Asimismo se promueve la responsabilidad y organización familiar en el cuidado y protección y defensa de derechos de las personas adultas mayores atendidas en el HNGG⁽³⁰⁾.

Además se coordina con redes de apoyo institucionales gubernamentales y no gubernamentales según competencia en materia de adulto mayor, con el fin de generar respuestas que fortalezcan la atención integral del usuario el HNGG en el medio familiar, comunal e institucional. Por las características de la atención, esta mantiene un énfasis en trabajo social quien asume el proceso de atención con el apoyo del equipo que de forma activa y de acuerdo con la disposición de tiempo asignado al Ceinaa por sus jefaturas directas.

2.1.14 Estrategias de prevención de maltrato en adultos mayores

Según la OMS son muchas las estrategias que se han aplicado para prevenir el maltrato de las personas mayores, como adoptar medidas para combatirlo y mitigar sus

consecuencias. Entre las intervenciones que se han puesto en práctica principalmente en los países de ingresos altos para prevenir el maltrato cabe citar las siguientes⁽¹¹⁾:

- Campañas de sensibilización para el público y los profesionales.
- Detección de posibles víctimas y agresores.
- Programas intergeneracionales en las escuelas y colegios.
- Intervenciones de apoyo a los cuidadores, como gestión del estrés, asistencia de relevo en el cuidado.
- Políticas sobre la atención en residencias para definir y mejorar el nivel de la atención
- Formación sobre la demencia dirigida a los cuidadores.

Entre los esfuerzos por responder al maltrato e impedir que se repita se incluyen las siguientes intervenciones⁽¹¹⁾:

- Notificación obligatoria del maltrato a las autoridades.
- Grupos de autoayuda.
- Casas refugio y centros de acogida de emergencia.
- Programas de ayuda psicológica dirigidos a las personas que infligen malos tratos.
- Teléfonos de asistencia que proporcionen información y derivación.
- Intervenciones de apoyo a los cuidadores.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de investigación

La presente investigación presenta un enfoque cuantitativo, ya que se realiza la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico. En este caso, se mide las variables y se obtiene los datos en valores numéricos.

3.2 Tipo de investigación

Se realiza un estudio observacional descriptivo, de corte transversal debido a que la investigación describe el perfil del paciente en condición de abuso sin interferir en el escenario, asimismo es de corte transversal porque los datos se recogen en un mismo momento, con el fin de determinar la prevalencia y los principales factores de riesgo conocidos del Síndrome de maltrato, negligencia y abandono en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología durante del año 2014.

3.3 Unidades de análisis u objetos de estudio

3.3.1 Población

La población del estudio corresponde a un total de 525 pacientes, los cuales fueron atendidos con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología.

3.3.2 Muestra

La muestra está constituida por un grupo de 223 pacientes, establecidos a partir de una población de 525 pacientes atendidos con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología durante el 2014.

Dicha muestra está determinada por la fórmula estadística para el cálculo de muestra de poblaciones finitas(31).

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times P \times Q}{d^2(N - 1) + Z\alpha^2 \times P \times Q}$$

En donde⁽³¹⁾:

- n= tamaño de la muestra
- N= Total de la población
- $Z\alpha^2 = 1.96^2$ (la seguridad es del 95%)
- P = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- Q= 1- p (en este caso 1- 0,05 = 0,95)
- d= precisión (en este caso deseamos un 3%)

Aplicando la fórmula anterior para el cálculo de la muestra, dependiente de una población de 525 pacientes se obtiene:

$$n = \frac{525 \times 1,96^2 \times 0,05 \times 1 - 0,05}{0,03^2(525 - 1) + 1,96^2 \times 0,05 \times 1 - 0,05} = 223$$

La muestra es de tipo probabilística, por medio del cual se seleccionó a los participantes del estudio por medio de muestreo aleatorio simple.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.3.1 Criterios de inclusión

1. Pacientes adultos mayores atendidos por el Ceinaa en el año 2014.
2. Pacientes de consulta externa y hospitalizados, atendidos en el CEINAA durante del año 2014.
3. Pacientes provenientes cualquier parte del país.
4. Pacientes de cualquier nacionalidad, atendidos en el Ceinaa en el año 2014.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes con historia clínica geriátrica no completa.
2. Expedientes clínicos con falta de instrumentos de valoración geriátrica.
3. Pacientes con expediente con letra no legible.
4. Pacientes fallecidos antes o durante el estudio.
5. Pacientes menores de 60 años.

3.4 Instrumentos para la recolección de la información

El instrumento utilizado en el estudio para la recolección de información, consta de dos partes, una parte de información personal y otra de escalas de evaluación especializadas.

El mismo está diseñado conforme a diferentes estudios⁽³²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾ correlacionados al tema de investigación, la información suministrada en la historia clínica geriátrica presente en los expedientes clínicos del HNGG, contemplando los índices y escalas internacionales de valoración de funcional, cognitiva y del estado emotivo (Anexo N° 2).

3.4.1 Validez del cuestionario

El cuestionario utilizado en la recolección de información, se desarrolla en datos de la historia clínica geriátrica, índices o escalas internacionales para la valoración geriátrica, dentro de los cuales se encuentra el índice de Barthel, la escala de Lawton, el Test Mini Mental y la escala de depresión geriátrica Yasevage. La confiabilidad del mismo está basada en los múltiples estudios⁽³⁵⁾⁽²⁸⁾⁽²⁷⁾ realizados a nivel internacional donde se examinan las escalas de evaluación funcional, cognitiva y del estado emotivo, asimismo las variables utilizadas en la investigación están basadas en la historia clínica geriátrica. Por consiguiente el cuestionario esta validado por el Comité Local Bioética (Clobi) del HNGG según sesión del 10/10/2016, para efectuar la recolección de datos de los expedientes clínicos del HNGG, bajo las siguientes pautas:

- No conflicto de interés con instituciones tanto públicas como privadas.
- Estudio de tipo descriptivo y no experimental no representando factores de riesgo que atentan a la salud de los pacientes enrolados en el estudio.
- Declaración jurada de confidencialidad de información de los participantes del estudio.
- Cuestionario enfocado en la historia clínica geriátrica.

- Índices y escalas validadas en múltiples estudios a nivel internacional.
- Tema de investigación de relevancia actual.

Índice de Barthel

El Índice de Barthel es un buen predictor de la mortalidad, mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad.

También está relacionada con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de discapacidad), presentan mejor respuesta a la rehabilitación⁽²⁷⁾.

Índice de Lawton

El índice de Lawton está enfocado en valorar la realización de actividades instrumentales de la vida diaria y en detectar niveles menos severos de discapacidad. Se contempla la realización de actividades más complejas en relación con las ABVD.

El estudio denominado Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living, desarrollo el Índice de Lawton, en el cual se hace la comparación del índice con otras escalas de evaluación, dando el mejor resultado para evaluar la realización de actividades instrumentales⁽³⁵⁾.

Test Mini mental

Según el estudio, Mini-Mental State Examination (MMSE) para la detección de la demencia en las personas de 65 años o mayores, determina que el Mini mental posee una sensibilidad del 90% y una especificidad del 85%⁽³⁶⁾.

Índice de Yasevage

Según el estudio llamado, “Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación”, la escala de depresión de Yasevage cuenta con una sensibilidad del 81% y una especificidad del 76,7%⁽³⁷⁾.

3.5 Diseño de la investigación

El presente estudio tiene un diseño de investigación, tipo no experimental transversal, en el que el investigador no interfiere con ninguna de las variables, asimismo con las situaciones de abuso, tratamiento médico, patologías y medidas de protección. De este modo, los datos son recogidos en un único momento.

3.6 Operacionalización de variables

Tabla N° 3 Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Instrumental	Fuentes de Información
<p>Caracterizar socio demográficamente a la población adulta mayor atendida por el CEINAA durante el año 2014, que vive en situación de maltrato, negligencia y abandono de acuerdo a su edad, sexo, estado civil, procedencia, situación economía, escolaridad y apoyo social.</p>	<p>Edad</p>	<p>La Edad Cronológica es la suma de años que ha transcurrido desde nuestro nacimiento hasta la actualidad.</p>	<p>1- 60 -64 años 2- 65 -69 años 3- 70-74 4- 75-79 5- 80-84 6- >85 años</p>	<p>Hoja recolección de datos</p>	<p>Expediente clínico</p>

	Sexo	Hace referencia a una clasificación de individuos según el género masculino y femenino y en las que los mismos pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares.	1- Femenino, 2- Masculino	Hoja recolección de datos	Expediente clínico
	Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	1- Casado(a) 2- Soltero(a) 3-Viudo(a) 4- Unión libre 5- Divorciado	Hoja recolección de datos	Expediente clínico

	Lugar de residencia	Es el lugar geográfico donde la persona habita	1- San José 2- Alajuela 3- Heredia 4- Cartago 5- Guanacaste 6- Puntarenas 7- Limón	Hoja recolección de datos	Expediente clínico
	Escolaridad	Nivel educativo de un individuo, con respecto al último grado académico obtenido	1- Ninguna 2-Primaria incompleta 3-Primaria completa 4-Secundaria incompleta 5-Secundaria completa 6-Técnico 7-Universitario	Hoja recolección de datos	Expediente clínico
	Situación económica	Balance contable en que se encuentra un individuo, con relación a sufragar costos para mantener necesidades básicas.	1-inactivo 2-Activo 3-Pensionado 4- Otra ayuda económica	Hoja recolección de datos	Expediente clínico

	Apoyo social	Conjunto de recursos humanos o familiares con que cuenta un individuo para enfrentar una determinada crisis	1- Vive solo 2- Vive con otro adulto mayor 3- Vive con familiares 4- Institucionalizado	Hoja recolección de datos	Expediente clínico
Establecer el perfil cuatridimensional (Físico, psíquico, funcional y social) según escalas de evaluación, que tienen las personas adultas mayores que viven en situación de maltrato, negligencia y abandono.	Capacidad funcional	Autonomía para realización de actividades básicas de la vida diaria.	1- Independencia 100 2- Dependencia leve 91-99 3- Dependencia moderada 61-90 4- Dependencia severa 5- Dependencia total 0-20	Hoja recolección de datos Índice de Barthel	Expediente clínico
		Autonomía para realización de actividades instrumentales de la vida diaria.	1- Autónomo 8 2- Dependencia leve 6-7 3- Dependencia moderada 4-5 4- Dependencia severa 2-3 5- Dependencia total 0-1	Hoja recolección de datos Índice de Lawton	Expediente clínico

	Condición médica y física	Evaluación de factores patológicos y patologías del paciente.	1- Antecedentes no patológicos 2- Antecedentes patológicos	Hoja recolección de datos	Expediente clínico
	Deterioro cognitivo	Limitaciones en el funcionamiento mental que se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media.	1- Normal 24-30 2- Déficit cognitivo leve 21-23 3- Déficit cognitivo moderado 11-20 4- Déficit cognitivo severo 0-10	Hoja recolección de datos Test Mini Mental	Expediente clínico
	Estado emotivo	Cantidad de sintomatología depresiva presente en un individuo.	1- Sin depresión 0-4 2- Sospecha de depresión 5-9 3- depresión establecida >10	Hoja recolección de datos Escala de Depresión Geriátrica	Expediente clínico

<p>Establecer la prevalencia del Síndrome de maltrato, negligencia y abandono de los pacientes atendidos en el Ceinaa con respecto a los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología durante el año 2014.</p>	<p>Prevalencia</p>	<p>Se define como el total nuevos más la suma del total de casos subsecuentes en un periodo de tiempo determinado</p>			<p>Expediente clínico</p>
<p>Determinar los principales tipos de maltrato en las personas adultas mayores atendidos en el CEINAA durante el año 2014.</p>	<p>Causas probables de maltrato, negligencia y abandono</p>	<p>Situación la cual propicia el acto de cometer maltrato, negligencia y abandono en la población adulta mayor</p>		<p>Hoja recolección de datos</p>	<p>Expediente clínico</p>

	Principales tipos de maltrato en la población de adulta mayor	Tipos de abusos en contra de la población vulnerable de la tercera edad	1- Abuso físico 2- Abuso psicológico 3- Abuso sexual 4- Abuso patrimonial 5- Negligencia 6- Abandono	Hoja recolección de datos	Expediente clínico
Definir estrategias de intervención y protección de la población adulta mayor con el síndrome de maltrato, negligencia y abandono.	Estrategias e intervenciones	Acciones en las cuales se pretende intervenir para prevenir, corregir y controlar la situación de maltrato, negligencia y abandono en la población adulta mayor	1- Intervención medica 2- Intervención psicológica 3- Intervención de trabajo social 4- Asesoría legal 5- Otro	Hoja recolección de datos	Expediente clínico

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. GENERALIDADES

En la presente investigación se manifiesta la problemática que envuelve al mundo, en materia de abusos a la población adulta mayor, los cuales son cada día más frecuentes y al igual que al resto de los países en Costa Rica se ha convertido en un problema de salud pública.

La investigación está orientada a determinar la prevalencia del Síndrome de maltrato, negligencia y abandono. La población en estudio son pacientes atendidos por el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado el HNGG, con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono previamente establecido por el Ceinaa. Asimismo, se determinan los principales factores de riesgo conocidos que están asociados a esta situación.

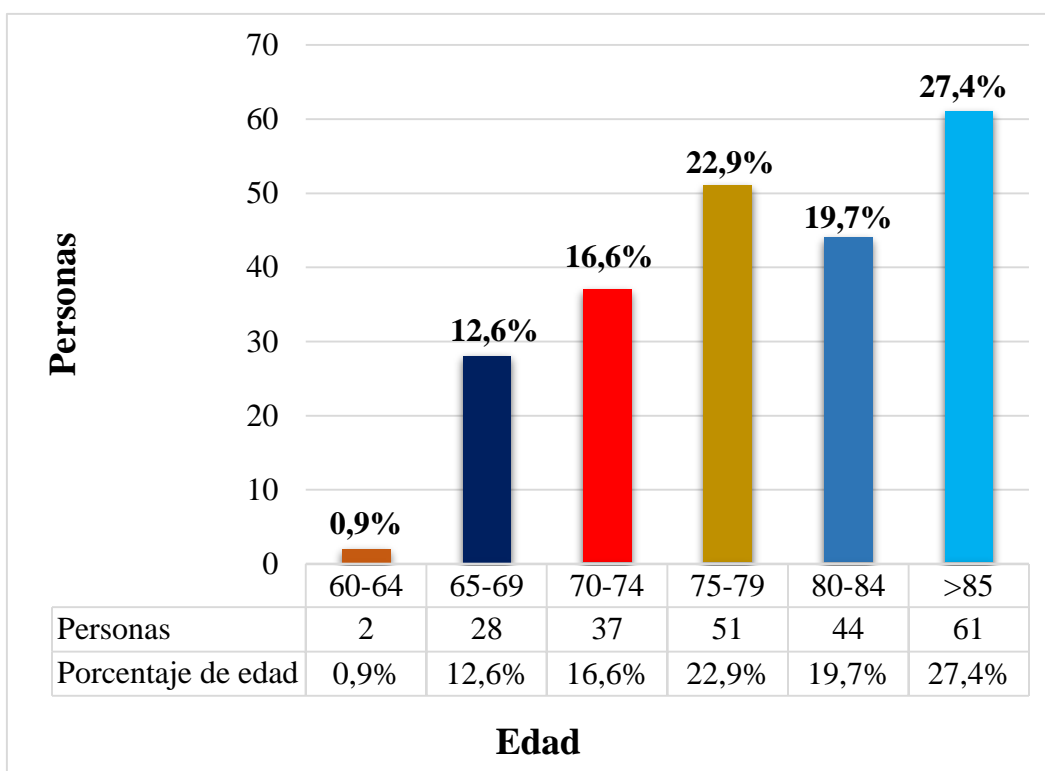
La población del estudio se trata de una muestra de 223 pacientes determinados por forma aleatoria a partir de una población de 525 pacientes, los cuales fueron atendidos en el Ceinaa en el año 2014, en condición de maltrato. Como parte de la investigación biomédica, el estudio se somete a la evaluación por parte del Clobi del HNGG, el cual da aprobación para su realización.

Como primer procedimiento se realiza la recolección de datos por medio de los expedientes clínicos ubicados en el archivo del Servicio de Registros médicos del HNGG.

Posterior a la recolección de los datos, los datos obtenidos se examinan y tabulan formando una base de datos donde se incluyen todas las variables características del paciente y del estudio. Luego se elaboran los gráficos y tablas, según las variables de estudio, y se les realiza su respectivo análisis.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la información recolectada:

Gráfico N° 1 Distribución por rango de edad en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

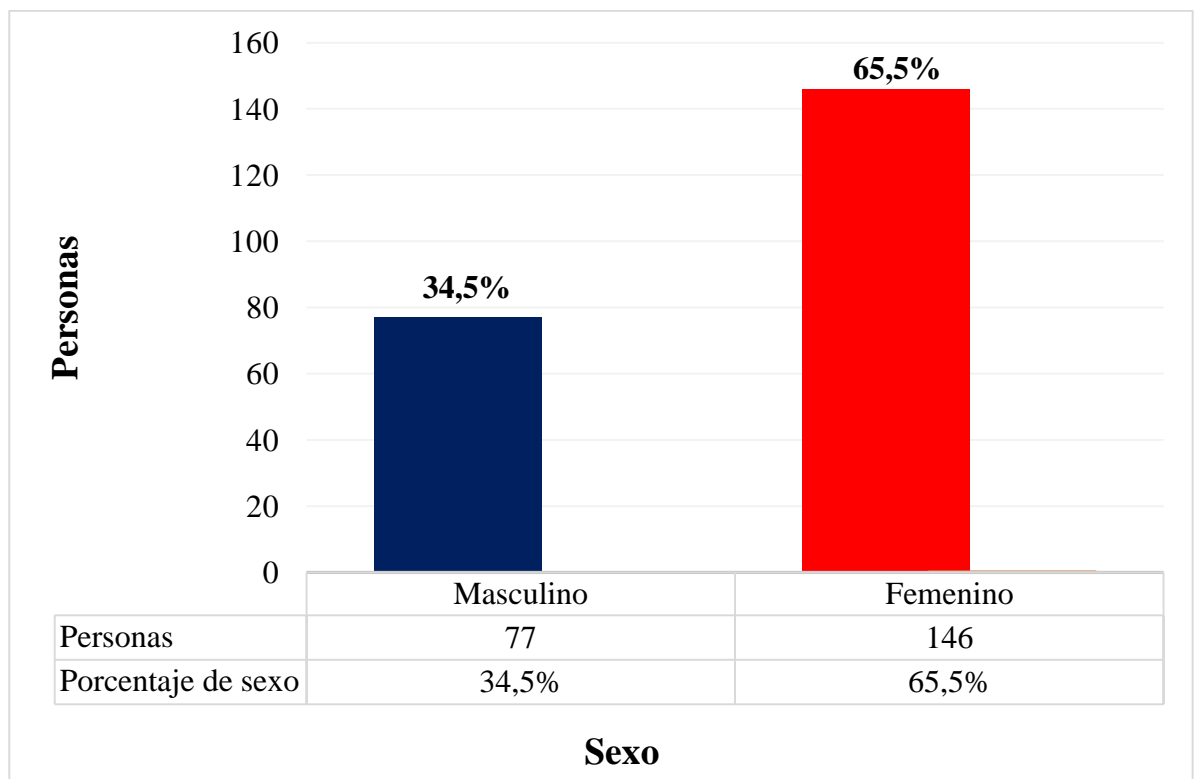
En el gráfico N°1 se muestra que la mayor presencia de casos atendidos en el CEINAA se presenta en los pacientes con edad mayor a 85 años con un porcentaje de 27,4%, correspondiente a 61 pacientes.

El segundo lugar corresponde a los pacientes con rango de edad entre los 75-79 años con un 22,9% de los casos lo que corresponde a 51 pacientes.

Como tercera posición se encuentran los pacientes con rango de edad entre 80-84 años, que representan el 19,7% con 44 pacientes.

Se determina que a partir del rango de edad de 70-74 años, se presenta una disminución del número de casos con respecto a los pacientes con edades superiores a los 75 años.

Gráfico N° 2 Distribución según sexo en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.

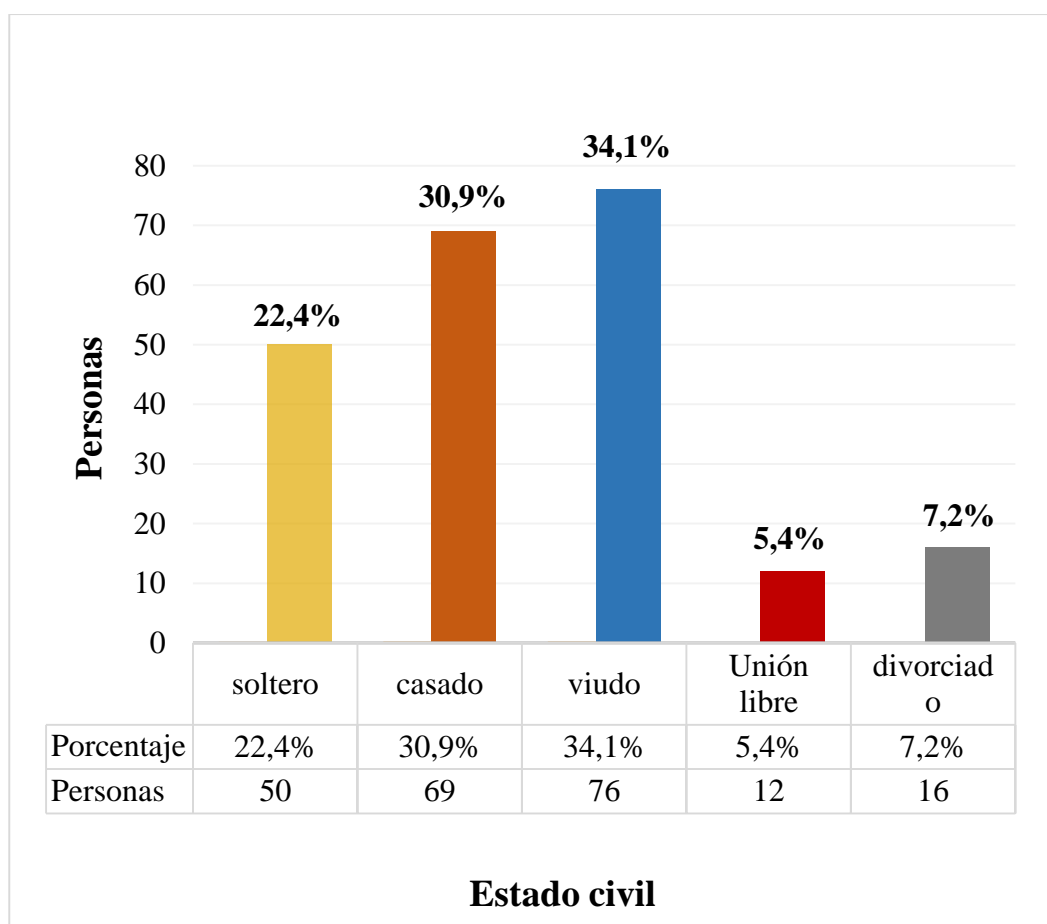


Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N°2 se observa que la mayoría de los casos atendidos en el Ceinaa durante el 2014, son principalmente del sexo femenino con un total de 146 pacientes, lo que

corresponde a 65,5% de los casos. En contra posición el sexo masculino representa el 34,5% de los casos con una totalidad de 77 pacientes.

Gráfico N° 3 Distribución según estado civil en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

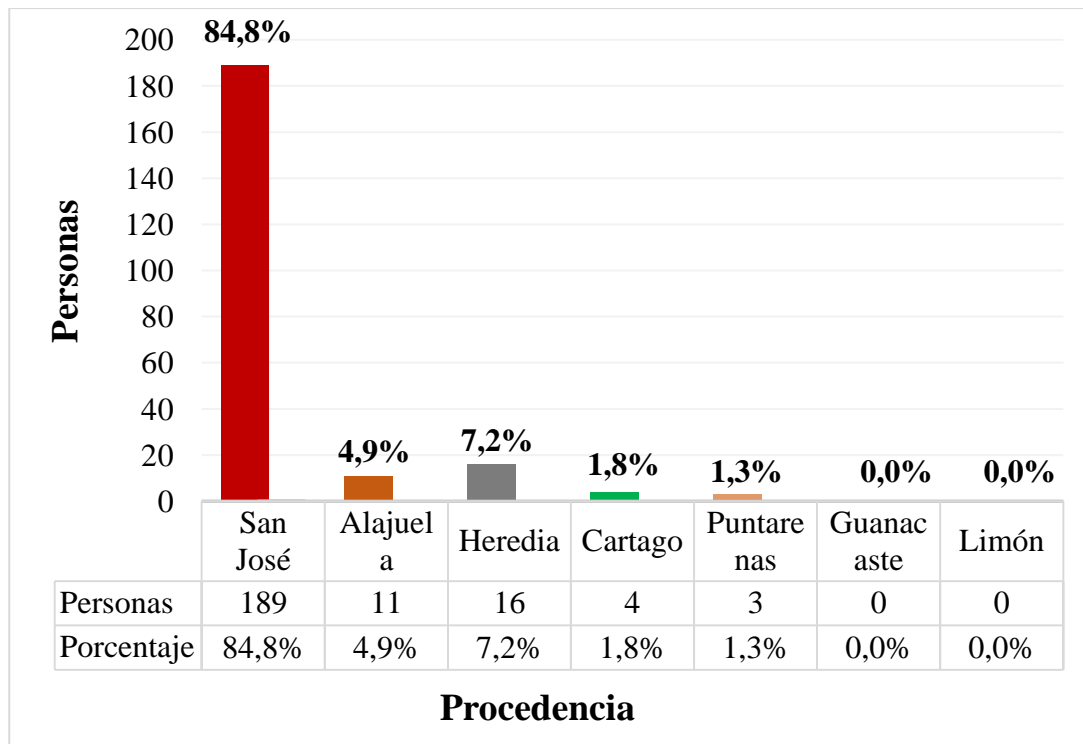
En el gráfico N°3 se evidencia que la mayoría de casos atendidos en el Ceinaa durante el año 2014, corresponde a las personas viudas con un 34,1%, correspondiendo a 76 pacientes.

En segunda posición se encuentran las personas casadas, con un 30,9% y una totalidad de 69 pacientes.

Se demuestra que las personas solteras ocupan el tercer lugar con una totalidad de 50 pacientes y un porcentaje de 22,4%.

En las últimas posiciones, sin restar importancia se encuentran las personas divorciadas y en unión libre, con un porcentaje de 7,2 y 5,4%, según correspondan.

Gráfico N° 4 Distribución según lugar de procedencia en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el CEINAA, durante del año 2014.

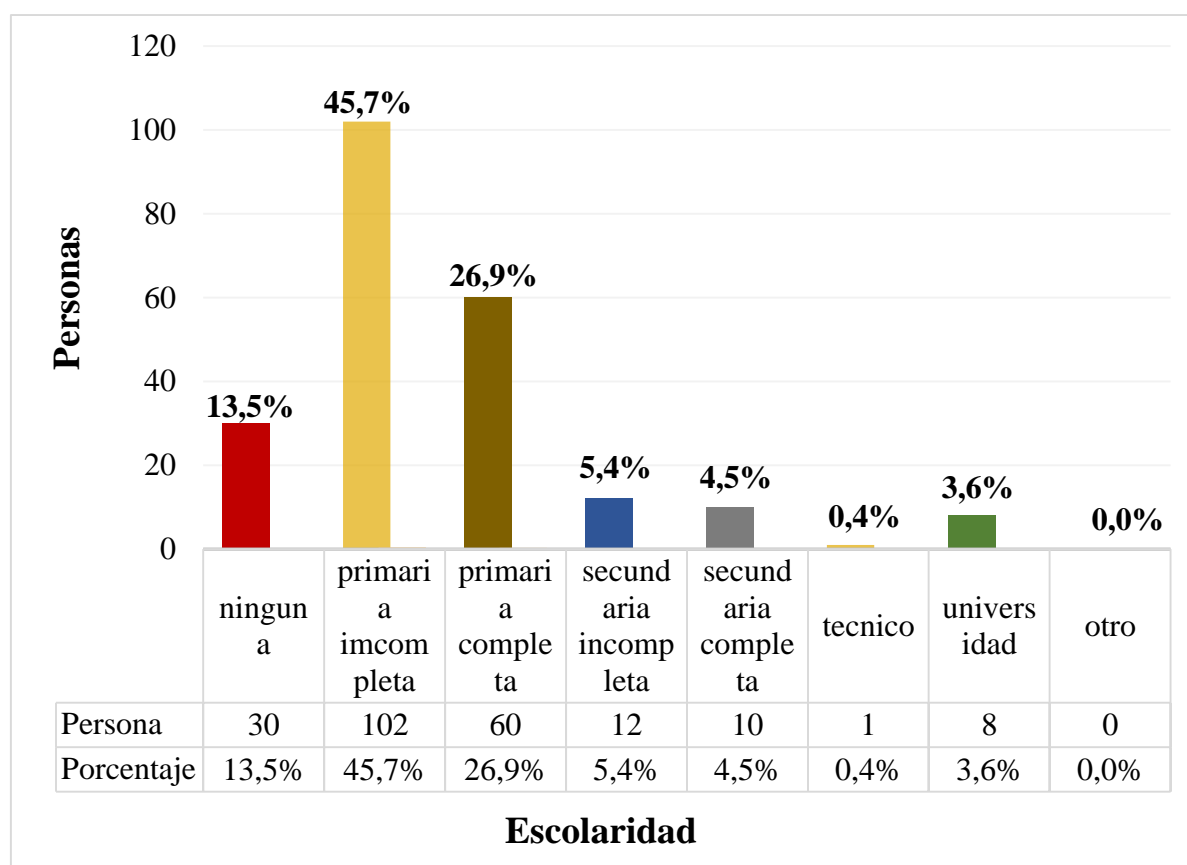


Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N°4 se muestra que la mayoría de los pacientes atendidos en el Ceinaa durante el año 2014, provienen de la provincia de San José representando el 84,8% de la totalidad de los pacientes, correspondiendo a 189 de 223 pacientes.

En menor cantidad de casos, están las demás provincias, sobre saliendo la provincia de Heredia con 7,2%.

Gráfico N° 5 Distribución según escolaridad en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.



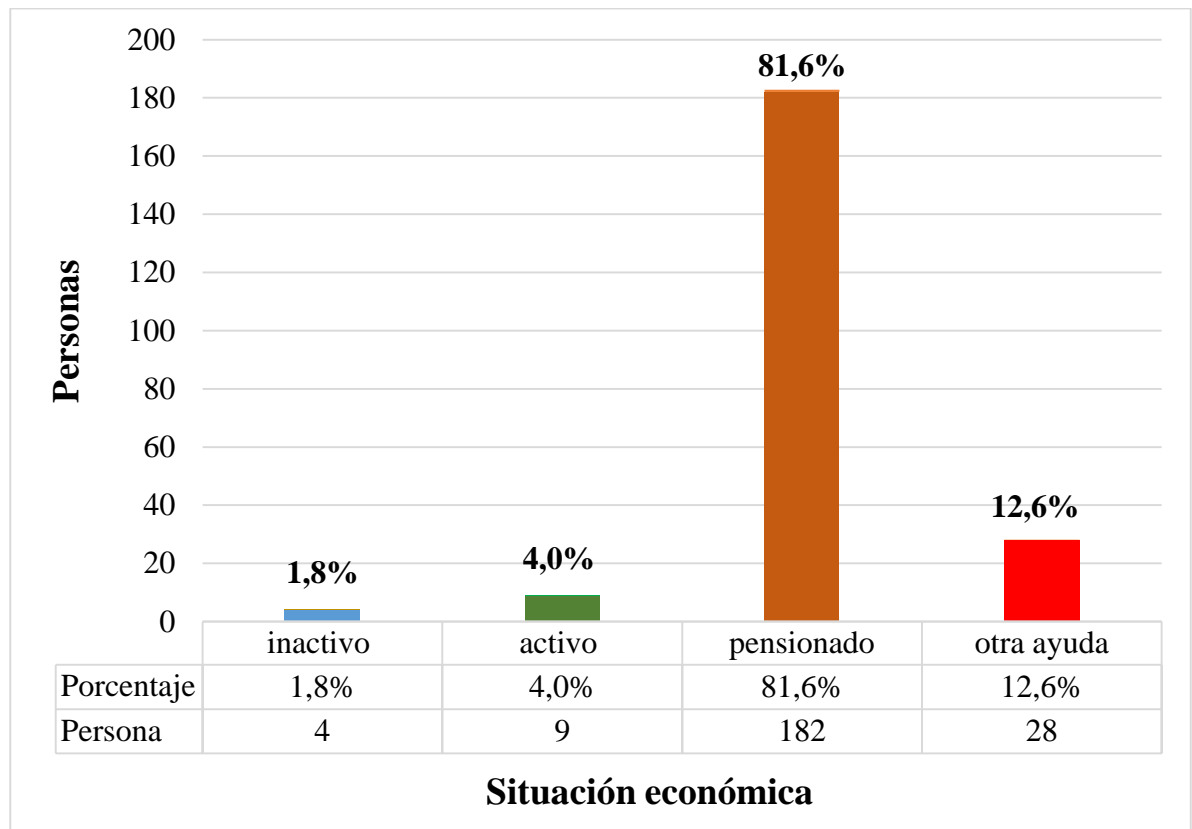
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N°5 se demuestra que según la escolaridad, la mayor parte de las personas atendidas en el Ceinaa durante el año 2014, poseen la primaria incompleta, lo que corresponda a 102 pacientes con un 45,7%.

Seguido con un 26,9% lo q corresponde a 60 personas, quienes cuentan con la primaria completa.

Un dato importante es que el 13,5% de los pacientes, no recibieron escolaridad durante su vida.

Gráfico N° 6 Distribución según estatus económico en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.

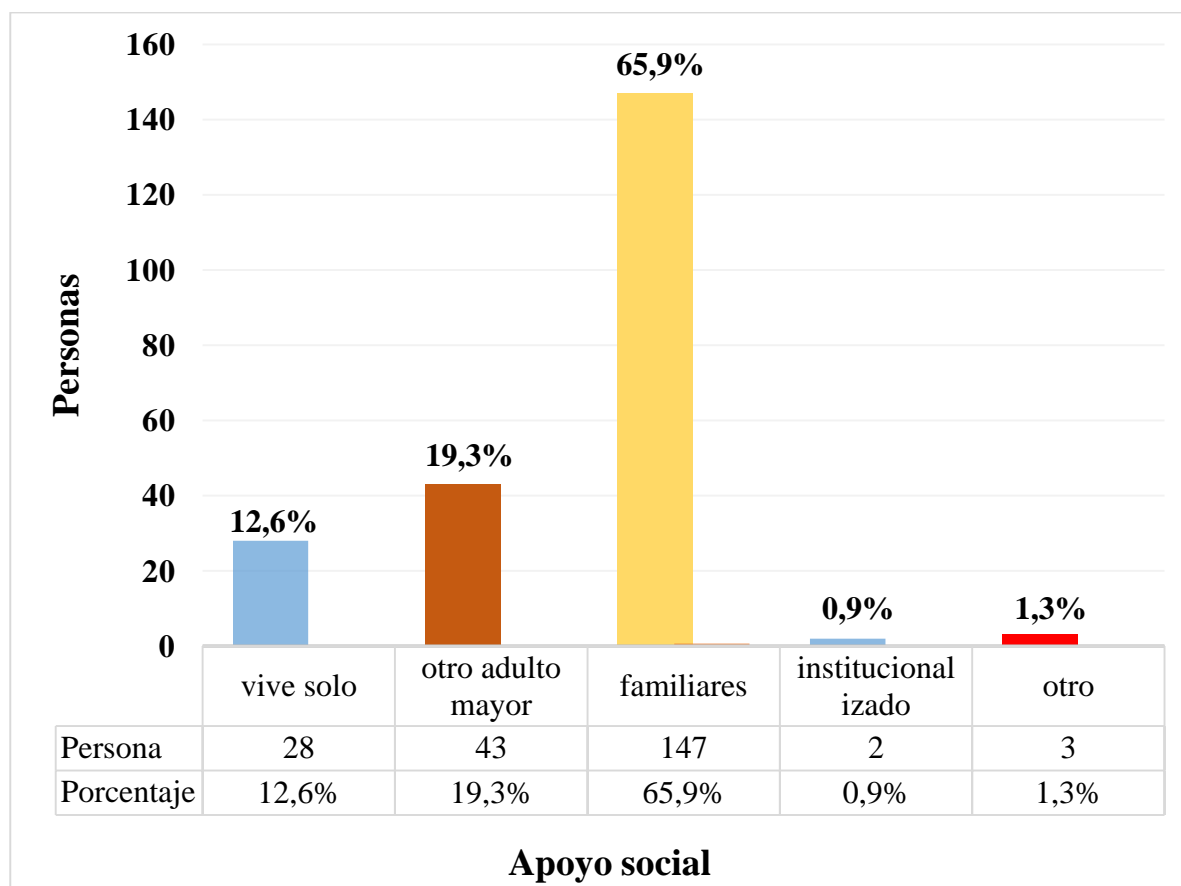


Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N°6 se muestra que la mayoría de las personas atendidas en el Ceinaa durante el 2014, poseen un ingreso económico a través de una pensión tanto del Régimen contributivo y del Régimen no contributivo, para una totalidad de 182 pacientes lo que corresponde a un 81,6%, con este beneficio.

Por otro lado un 12,6% de las personas, reciben otra ayuda económica de diferentes instituciones del Estado.

Gráfico N° 7 Distribución según apoyo social en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.

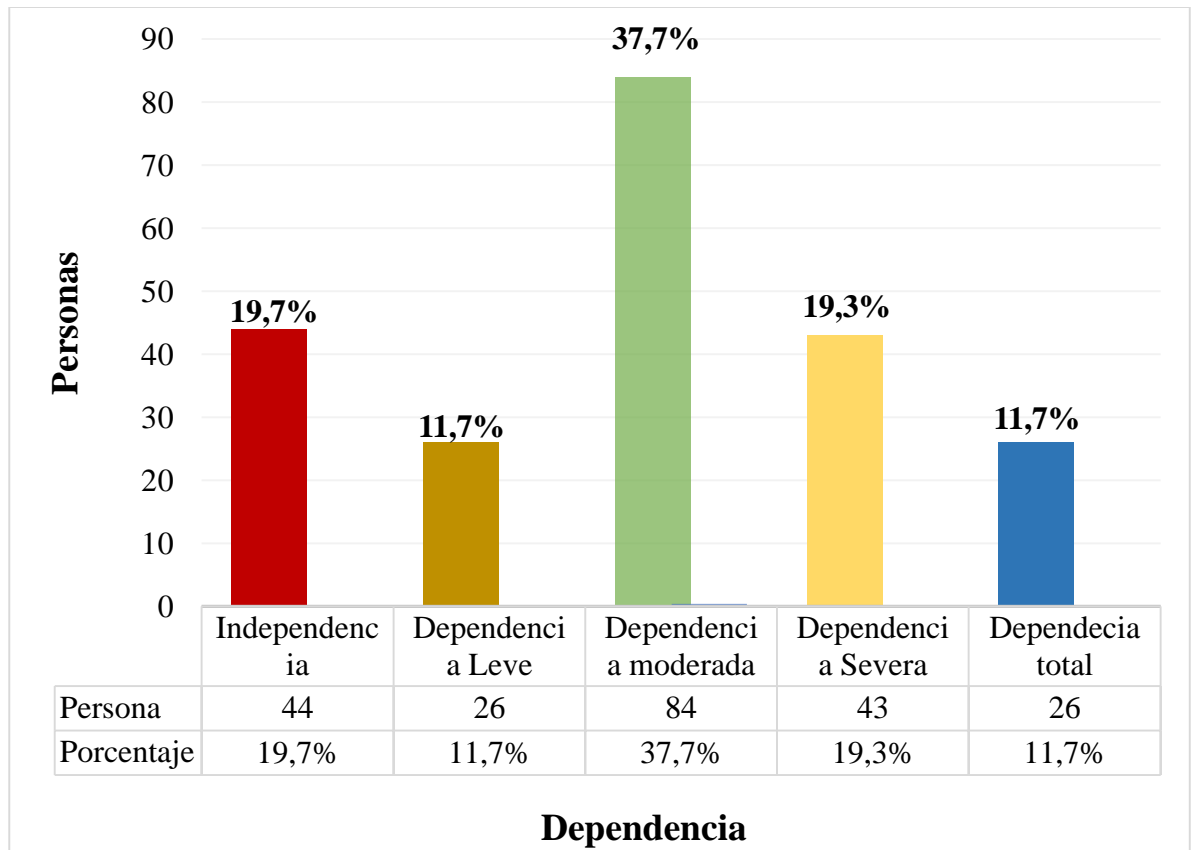


Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N°7 se muestra que la mayoría de las personas atendidas en el Ceinaa durante el año 2014, viven con familiares, lo que corresponde a 147 personas con un porcentaje de 65,9%.

En un 19,3% de las personas atendidas, se denota que viven en compañía de otro adulto mayor, así como un 12,6% de los pacientes viven solos.

Gráfico N° 8 Distribución por grado de dependencia según el Índice de Barthel en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.

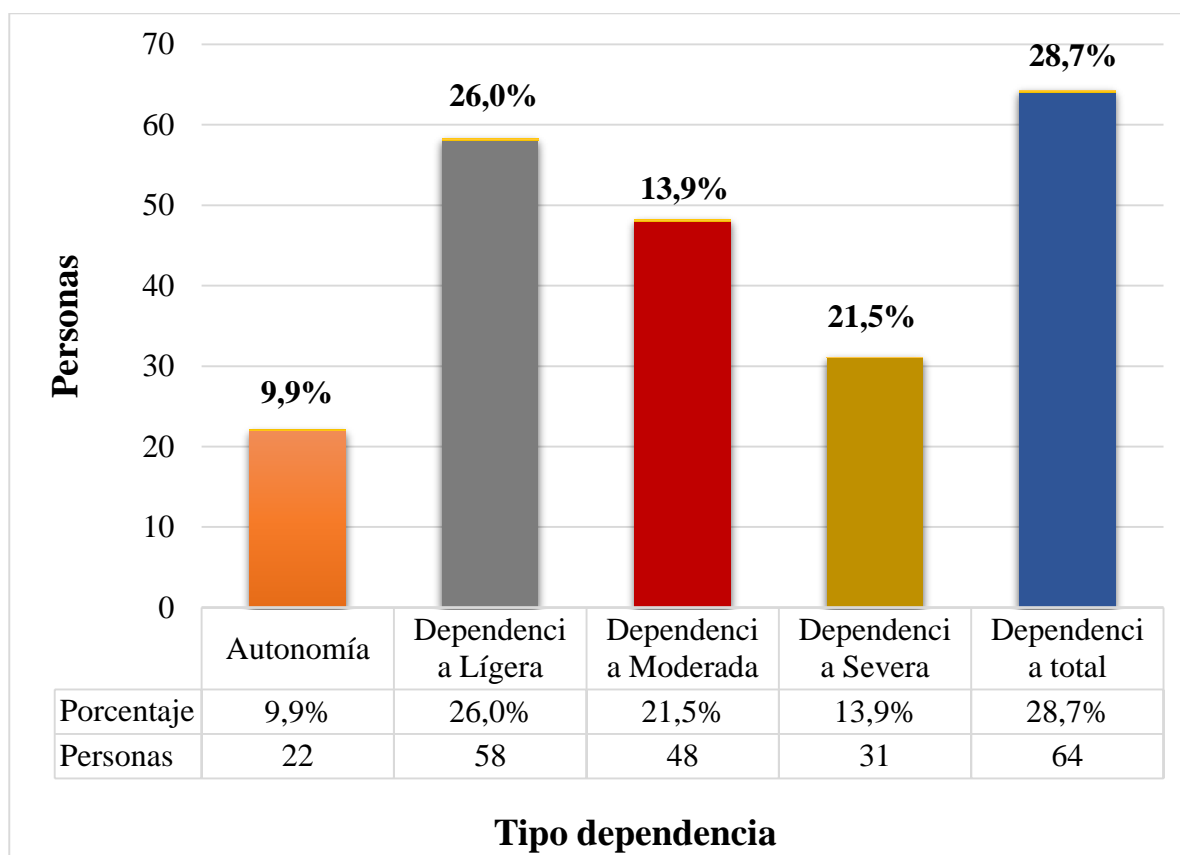


Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N°8 se expresa que la mayoría de las personas atendidas en el Ceinaa, durante el año 2014, tienen una dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, según el Índice de Barthel lo que corresponde a un número de 84 pacientes con un porcentaje de 37,7%.

Como información importante se puede apreciar, que el 19,7% de los pacientes son independientes, en contra posición del 11,7% que tienen una dependencia total para las actividades de la vida básica.

Gráfico N° 9 Distribución por grado de dependencia según el índice de Lawton, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

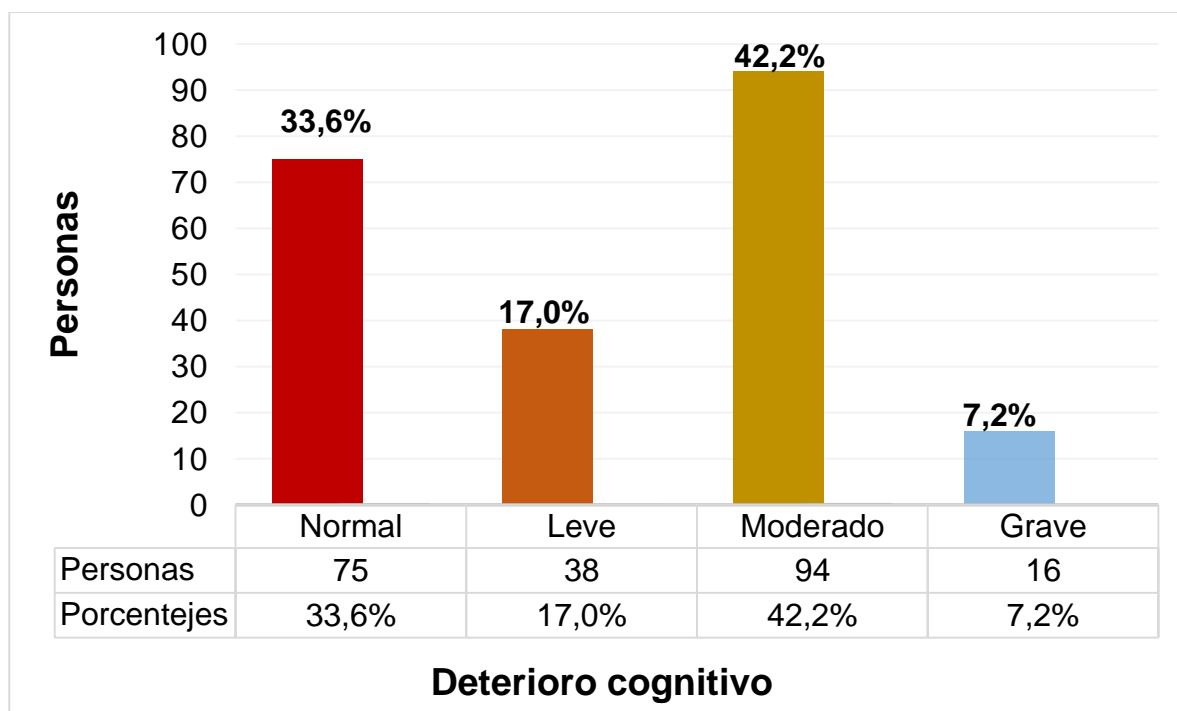
En el gráfico N°9 se representa el grado de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria de las personas atendidas en el Ceinaa, durante el año 2014, según el Índice de Lawton.

Se demuestra que 64 personas son el 28,7% de los pacientes, que tienen dependencia total en sus actividades instrumentales, siendo esta dependencia la que afecta a la mayoría de los pacientes.

En el segundo lugar se encuentra la dependencia ligera con un 26,0%, seguido de un 14% de pacientes que presentan dependencia moderada para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

Un dato importante a destacar es que solo un 9,9% de los pacientes que son 22 personas, presentan autonomía total de 223 pacientes, según el Índice de Lawton.

Gráfico N° 10 Distribución por grado de deterioro cognitivo según el Test Mini mental en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.



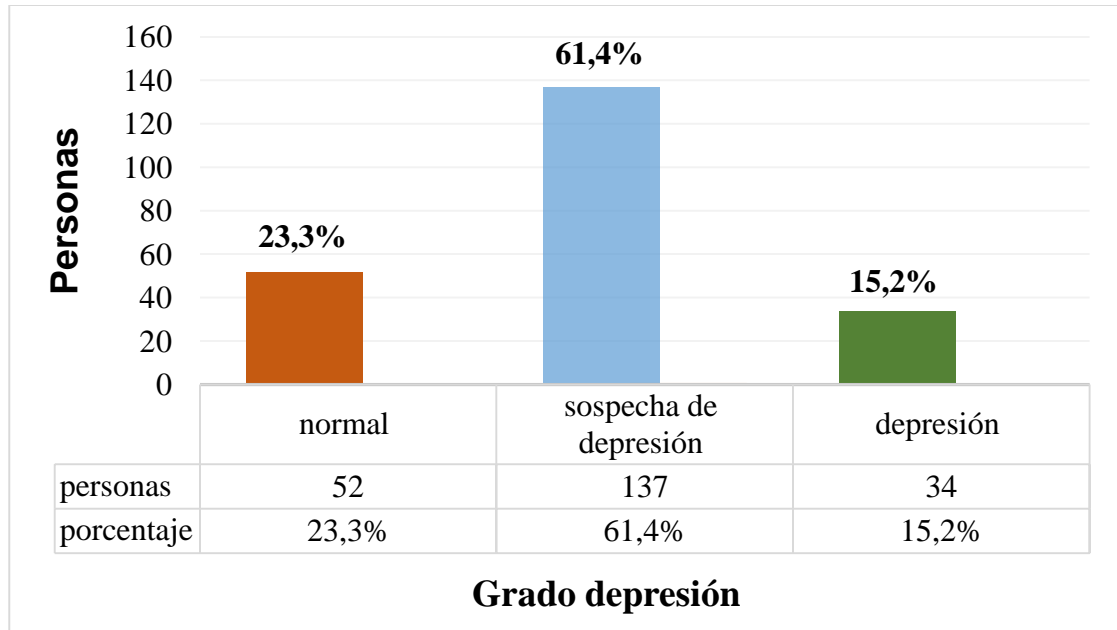
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

Según el gráfico N°10 se representa el grado de deterioro cognitivo, de los pacientes atendidos en el Ceinaa durante el año 2014.

El gráfico refleja que el 42,2% de los pacientes tienen deterioro cognitivo moderado, con respecto a un 33,6% de los adultos mayores sin diagnóstico de deterioro cognitivo.

Además demuestra que 16 personas de 223 estudiadas, con un porcentaje de 7,2% presentan deterioro cognitivo grave.

Gráfico N° 11 Distribución según grado de depresión según la Escala de Yasavage, pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N° 11 se evidencia el grado de depresión según la Escala de Yasavage, en pacientes atendidos en el Ceinaa durante el año 2014.

Como dato importante se observa que la mayoría de los casos, se encuentran en sospecha de depresión con un 61,4%, seguido de los pacientes que no tienen diagnóstico de depresión con 23,3% de los casos.

Se determina que 34 pacientes, lo que corresponde a un 15,2% tiene diagnóstico de depresión.

Tabla N° 4 Principales patologías documentadas en los pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014

Patologías	N° Personas	Porcentaje
Hipertensión arterial	130	58%
Diabetes mellitus	80	36%
Dislipidemia	37	17%
Nefropatías	12	5%
Hepatopatías	7	3%
Neumopatías	26	12%
Cáncer	29	13%
Neuropatías	15	7%
Artropatías	6	3%
Enfermedad cerebrovascular	67	30%
Parkinson	14	6%
Osteoporosis	26	12%
Depresión	52	23%
Incontinencia urinaria y fecal	30	13%
Deterioro cognitivo	78	35%
Enfermedad psiquiátrica	8	4%
Demencia	37	17%
Otros	90	40%

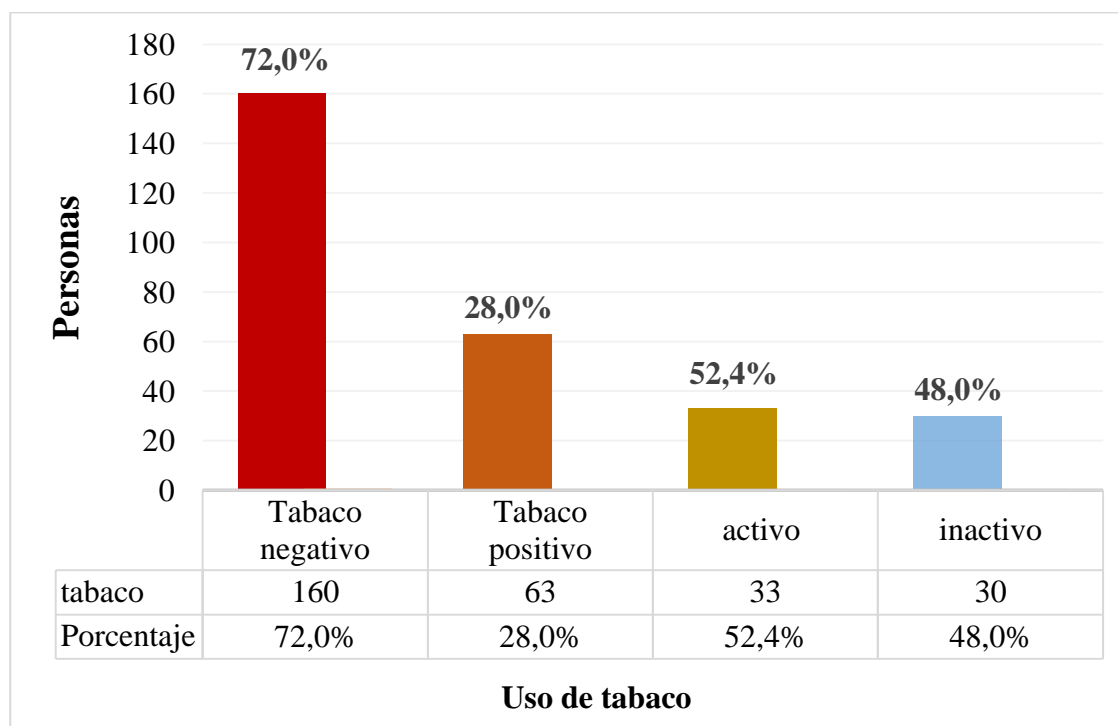
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En la Tabla N° 4 se demuestran las principales patologías, asociadas a los pacientes con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono, atendidos en el Ceinaa durante el año 2014.

Se muestra que la principales patologías de dichos pacientes son la Hipertensión Arterial con 130 pacientes con este padecimiento, lo que representa un 58% de los pacientes estudiados, seguido de la Diabetes Mellitus con un porcentaje de 36% y el deterioro cognitivo con 35% con 78 pacientes.

Otras enfermedades que guardan estrecha relación con el maltrato en los adultos mayores, son la enfermedad cerebrovascular en un 30%, la depresión con 23% y por último la demencia en un 17%.

Gráfico N° 12 Distribución según el uso de tabaco, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.

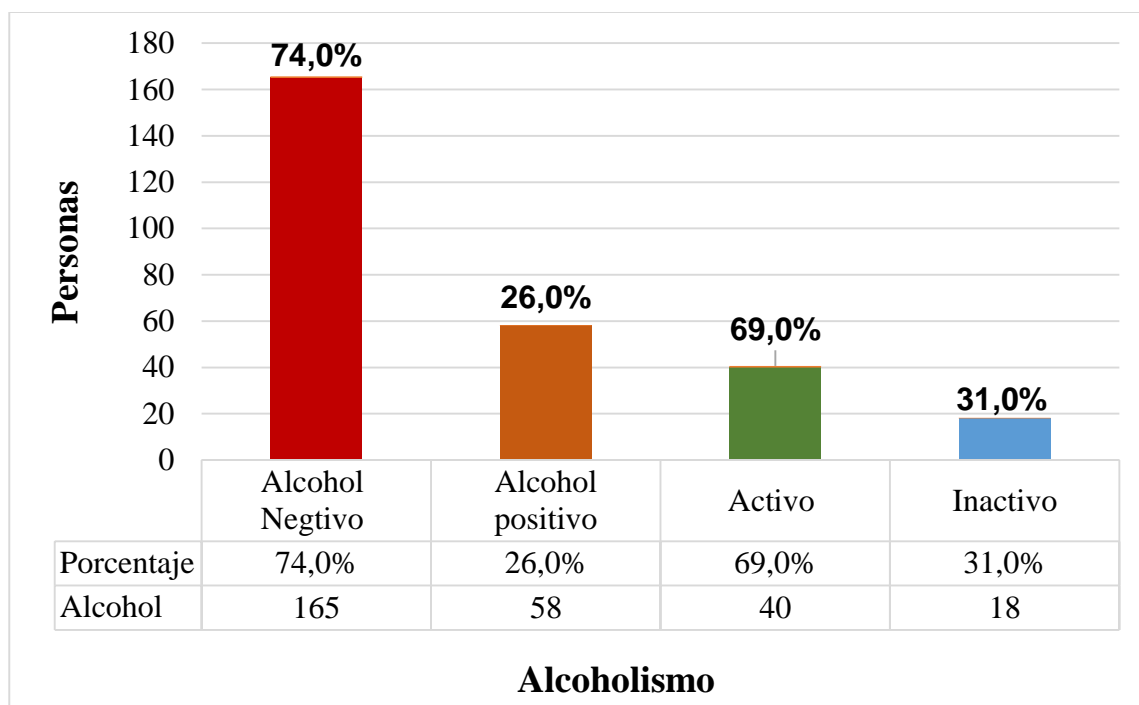


Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N° 12 se demuestra el uso de tabaco, en relación a los antecedentes no patológicos de los pacientes atendidos en el Ceinaa, durante el 2014 con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono.

Se demuestra que el 72,0% de los pacientes no presentan historia de fumado, siendo la minoría los pacientes con historia de fumado en un 28,0%. Con respecto a los pacientes con historia de fumado, se encuentra que un 52,4% presentan tabaquismo activo, en contraste de los que suspendieron el fumado con un porcentaje de 48,0%.

Gráfico N° 13 Distribución según consumo de alcohol, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.



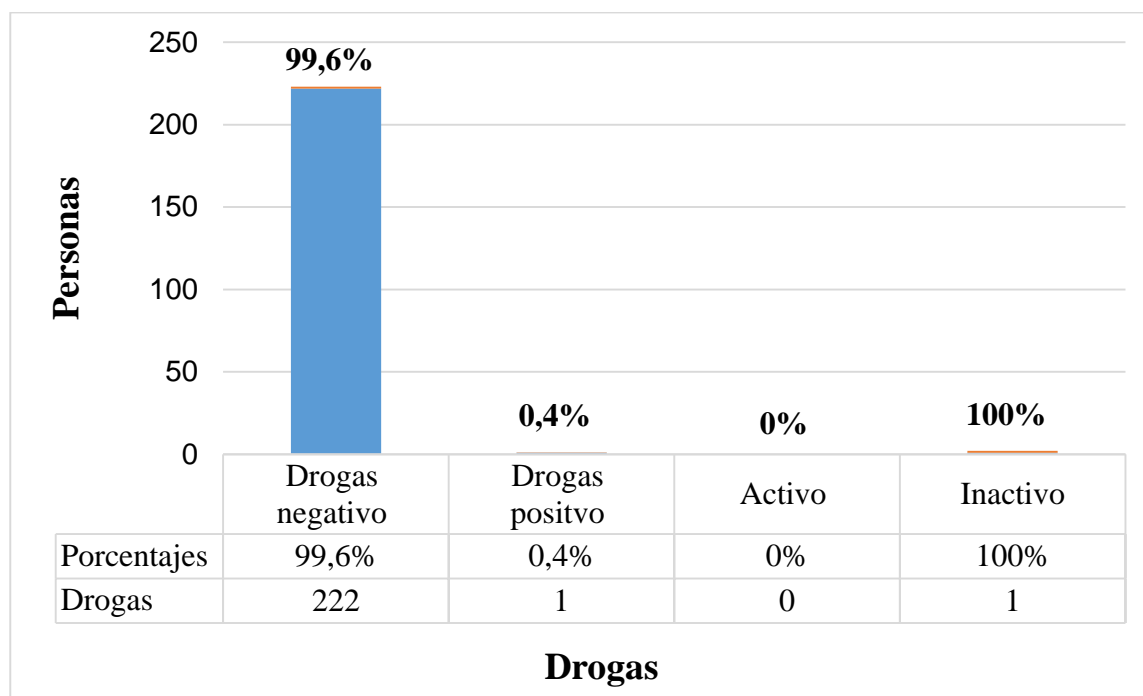
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N° 13 se demuestra el consumo de alcohol, en relación a los antecedentes no patológicos de los pacientes atendidos en el Ceinaa, durante el 2014 con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono.

Se denota que la mayoría de los pacientes en un 74,0% no tienen historia de consumo de alcohol, con respecto a los pacientes que si tiene historia de consumo, con un porcentaje de un 26,0%.

En relación con las personas con historia de consumo de alcohol, se expresa que un 69% lo mantienen de manera activa y un 31% lo suspendieron.

Gráfico N° 14 Distribución según el uso de drogas, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.



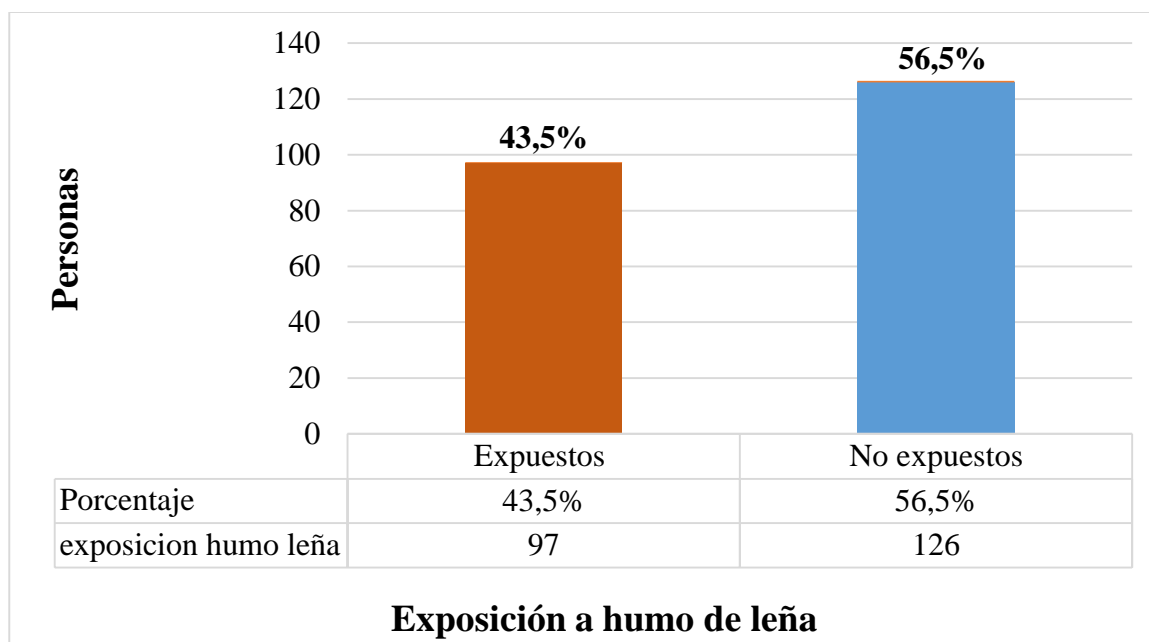
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N° 14 se expone el uso de drogas, en referencia a los antecedentes no patológicos de los pacientes atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.

Se muestra que cerca del total de pacientes, tienen historia de no consumo de drogas un 99.6%.

Se determina que solo un paciente tiene historia de uso de drogas, el cual suspendió consumo.

Gráfico N° 15 Distribución según exposición a humo de leña, en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N° 15 se muestra la exposición al humo de leña, como parte de los antecedentes no patológicos, en pacientes atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.

Se muestra que un 56,5% de los pacientes no han estado expuestos al humo de leña, en contraposición al 43,5% de los pacientes que sí han estado expuestos al humo de leña durante algún momento de su vida.

Tabla N° 5 Prevalencia de pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, con respecto a los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, durante el año 2014

Pacientes atendidos en el Ceinaa		
Casos nuevos		264
Casos subsecuentes		261
Total casos Ceinaa		525
Pacientes atendidos en el HNGG		
Atendidos consulta externa en el HNGG		41 776
Atendidos hospitalizados en el HNGG		2 366
Total atendidos HNGG		44 142
Prevalencia		1,18%

Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del Ceinaa y HNGG, 2014.

En la tabla N° 5 se muestra la prevalencia del maltrato a los adultos mayores, en los pacientes que fueron atendidos en el Ceinaa, con respecto a la totalidad de pacientes atendidos en el HNGG.

Se establece que durante el año 2014 en el Ceinaa se atendieron 525 pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono.

A su vez se muestra que durante el 2014, en el HNGG se atendieron tanto de consulta externa como hospitalizados una totalidad de 44142 pacientes.

Por consiguiente se determina que la prevalencia de pacientes con síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, con respecto a la totalidad de pacientes del HNGG es de 1.18%.

Tabla N° 6 Principales factores de riesgo conocidos del Síndrome de maltrato, negligencia y abandono en pacientes atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.

Principales factores de riesgo conocidos	Personas	Porcentaje
Edad >75 años	156	70%
Sexo femenino	146	65%
Viudez	76	34%
Depresión del adulto mayor	34	15%
Deterioro cognitivo	148	66%
Dependencia funcional	190	85%
Sobrecarga del cuidador	116	52%
Cuidador cansado	47	21%
Violencia intrafamiliar	33	15%
Adicción a las drogas y alcoholismo del agresor	40	18%
Dinámica familiar conflictiva	116	52%

Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En la tabla N° 6 se muestra los principales factores de riesgo conocidos que están en relación con el Síndrome de maltrato, maltrato, negligencia y abandono en pacientes atendidos en el Ceinaa, durante el año 2014.

En la tabla se expone que el principal factor de riesgo encontrado es la dependencia funcional de los adultos mayores en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se determina que el 85% de los pacientes del estudio tienen dependencia funcional.

Los pacientes con edad mayor a mayor a 75 años, tienen una alta incidencia para padecer maltratos, se denota que el 70% de los pacientes estudiados, sufren de malos tratos.

Se demuestra que el 66% de los pacientes poseen deterioro cognitivo, desde un grado leve a severo, según su diagnóstico.

El sexo femenino tiene una mayor incidencia con respecto al sexo masculino, donde se determina que el 65% de los pacientes del estudio son mujeres.

Como resultado de la investigación se establece que la sobrecarga del cuidador se halla en un 52% los pacientes y el cuidador cansando en un 21% de la totalidad de pacientes estudiados. Estos factores de riesgo son determinantes importantes en influyen en los malos tratos a la población de la tercera edad.

La viudez es un factor de riesgo conocido para malos tratos en los ancianos, este factor se presenta en 34% de los pacientes estudiados.

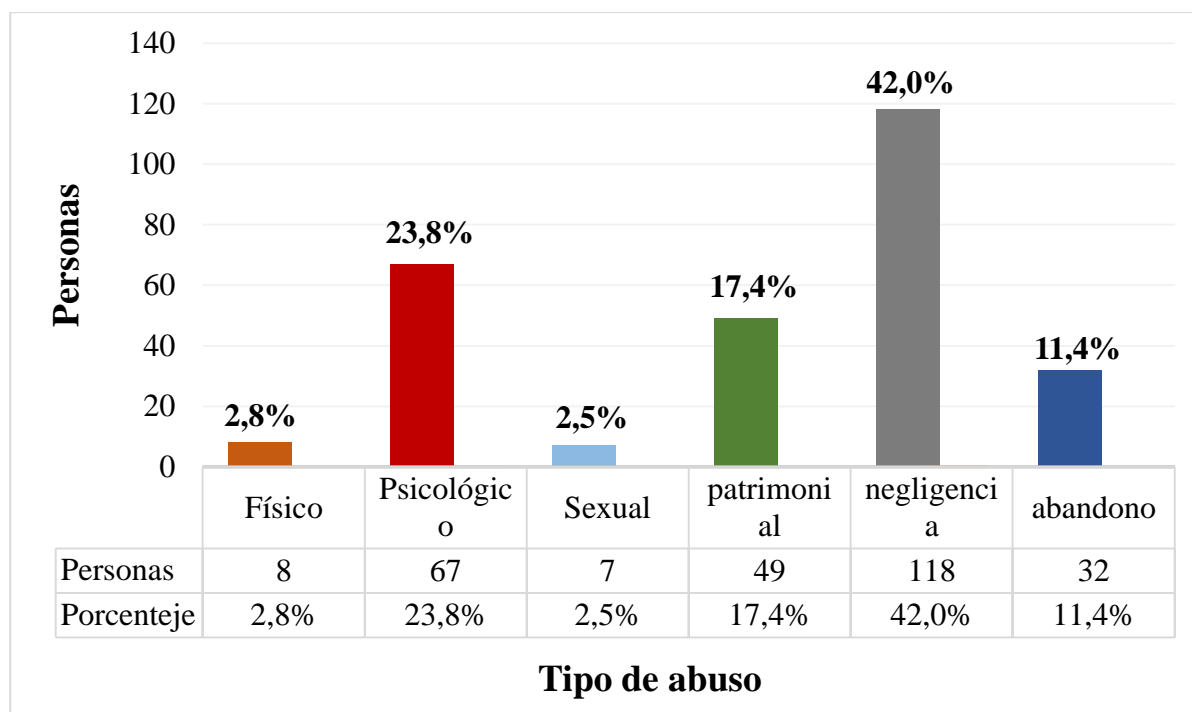
Otros factores de riesgo conocidos que juegan un papel determinante en el abuso, son la dinámica familiar conflictiva y la violencia intrafamiliar. En el caso de la investigación se

determina que en un 52% de las personas tienen una dinámica familiar conflictiva y un 15% de los pacientes presenta violencia intrafamiliar.

Un dato importante es que del 18% de los casos de abusos, el presunto agresor presenta historia de drogadicción y alcoholismo.

En relación a la depresión se determina que un 15% de los pacientes presentan dicha patología.

Gráfico N° 16 Distribución según el tipo de maltrato en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.



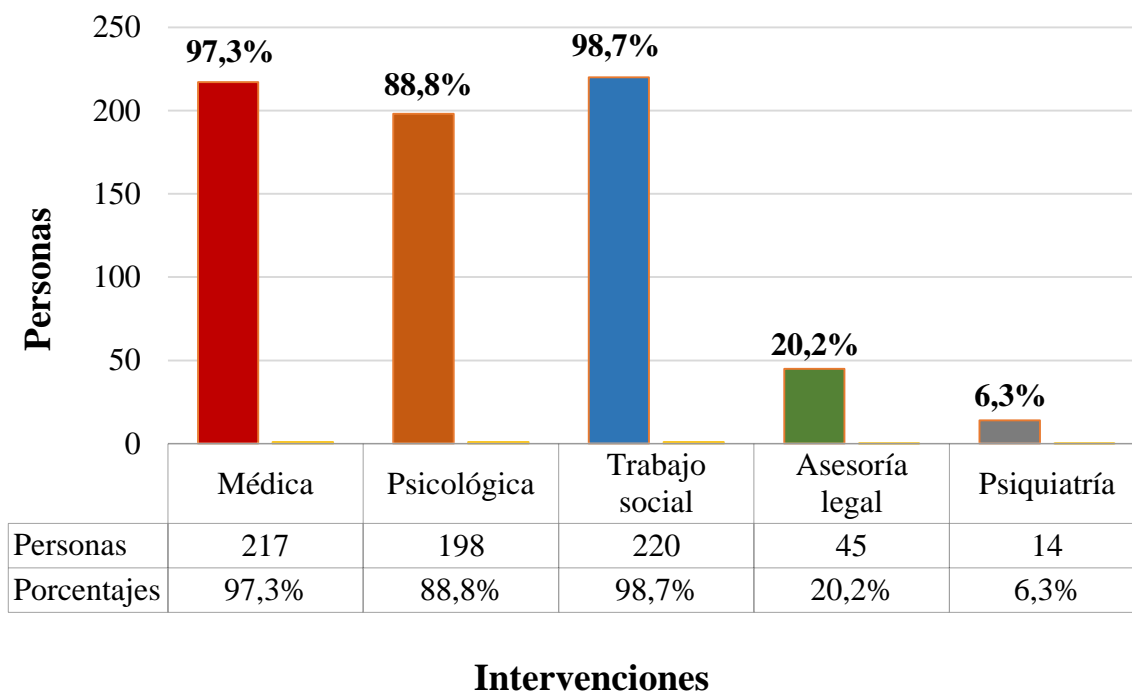
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N°16 se muestra los principales tipos de maltrato en pacientes del Ceinaa, con diagnóstico de síndrome de maltrato, negligencia y abandono durante el año 2014.

Según se muestra en el gráfico N°16 el principal tipo de maltrato presentado por los pacientes en el Ceinaa es la negligencia con 118 pacientes, lo que lleva un porcentaje de 42,0%, seguido del abuso psicológico el cual presenta 67 pacientes con porcentaje de 23,8%.

El abuso patrimonial y el abandono ocupan el tercer y cuarto lugar con un porcentaje de 17,4% y 11,4% según corresponden. En último lugar el abuso físico representado por el 2,8% y el abuso sexual con un 2,5% de la totalidad de casos atendidos en el Ceinaa en el año 2014.

Gráfico N° 17 Distribución según intervenciones recibidas en pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa, durante del año 2014.



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de expedientes clínicos del HNGG, 2014.

En el gráfico N° 17 se muestra las intervenciones dadas a los pacientes con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono, los cuales fueron atendidos en el Ceinaa durante el año 2014.

En el gráfico se demuestra que las intervenciones por el Servicio de Trabajo Social son las más comunes atendiendo casi a la totalidad de los pacientes durante el año 2014. Lo

anterior representa que el 98,7% de los pacientes atendidos en el Ceinaa en el año 2014, son valorados por trabajo social.

La segunda intervención más importante en estos pacientes es la atención médica, por parte del profesional de geriatría del equipo Ceinaa, el cual valora y brinda atención médica en el 97,3% de los pacientes con diagnóstico de maltrato, durante el año 2014.

La tercera intervención está dada en el 88,8% de los pacientes y corresponde a la valoración por el profesional en psicología del equipo Ceinaa.

Se determina que el 20,2% de los pacientes atendidos en el Ceinaa en el año 2014, son valorados por el abogado del equipo Ceinaa, dando asesoría legal.

Como último lugar se da intervención por el profesional de psiquiatra, dando atención al 6,3% de los pacientes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 Discusión e interpretación o explicación de los resultados

En la presente investigación se realiza en relación con una población total de 525 pacientes, los cuales fueron atendidos por Síndrome de maltrato, negligencia y abandono en el Comité de estudio integral del anciano agredido y abandonado, en el año 2014. De esta población, se toma una muestra de 223 pacientes, en forma aleatoria siempre que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

Los adultos mayores con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandono por su condición de vulnerabilidad desarrollan una serie de factores de riesgo conocidos, que los predisponen a condiciones de malos tratos. A continuación se muestra la discusión e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación.

La edad es un factor determinante cuando se habla de maltrato a la población mayor, la cual tiene como factor de riesgo conocido que las personas mayores a 75 años tengan una predisposición a los abusos.

Con respecto a los datos obtenidos de la investigación se evidencia que 156 personas mayores de 75 años correspondientes al 70%, presentan mayor predisposición con tendencia a la elevación de casos a partir de los 85 años de sufrir agresiones en relación con personas de edades menores. Dicha situación está determinada por la condición de vulnerabilidad de este grupo etario, ligado a una pérdida en la toma de decisiones, mayor compromiso físico y del estado de salud, asociado a mayor dependencia de otras personas en actividades que en su momento podía realizar sin ayuda, entre otras condiciones.

Este dato está en relación con la literatura consultada y estudios realizados referentes al maltrato de los adultos mayores. Según determina la literatura los casos de agresión contra

la población adulta mayor en Costa Rica se concentran en aquellas que tienen entre 70 y 89 años⁽²⁾. Según menciona Martínez y Brenes⁽¹⁾, se establece que a partir de los 70 a los 89 años hay una mayor incidencia de casos de maltrato, negligencia y abandono, esto según datos del Ceinaa en el año 2006. Calvo y Mena⁽³³⁾, en su tesis, describen que existe un riesgo aumentado en los adultos mayores que se encuentra entre el rango de edad entre los 71 a 80 años y 81 a 90 años de edad, en contraste a las personas con menos edad. En el informe sobre el Maltrato de personas mayores en la familia en España, se menciona que el riesgo de maltrato aumenta con la edad, como indica el hecho de que el 57,9% de las víctimas tiene más de 74 años⁽³⁸⁾.

El sexo femenino es considerado uno de los factores de riesgo conocidos, que influyen en el abuso, razones que justifican tal efecto, son la mayor esperanza vida con respecto a los hombres, una sociedad conservadora donde la mujer tiene un rol de sumisión en el hogar, entre otras.

Por medio de los datos obtenidos en la investigación, se determina que el sexo femenino representan un factor de riesgo conocido para sufrir situaciones de maltrato. Se obtuvo que el 65,5% de los pacientes que fueron atendidos en el Ceinaa durante el año 2014, con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono son mujeres, con respecto al género masculino con un 34,5% de 223 pacientes estudiados.

Este resultado concuerda con la literatura, la Organización Mundial de la Salud⁽¹¹⁾, menciona que el sexo femenino es un factor de riesgo individual que puede incrementar los malos tratos. En concordancia con otros estudios, como se menciona en el estudio realizado en Costa Rica y Estados Unidos sobre el “Abuso de ancianos en sociedades desarrolladas y

en desarrollo”, demuestra que el 56% de los casos estudiados son mujeres⁽³⁹⁾. Como menciona Picado⁽³²⁾, su tesis sobre factores de riesgo biopsicosociales de pacientes valorados en el CEINNA, presenta que de los casos analizados el 79,2% son mujeres.

Al establecer el principal estado civil referente a la tercera edad con síndrome de maltrato, se esclarece que las personas que son viudas tienen más predisposición a padecer malos tratos, como lo menciona la literatura que las personas mayores en condición de viudez presentan predisposición para maltrato⁽¹⁾.

En comparación con otros estudios, en la investigación de Gilliland y Jiménez⁽³⁹⁾, se denota que el 43% de las personas en condición de maltrato son viudos. Picado⁽³²⁾ refiere que la mayoría encontrados en su estudio por maltrato son viudos.

En relación del lugar de procedencia de los pacientes atendidos en el Ceinaa, se encontró que la mayoría de pacientes en el 84,8%, viven en la provincia de San José, esto debido por una mayor concentración de la población en el Gran área metropolitana y por la ubicación del HNGG.

Martínez y Brenes⁽¹⁾, denotan que el 74% de los pacientes con diagnóstico de maltrato viven en San José. Asimismo, Picado⁽³²⁾ comenta en su tesis que el 78% de las personas agredidas provienen de San José. Mena y Calvo⁽³³⁾ concluyen que el 76,4% de los pacientes con síndrome de maltrato viven en San José.

Según la escolaridad se establece que el 45,7% de los pacientes presentan la primaria incompleta, lo cual concuerda con el estudio de Picado⁽³²⁾ el cual demostró que el 47,2% presentan la primaria incompleta. Mena y Calvo⁽³³⁾ según su investigación, manifiestan que

el 38,5% de pacientes con maltrato no completaron la primaria correlacionando con los pacientes con baja escolaridad a ser predisponente de maltrato.

Con respecto al ingreso económico se encontró que el 81,6% de los pacientes estudiados poseen pensión, tanto del Régimen contributivo (RC) y el Régimen no contributivo (RNC). Según datos del Ceinaa del 2006 demuestran que el 60% de los pacientes poseen ingresos por pensión del RNC y pensión por IVM⁽¹⁾.

Se demuestra que la mayoría de los pacientes en condición de síndrome de maltrato, negligencia y abandono, viven con familiares. En la investigación se encontró que el 65,9% de los pacientes conviven con familiares en una misma vivienda, de las que viven en compañía de otro adulto mayor. Este factor de riesgo es apoyado por la OMS, donde compartir la vivienda con familiares u otras personas es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores⁽¹¹⁾.

Gilliland y Jiménez⁽³⁹⁾ demuestran en su investigación que el 61,0% de aquellos ancianos que viven con un hijo, muestran patrones de maltrato. El 25% viven con una generación, el 25% con 2 generaciones, el 42% con 3 generaciones, el 6% con 4 generaciones. Mena y Calvo⁽³³⁾ concuerdan que casi en 50% de los pacientes con agresiones conviven con familiares.

A través del estudio de la esfera funcional, se logra demostrar de igual manera con los estudios nacionales e internacionales sobre el maltrato a la población adulta mayor, que la dependencia en los ancianos, está en estrecha relación con las condiciones de maltrato, siendo uno de los principales predisponentes para los malos tratos.

Se logra determinar en el estudio que el 68,7% de los casos poseen dependencia de moderada a total, según la aplicación de la escala de Barthel, para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y por medio del Índice de Lawton se determina que el 64,1% de los pacientes presentan dependencia de moderada a total, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

En otros estudios, Picado⁽³²⁾ demuestra que el 41.3% de los pacientes poseen dependencia leve y el 27,5% dependencia total, para realización de actividades básicas. No presenta datos de dependencia en actividades instrumentales.

El estudio de Kurrle *et al*⁽⁴⁰⁾, realizado en Australia, identificaron que la principal causa de maltrato es la dependencia en el anciano 42,6% de casos.

El deterioro cognitivo está catalogado por muchos autores como uno de los principales predisponentes de maltrato en la población mayor. En la investigación se establece que el 59,2% de los pacientes atendidos en el Ceinaa durante el año 2014 presenta deterioro cognitivo de leve a moderado y el 7,2% con deterioro cognitivo grave. Cabe destacar que solo el 34% de los casos no poseen deterioro cognitivo.

En comparación con otras investigaciones del tema, el estudio de factores de riesgo biopsicosociales para no reinserción y subsecuente institucionalización, demuestra que el mayor porcentaje de pacientes presentan un deterioro cognitivo severo, seguido de un 17,2% de leve a moderado⁽³²⁾. El estudio antes mencionado difiere de la presente investigación, en la inclusión de pacientes con un deterioro cognitivo no valorable, al contrario de la presente investigación que por medio de criterios de exclusión, no se incluyen dichos pacientes.

Según Mena y Calvo⁽³³⁾, en su investigación hacen mención según los resultados de su estudio, que el deterioro cognitivo está estrechamente en relación con actos de agresiones.

En el estudio sobre “Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores dependientes”, se demuestra que el 60% de la muestra de pacientes con deterioro cognitivo severo y demencia tienen un riesgo elevado de maltrato⁽⁴¹⁾.

La depresión es un determinante que tienen los adultos mayores, según la literatura para sufrir malos tratos. Se establece que el 61,4% de los pacientes con Síndrome de maltrato presentan sospecha de depresión y solo un 15,2% de los casos tienen diagnóstico de depresión establecida. Es último dato puede cambiar debido a que muchos pacientes tienen síntomas de depresión, mas no han sido diagnosticados.

Según Picado⁽³²⁾ en su investigación, refiere el solo 10,3% de los pacientes estudiados, presentan diagnóstico de depresión, siendo una minoría de pacientes.

De la investigación se obtiene que la mayor parte de las patologías de los pacientes con Síndrome de maltrato corresponden a enfermedades crónicas, en primer lugar la hipertensión en 58%, seguido de la diabetes mellitus en 36%, la depresión en 23%, el deterioro cognitivo en 35%, la enfermedad vascular cerebral en 30%, entre otras. Mena y Calvo⁽³³⁾ hacen concordancia con la presente investigación, al determinar que la mayoría de patologías de los pacientes con maltrato son enfermedades crónicas, ejemplo de ello la hipertensión en 37,8%, las cardiopatías en 21,4% la diabetes mellitus en 17,8%, entre otras.

Picado⁽³²⁾ en su investigación demuestra que el diagnóstico de pluripatología, principalmente de enfermedades crónicas se presenta en el 13,8% de los pacientes.

En relación a los antecedentes no patológicos, se muestra que estos tienen poca incidencia sobre en pacientes con síndrome de maltrato, negligencia y abandono. Se demuestra que los pacientes con historia de consumo de alcohol son el 26,0%, historia de fumado 28,0%, uso de drogas el 0,4% y las personas con exposición al humo de leña en 43,5% de los casos.

Un punto alto de la investigación, es la prevalencia del Síndrome de maltrato, negligencia y abandono en pacientes atendidos en el Ceinaa, con respecto al total de pacientes atendidos en el HNGG, durante el año 2014. Al determinar esta prevalencia se obtiene el resultado el cual corresponde a 1,18%.

Se han realizados diferentes estudios de prevalencia alrededor del mundo con respecto al maltrato de la población adulta mayor entre los cuales se pueden citar:

El estudio realizado en Barcelona por Ruiz et al⁽⁴²⁾, el cual consta de 219 pacientes de 70 años de los servicios de atención primaria, el cual determinó una prevalencia de sospecha de maltrato de 11,9%.

Bazo⁽⁴³⁾ realiza un estudio de 2351 ancianos dependientes, de cinco municipios de España, donde se detectan 111 casos de maltrato, con una prevalencia de 4.7%.

En Estados Unidos Pillemer y Finkelhor⁽⁴⁴⁾ realizan un estudio aleatorio con 2000 personas mayores a 64 años en Boston, se obtuvo una prevalencia del 2%.

Estos estudios son de difícil comparación con la presente investigación, por un tema de número de población y diferencias en metodologías, pero todos concluyen en que el maltrato de los adultos mayores es una problemática va en aumento con el pasar del tiempo.

Otro punto alto de la investigación, es la determinación de los principales factores de riesgo conocidos en la literatura, de los pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono, atendidos en el CEINAA durante el año 2014. Se establece que el principal factor de riesgo conocido, que propicia malos tratos a los adultos mayores es la dependencia funcional en el 85% de los casos. Esta situación se presenta por disminución de la capacidad funcional, que lleva al anciano a no poder realizar las actividades cotidianas, que en algún momento le resultaban fáciles de realizar, disminuyendo la toma de decisiones.

Seguido de este factor de riesgo, se sitúan los pacientes con edad mayor de 75 años en el 70% de los casos. Dichos pacientes presentan decadencia en su condición médica y física, inducido por las enfermedades concomitantes.

El sexo femenino ocupa el tercer lugar de la lista de factores de riesgo conocidos predisponentes de maltrato, este representa al 65% de los casos. Como se menciona anteriormente, una esperanza de vida más alta con respecto a los hombres y a la cultura machista donde la mujer tiene papel de sumisión al sexo masculino.

La sobrecarga del cuidador se presenta en el 52% de los casos, este factor de riesgo es importante, por motivo de que el cuidador, al no poder sobre llevar la carga del cuidado de la persona, ya que no existe una buena relación familiar o no existen los medios para contratar un cuidador externo, termina convirtiéndose en el agresor del adulto mayor.

En la investigación se determina que la dinámica familiar conflictiva representa en un 52% de los pacientes un factor de riesgo para abusos.

La viudez como se mencionó anteriormente es un factor de riesgo el cual está en estrecha relación con los abusos. Esta situación está dada por la dependencia que desarrolla

el adulto mayor hacia familiares o cuidadores, asociado a sentimientos de soledad y a aislamiento social.

El cuidador cansado, viene acompañado de la sobrecarga de labores relacionadas con el cuidado del adulto mayor, el cuidador llega a un punto de cometer negligencia y abandono de la personas mayor. Este factor está presente en el 21% de los pacientes del estudio.

Un factor predisponente para el maltrato a los ancianos, es la adicción a las drogas y la historia de alcoholismo del agresor representado en la investigación en el 18% de los casos. Estas personas en ocasiones son el cónyuge, hijos, nietos, amigos. Estos individuos se encuentran en constante convivencia con el entorno o la vivienda del adulto mayor.

La depresión en el adulto mayor corresponde al 15% de los casos, esta situación lleva a sentimientos de soledad, pérdida de interés por actividades, aislamiento, pérdida del sentido de la vida, provoca una mayor dependencia y una baja a la autoestima.

Como último factor de riesgo conocido, se determina que la violencia intrafamiliar está presente en el 15% de las agresiones los adultos mayores.

Según los tipos de maltrato, en pacientes atendidos en el Ceinaa, se determina que la negligencia, es la principal situación de maltrato presente en pacientes del Ceinaa en el año 2014 con un porcentaje de 42,0% del total de casos atendidos.

Estos datos se relacionan con estadísticas de instituciones del país y estudios en relación al maltrato de adultos mayores.

Según datos de diferentes instituciones se menciona⁽¹⁾:

En el 2002 el Ministerio de Salud se notificaron 224 denuncias de maltrato en su mayoría por negligencia. Entre el 2006 y 2007 el Conapam recibió 464 denuncias, de ellas el 37% corresponden a negligencia.

En el estudio de Mena y Calvo⁽³³⁾ se determina que el principal abuso en contra de la población adulta mayor es la negligencia con 43,1% de los casos. Este estudio se correlaciona con los datos obtenidos de la presente investigación.

Se determina que el servicio de trabajo social, realizó 98,7% de intervenciones en pacientes atendidos en el Ceinaa con Síndrome de Maltrato, negligencia y abandono, durante el año 2014.

Esto seguido por las intervenciones médicas por geriatría en el 97,3% de los casos de agresiones. En tercer lugar, el profesional de psicología participó en el 88,8% de los casos de malos tratos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

De los resultados, la discusión de los datos y variables de la investigación, se concluye que:

Según la caracterización de la población adulta mayor, en situación de maltrato, negligencia y abandono, atendidos en el Ceinaa durante el año 2014 se estableció que:

- La mayor parte de pacientes atendidos en el Ceinaa tienen una edad mayor a 85 años.
- El sexo femenino se presentó con mayor frecuencia en la mayoría de los pacientes del estudio.
- El estado civil más predominante es la viudez, por encima de los demás.
- La mayoría de pacientes atendidos en el Ceinaa proceden de la provincia de San José.
- Los pacientes estudiados tienen en su mayoría la primaria incompleta, en relación a la educación recibida.
- La mayoría de los pacientes obtuvieron una pensión para sufragar sus gastos necesarios para vivienda, vestido, cuidados y alimentación. esta pensión proviene del Régimen contributivo y el Régimen no contributivo.
- La mayoría de los pacientes habitan con sus familiares en una misma vivienda.

Al establecer el perfil cuatridimensional de los pacientes atendidos en el Ceinaa, con situación de maltrato, negligencia y abandono se estableció que:

- Los pacientes presentaron en su mayoría dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, según el Índice de Barthel.
- La mayoría de los pacientes presentaron dependencia total en las actividades instrumentales de la vida básica, según el Índice de Lawton.
- Los pacientes con síndrome de maltrato, negligencia y abandono, a los cuales se les aplicó el Test mini mental mostraron deterioro cognitivo moderado en su mayoría.
- La mayoría de pacientes que se les aplicó la Escala Yesavage de depresión geriátrica, presentaron sospecha de depresión en su gran mayoría.
- Las principales patologías de los pacientes en situación de maltrato corresponden a la hipertensión arterial en un 58%, la diabetes mellitus en 36% y el deterioro cognitivo en 35% de los pacientes del estudio.
- La mayoría de los pacientes estudiados no han tenido historia de fumado durante su vida.
- En su mayoría, los pacientes pertenecientes al estudio no han tenido una historia de alcoholismo.
- Cerca del total, en 99,6% de los pacientes no obtuvieron historia de consumo de drogas.
- Los pacientes en su mayor parte no tienen los antecedentes de exposición al humo de leña.

Se estableció la prevalencia de los pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono atendidos en el Ceinaa con respecto a la totalidad de pacientes atendidos en el HNGG durante el año 2014, obteniendo como resultado una prevalencia de 1,18%.

Se determinó la correlación que prevalece entre los principales factores de riesgos conocidos, predisponentes a situaciones de maltrato de las personas adultas mayores, según son mencionados en la literatura, con los resultados obtenidos de la presente investigación de dichos factores de riesgo, de los pacientes atendidos en el Ceinaa por Síndrome de maltrato, negligencia y abandono durante el año 2014. Dentro de los principales factores de riesgo conocidos, se determinó:

- El factor de riesgo más predisponente a malos tratos en contra de los adultos mayores, es la edad mayor a los 75 años en 70%.
- El segundo factor de riesgo, que se obtuvo fue la dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en un 85% de los casos.
- El deterioro cognitivo se presentó en 66% de los pacientes.
- La depresión en el adulto mayor resulto ser predisponente en el 15% de los pacientes.
- El sexo femenino resulto ser un determinante importante en el 65%, al igual que la viudez en 34% de los casos.
- La dinámica familiar conflictiva arrojó estar presente en el 52% de los casos.
- La sobrecarga del cuidador y el cuidador cansado se presentaron en el 52 y el 21% de los pacientes estudiados.
- La violencia intrafamiliar se presentó en el 15% de los casos estudiados.

➤ La adicción a las drogas y el alcoholismo por parte del agresor, provocó conductas agresivas en contra de los ancianos, esta situación se demostró en 15% de los casos.

Se determinó que los principales tipos de maltrato presentados por los pacientes atendidos en el Ceinaa, con diagnóstico de Síndrome de maltrato, negligencia y abandonado durante el año 2014 fueron la negligencia en un 42% de los casos en primer lugar, seguidos por el abuso psicológico en un 24%, abuso patrimonial en 17%, el abandono en 11%, el abuso físico en 3% y por último el abuso sexual con 2% de los casos.

Como parte de las intervenciones proporcionadas y recibidas a los pacientes por el equipo del Ceinaa del HNGG durante el 2014, se describe que el Servicio de Trabajo Social, intervino en el 99% de los pacientes con Síndrome maltrato, negligencia y abandono.

Por su parte el Servicio de Geriátrica intervino en el 97,3% de los casos de pacientes con Síndrome de maltrato, negligencia y abandono. A su vez el Servicio de Psicología intervino en el 89% de los casos.

Asimismo asesoría legal logró intervenciones en el 20% de los casos atendidos por maltrato, al igual que el Servicio de Psiquiatría el cual intervino en el 6% de los pacientes en condición de maltrato.

6.2 RECOMENDACIONES

Como parte del estudio y análisis en todas las esferas del presente estudio sobre la prevalencia y principales factores de riesgos conocidos del Síndrome del maltrato, negligencia y abandono en pacientes del HNGG, atendidos en el Ceinaa durante el año 2014 se brindan tales recomendaciones:

- Mantener por parte del equipo del Ceinaa, una base de datos de los pacientes atendidos, ordenados por año, nombre, número de identificación del paciente, tipo de maltrato recibido e intervenciones facilitadas a los pacientes.
- Brindar información más accesible y oportuna por parte del equipo del Ceinaa del HNGG en futuros estudios a los investigadores.
- Capacitar a las áreas de salud, Ebáis, clínicas y hospitales públicos y privados en la atención, evaluación y diagnóstico de maltrato, ya que la mayoría de las situaciones de maltrato solo se atienden en el HNGG, según datos del Ministerio de Salud, Conapam y Ceinaa del HNGG.
- Elaborar una base de datos de casos atendidos en centros de salud regionales.
- Consolidar una base de datos a nivel nacional con el aporte de las instituciones del Estado encargadas de velar por los derechos de la población adulta mayor, sobre la situación del país en materia de abusos a los adultos mayores, dado que cada institución maneja sus propios datos con cifras distintas entre sí.
- Brindar redes de apoyo, atención psicológica y médica a los presuntos agresores.

- Brindar capacitación y dotar de recursos materiales, humanos y económicos a los familiares o cuidadores a cargo de un adulto mayor con dependencia de sus allegados.
- Capacitar al personal de salud ante signos de alarma de situaciones de maltrato, negligencia y abandono.
- Garantizar un verdadero seguimiento de los casos atendidos por el Ceinaa del HNGG, para evitar nuevos casos de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR COSTARRICENSE [Internet]. [citado el 6 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/maltrato_persona_adulta_mayor_costarricense.pdf
2. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica [Internet]. [citado el 6 de abril de 2017]. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap10web.pdf
3. La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica [Internet]. [citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf>
4. Sandra Jiménez Rodríguez. Propuesta. Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y / o Abandonada, desde el enfoque del Envejecimiento Activo. CONSEJO NACIONAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR; 2004.
5. CCSS. Historia HNGG, Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. 2017 [citado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=20>
6. Ley Integral de la persona adulta mayor [Internet]. [citado el 13 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.dhr.go.cr/biblioteca/leyes/ley_7935.pdf
7. Conapam - Consejo Nacional de la persona adulta mayor [Internet]. [citado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.conapam.go.cr/inicio/>
8. X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011 Resultados Generales [Internet]. [citado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.cipacdh.org/pdf/Resultados_Generales_Censo_2011.pdf
9. CCP Consulta a BD estadísticas [Internet]. [citado el 3 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://censos.ccp.ucr.ac.cr/>
10. OMS | El maltrato de los ancianos [Internet]. WHO. [citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/
11. OMS | Maltrato de las personas mayores [Internet]. WHO. [citado el 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
12. Jeannette Martínez Muñoz. Informe Evaluativo Metas CONSOLIDADO I Y II SEMESTRE CEINAA 2014. San José, Costa Rica: Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología; 2015 enero. Report No.: 1.

13. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. [citado el 12 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
14. Organización de las Naciones unidas. Convención sobre el estatuto de los refugiados [Internet]. 1951 jul. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/0005>
15. Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento [Internet]. [citado el 12 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf
16. Declaración de Toronto [Internet]. [citado el 30 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf?ua=1
17. Ley contra la violencia domestica [Internet]. [citado el 19 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/costarica.dv.96.pdf>
18. Millán Calenti JC. Principios de geriatría y gerontología. Madrid [etc.: McGraw-Hill Interamericana, 2009.
19. Celín Pérez Nájera. Violencia sobre el adulto mayor. Estrategia para reducir la victimización en el municipio de Ciego de Ávila. [Ciego de Ávila, Cuba]: Universidad de la Habana, 2012.
20. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. [citado el 6 de abril de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf
21. ESPAM_cap10web.pdf [Internet]. [citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap10web.pdf
22. CIE10.org [Internet]. [citado 20 de junio 2017]. Disponible en <http://www.cie10.org/index.html>
23. FOLLETO VIOLENCIA.pdf [Internet]. [citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%20VIOLENCIA.pdf>
24. GUÍA PREVENCIÓN DEL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES [Internet]. [citado el 25 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA%20web1.pdf>

25. Guía práctica de Detección y Manejo del maltrato en el Adulto Mayor [Internet]. [citado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/057GRR.pdf>
26. Fernando Morales Martínez, Katrin Kulzer Homann. LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.
27. Índice de Barthel [Internet]. [citado el 10 de abril de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
28. El “Mini Mental State Examination” en la Argentina: Instrucciones para su administración [Internet]. [citado el 27 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/psiquiatria-forense-2014/allegri.pdf>
29. MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA [Internet]. [citado el 27 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/02Modulos/Modulo4.pdf>
30. Servicio de trabajo social-Ceinaa. Estrategias de atención del Síndrome de maltrato en la persona adulta mayor. Caja Costarricense de Seguro Social;
31. Determinación del tamaño maestral [Internet]. [citado el 6 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/tamano_muestral2.pdf
32. José Ernesto Picado Ovares. Factores de riesgo biopsicosociales del paciente y sus familiares valorados por el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CEINAA) del Hospital Nacional de Geriátrica doctor Raúl Blanco Cervantes para la no reinserción y subsecuente institucionalización. [San José, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2009.
33. María Paz Calvo Villalobos, Heidy Mena Cordero. Análisis de las principales causas, consecuencias, factores de riesgo y abordaje de la agresión en el adulto mayor, valorado en el Hospital Raúl Blanco Cervantes en San José, durante el periodo del 2004 al 2005 [Internet]. [San José, Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2006. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=80194454>
34. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012 [Internet]. [citado el 7 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a09.pdf>
35. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living [Internet]. [citado el 7 de junio del 2017]. Disponible en: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf

36. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [citado el 27 de abril de 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011145.pub2/abstract>
37. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación [Internet]. [citado el 27 de abril de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
38. Maltrato de personas mayores en la familia en España [Internet]. [citado el 27 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.inpea.net/images/Espana_Informe_2008_Maltrato.pdf
39. Behar JE, Cuzán AG. At the Crossroads of Development: Transnational Challenges to Developed and Developing Societies [Internet]. BRILL; 1997. 188 p. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=ai_cNU6Me6gC&oi=fnd&pg=PA88&dq=Elder+Abuse+in+Developed+and+Developing+Societies&ots=ELBG1zMhOh&sig=ZnxAlzEol1clFMb-ITOm4yQlqxQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
40. Kurrle SE, Sadler PM, Cameron ID. Patterns of elder abuse. *Med J Aust.* el 16 de noviembre de 1992;157(10):673–6.
41. Pérez-Rojo G, de Trocóniz MI-F, Montorio-Cerrato I. Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* el 1 de noviembre de 2005;40:69–73.
42. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria.* el 1 de enero de 2001;27(5):331–4.
43. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España [Internet]. [citado el 27 de abril de 2017]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/bazo-negligencia-01.pdf>
44. Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey. *The Gerontologist.* el 1 de febrero de 1988;28(1):51–7.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ABDV: actividades básicas de la vida diaria.

Adulto mayor: toda persona de sesenta y cinco años o más.

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

AGC: atención geriátrica comunitaria.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

Ceinaa: Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado.

Conapam: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

Conapdis: Consejo Nacional de Personas con Discapacidad.

Cuidador: persona que se encargan de la atención, cuidado y esparcimiento de los gerontes.

Geriatría: la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de la recuperación funcional de estas y la reinserción en la comunidad.

Gerontología: ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, tanto biológicos como psicológicos o sociológicos, teniendo en cuenta, además de su evolución histórica y los factores referidos a la salud de la salud de la personas mayor.

HNGG: Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología

MMSE: Mini Mental State Examination

SIGA: Servicio Integral Geriátrico Ambulatorio

Víctima: individuo o grupo que padece un daño por acción u omisión propio o ajeno, o por causa fortuita.

Victimario: persona que ejecuta o comete la agresión violenta, en contra de un semejante.

ANEXOS

Anexo N°1

Historia Clínica Geriátrica



Caja Costarricense de Seguro Social

No. Expediente:

Historia Clínica Geriátrica

Nombre:		Fecha de atención:	
Fecha nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	
Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> U.L.		Profesión u oficio:	
Escolaridad: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Técnica			
Años: <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Universitaria			
Vive con:	Domicilio:		
Fuente de información:		Confiable: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Creencia religiosa:	Entrevistador: Dr.(s):		Código:

Diagnóstico de Egreso

Médicos	Funcionales
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
Psíquicos:	Sociales:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

Médico responsable: _____

Firma: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Hábitos	SI	NO	Cantidad	Activo	Tiempo
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Exposición al humo-leña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Patología	Tiempo de evolución	Lugar que recibe tratamiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Alergias: SI NO Tipos:
 Transfusiones: SI NO Por Qué?

Hábito intestinal:	Hábito de sueño:
--------------------	------------------

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
1.		8.	
2.		9.	
3.		10.	
4.		11.	
5.		12.	
6.		13.	
7.		14.	

Dificultades para el cumplimiento del tratamiento: No Si
 Por que?

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS

Patología incluye fracturas	Intervención	Fechas

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

Lugar	Fecha	Diagnostico Principal de Egreso

FACTORES DE RIESGO- SEÑALES DE ALARMA

	DESCRIPCION
Apetito:	
Habito Intestinal:	
Sueno:	
Inmovilización:	
Caídas:	
Úlceras por presión:	

Incontinencia	SI		NO		Diurna		Nocturna	
Urinary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características de la incontinencia:								

ANTECEDENTES GENITOURINARIOS

Gesta:	Para:	Abortos:	Hijos vivos:	FUR:
Ultima citología:		Resultado:		
Mamografía:		Resultado:		
Uso de hormonas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuanto tiempo?:				
Sangrado posmenopáusico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Prurito vulvar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Flujo vaginal: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Prostatismo: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. Especifique:				
Relaciones Sexuales <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. Frecuencia:				
Enfermedades Venéreas: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. Cual?:				

FACTORES DE RIESGO QUE AMERITEN ATENCION SOCIAL

1. Persona que vive sola y no tiene pensión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persona andara que es dependiente en A.V.D. y no tiene cuidador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El anciano o acompañante menciona algún problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Acompañante autoritario, hostil, desinteresado, no deja hablar al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acompañante o paciente refiere cansancio, tensión, angustia, deseo de ubicación, falta de apoyo familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Satisfacción por el cuidado recibido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Si se presenta uno o más de los factores de riesgo anteriores, referir a Trabajo Social.

No:

FACTORES DE RIESGO DE ABUSO

1. Física: Moretones, heridas aparentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psicológica: Ansiedad, depresión, aislamiento, deterioro cognitivo, amenazas, gritos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sexual: Lesiones en órganos genitales, compulsividad por el baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Abandono/Negligencia: No tiene donde vivir, rechazo familiar, descuido en el aseo personal, mala nutrición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Patrimonial: No maneja cuentas de ahorro, pensión, refiere que le quitaron su propiedad o la (s) obligaron a firmar documentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se siente a gusto en su casa con la compañía con quien vive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se presenta alguno de estos signos referir al CEINAA.

No:

CONDICION DE VIVIENDA

Tipo	Estado	Servicios	Disposición de Excretas	Barreras
<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Agua potable	<input type="checkbox"/> Servicio sanitario s/cloaca	<input type="checkbox"/> Arquitectónicas
<input type="checkbox"/> Alquilada	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Luz eléctrica	<input type="checkbox"/> Servicio sanitario s/cloaca	<input type="checkbox"/> Otras
<input type="checkbox"/> Prestada	<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Letrina	

SITUACION ECONOMICA

Inactivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pensión <input type="checkbox"/> Si Monto? <input type="checkbox"/> No	Ayuda económica familiar <input type="checkbox"/> Si Monto? <input type="checkbox"/> No
Su ingreso económico satisface su situación social <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Nombre del médico

Firma del médico

Código

TEST GERIATRICOS

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

1	¿Esta usted satisfecha con su vida?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
2	¿Si interesa usted por actividades o intereses que antes hacia?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
3	¿Siente que su vida esta vacia?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
4	¿Se aburre a menudo?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
5	¿Esta usted de buen humor la mayoría del tiempo?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
6	¿Teme que algo malo le suceda?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
7	¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
8	¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
9	¿Siente que tiene más problemas de memoria que otras personas?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
10	¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
11	¿Siente que su persona vale poco actualmente?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
12	¿Se siente lleno de energía?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
13	¿Siente desesperanza de su situación actual?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
14	¿Se siente a menudo incapaz?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
15	¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
	TOTAL DE PUNTOS				0

Valoración: Entre 5 y 9 puntos = Sospecha de depresión

Cada respuesta en negrita de la columna significa 1 punto

EXTON-SMITH (escala de riesgo de úlceras por presión)

Condición Física	Condición Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencias
Muy Mala 1	Estupores 1	Acostado 1	Inmóvil 1	Doble 1
Pobre 2	Confuso 2	Silla ruedas 2	Muy limitado 2	Usual de orina 2
Regular 3	Apático 3	Camina con ayuda 3	Ligera limitación 3	Ocasional 3
Buena 4	Alerta 4	Ambulatoria 4	Completa 4	ninguna 4
0	0	0	0	0

Total de puntos:

0

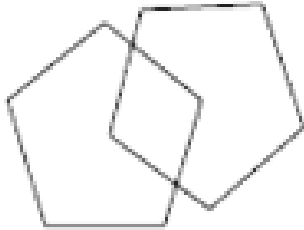
Valoración: Menos de 12 puntos alto riesgo de úlceras

HISTORIA CLINICA GERIATRICA- TEST GERIATRICOS

TEST MINI-MENTAL

1- Orientación en tiempo y espacio	Puntos		Ingreso	Egreso
	10	0		
En qué momento estamos? Año Estación Mes Fecha del mes Día de la semana	1 1 1 1 1	0 0 0 0 0		
Donde nos encontramos? País Región Ciudad Hospital Piso	1 1 1 1 1	0 0 0 0 0		
2- Registro de memoria	Puntos		Ingreso	Egreso
	3	0		
El paciente repetirá luego de la primera vez Caca Pena Gato	1 1 1	0 0 0		
3- Atención y cálculo	Puntos		Ingreso	Egreso
	3	0		
Hacer contar de 7 en 7 partir de 100 para atrás, pararse después de las primeras cinco cifras		0		
Si el paciente tuviere dificultad el calculo deletrear letra por letra "Mundo" de atrás para adelante 1 punto por cada letra o número correcto		0		
4- Pedir el nombre de los tres términos precedentes aprendidos (2) (1 punto por cada respuesta)	Puntos		Ingreso	Egreso
	3	0		
		0		
3- Lenguaje	Puntos		Ingreso	Egreso
	3	0		
Muestre al paciente dos objetos y pídale que menciones el nombre 1. - 2. - Solicítarle que repita lo siguiente 1. -"sí si sí no sí paros"	1 1 1	0 0 0		

En cada ítem se asignara un punto por cada respuesta correcta

<p>Pida al paciente que realice una tarea en tres tiempos.</p> <p>Ejem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. - Tome una hoja de papel con la mano derecha 2. - Dóblela 3. - Póngalo sobre la mesa 	1	0		
<p>Pida al paciente que realice una orden escrita, "Cierre los ojos"</p>	1	0		
<p>Pida al paciente que escriba una oración que contenga sujeto y verbo, y que sea comprensible.</p>	1	0		
<p>Pida al paciente que copie el siguiente diseño:</p> 	1	0		
Puntaje Total	30	0		

NIVEL DE CONCIENCIA:

Alterado

Estuporoso

Coma

00-10	DEFICIT COGNITIVO GRAVE		
11-20	DEFICIT COGNITIVO MODERADO		
21-23	DEFICIT COGNITIVO LEVE		
24-30	NORMAL		

Frases: _____

ESCALA DE BARTHEL PARA VALORACION

		Ingreso	Egreso
	Alimentación:	0	0
10	INDEPENDIENTE: capaz de utilizar instrumentos para comer, come en un tiempo razonable, capaz de desmenuzar la comida, arrollar mantecquilla		
5	NECESITA AYUDA: para cortar y para arrollar mantecquilla		
0	DEPENDIENTE: necesita ser alimentado		
	VESTIRSE:	0	0
10	INDEPENDIENTE: capaz de ponerse, quitarse y acomodarse la ropa. Se ata los zapatos. Abrocha botones. Se coloca el brañer		
5	NECESITA AYUDA: hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable		
0	DEPENDIENTE: necesita ayuda		
	ARREGLARSE:	0	0
5	INDEPENDIENTE: se lava las manos, cara, peñaría, afeitaria, lava los dientes		
0	DEPENDIENTE: necesita alguna ayuda		
	USO SERVICIO SANITARIO:	0	0
10	INDEPENDIENTE: entra y sale solo, capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarla, uso de bacilla o cache		
5	NECESITA AYUDA: se maneja con poca ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa o usar el papel higienico, usa el inodoro		
0	DEPENDIENTE: incapaz de usar el sanitario si no es con ayuda		
	LAVADO:	0	0
5	INDEPENDIENTE: capaz de bañarse por completo en la ducha o tina, permanecer de pie y aplicar la esponja en el cuerpo. Capaz de entrar y salir del baño. Existe necesidad de supervisión.		
0	DEPENDIENTE: necesita alguna ayuda		
	ESCALONES:	0	0
10	INDEPENDIENTE: capaz de subir y bajar grades sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como bastón o andadera		
5	AYUDA: necesita ayuda física o supervisión		
0	DEPENDIENTE: necesita ascensor no puede subir escalera		
	CONTINENCIA URINARIA:	0	0
10	CONTINENTE: ningún accidente, seco día y noche		
5	INCONTINENCIAS OCASIONAL: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con instrumentos		
0	INCONTINENTE		
	CONTINENCIA FECAL:	0	0
10	CONTINENTE: ningún accidente, seco día y noche, si necesita sennas o supositorio es capaz de hacerlo solo		
5	INCONTINENCIA OCASIONAL: presenta episodios de incontinencia y necesita ayuda para sennas o supositorios		
0	INCONTINENTE		
	TRASLADO DE CAMA SILLÓN:	0	0
15	INDEPENDIENTE: No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas la maneja sin asistencia		
10	MÍNIMA AYUDA: necesita una mínima ayuda		
5	GRAN AYUDA: capaz de sentarse pero necesita mucha asistencia para traslado		
0	DEPENDIENTE		
	DEAMBULACION:	0	0
15	INDEPENDIENTE: puede usar cualquier ayuda, prótesis, andadera, bastón puede caminar al menos 30 metros		
10	AYUDA: puede caminar al menos 30 metros pero necesita ayuda o supervisión		
5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS: propia silla de ruedas al menos 60 metros, debe ser capaz de girar solo		
0	INMOVIL: ocupa ayuda para voltearse en la cama		
	PUNTUACIÓN TOTAL:		
	MAXIMO PUNTAJE	100	0

Escala De Lawton

CAPACIDAD PARA USAR TELEFONO	0
Utiliza el telefono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar el telefono pero no de marcar	1
No utiliza el telefono	0
COMPRAS	0
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar compras	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACION DE LA COMIDA	0
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara y calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	0
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	0
Lava por si solo toda la ropa	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	0
Viaja solo en transporte publico o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte publico cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION	0
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrar su medicación	0
MANEJO DE ASUNTOS ECONOMICOS	0
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0
PUNTAJE TOTAL	0

Anexo N° 2

Hoja recolección de datos



Hoja recolección de datos

Caso N° _____

Edad: 60-64___ 65-69___ 70-74___ 75-79___ 80-84___ ≥85___

Sexo: M___ F___

Estado civil: soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a)___ Unión libre___

Lugar residencia: San José___ Alajuela___ Heredia___ Cartago___
Puntarenas___ Guanacaste___ Limón___

Escolaridad: Ninguna___ Primaria incompleta___ Primaria completa___
Secundaria incompleta___ Secundaria completa___ Técnico___ universitario___
otro_____

Situación económica: Inactivo___ Activo___ Pensionado(a)___ Otro_____

Apoyo social: vive solo___ otro adulto mayor___ familiares___
institucionalizado___ otro_____

Condición médica:

antecedentes no patológicos: Tabaquismo___ paquetes al año___
Alcoholismo___ activo___ Inactivo___
drogas___ activo___ Inactivo___ cual___
otro_____

Antecedentes patológicos: HTA___ DM___ Dislipidemia___ Hepatopatía___
Nefropatía___ Neuropatías___ Cáncer___ Neuropatías___ artropatías___ ECV___
Otras_____

Capacidad funcional:

*Índice de Barthel (puntaje)*___

*Índice de Lawton (puntaje)*___

Deterioro cognitivo:

Test mini mental (puntaje)___

Escala depresión geriátrica (puntaje)___

Factores de riesgo conocidos:

>75 años___ sexo femenino___ Viudez___ Depresión___ Deterioro cognitivo___
dependencia funcional___ sobrecarga cuidador___ cuidador cansado___ VIF___
adicciones agresor___ dinámica familiar conflictiva___

Tipo de abusos:

Abuso físico___ Abuso psicológico___ Abuso sexual___ Abuso patrimonial___
otro___

Intervenciones: Médica___ Psicológica___ Trabajo social___ Asesoría
legal___ otro__

Anexo N° 3

Ley integral para la persona adulta mayor

N.º 7935

LEY INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

DECRETA:

**TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I
OBJETIVOS**

ARTÍCULO 1.- Objetivos

Los objetivos de la presente ley serán:

- a) Garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.
- b) Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten.
- c) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario.
- d) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.
- e) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.
- f) Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores.

**CAPÍTULO II
DEFINICIONES**

ARTÍCULO 2.- Definiciones

Para los efectos de esta ley, se definen los siguientes términos:

Persona adulta mayor: Toda persona de sesenta y cinco años o más.

Acreditación: Reconocimiento formal de la competencia de una institución, organización o persona física para realizar tareas o tipos de tareas específicas, relacionadas directamente con la temática de la persona adulta mayor.

Atención integral: Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las

Anexo N°4

Carta aprobación tutor

San José, 02 de mayo de 2017

Doctor
Jorge Arias Sobrado
Medicina y Cirugía
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante Anthony Morales Brizuela, Cédula número 1-1495-0159 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“Prevalencia y principales factores riesgo conocidos del Síndrome del maltrato, negligencia y abandono en pacientes del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, atendidos en el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado, de enero 2014 a diciembre 2014”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura.

He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINALIDAD DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	19
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		98%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,


Doctora **Katrin Kulzer Homann**
Cédula 1-0652-0527
Código 4211



Anexo N°5

Carta aprobación lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 28 de junio de 2017

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

El estudiante **Anthony Morales Brizuela**, cédula de identidad número 1-1495-0159, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“PREVALENCIA Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS DEL SÍNDROME DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DR. RAÚL BLANCO CERVANTES, ATENDIDOS EN EL COMITÉ DE ESTUDIO INTEGRAL DEL ANCIANO AGREDIDO Y ABANDONADO, DE ENERO 2014 A DICIEMBRE 2014”**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Tracy Garro Mora
Céd. 1-1449-0655
Cód. 13561

Anexo N°6

Carta aprobación filólogo

CARTA DE REVISIÓN DEL FILÓLOGO

San José, 1º. de julio del 2017.

SEÑORES
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

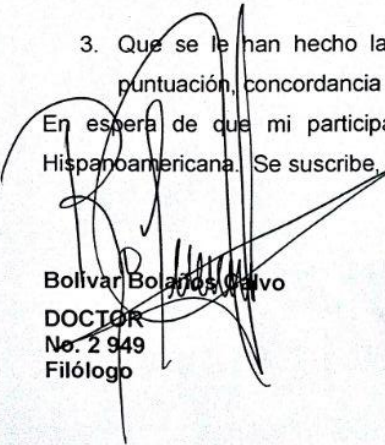
Estimados señores:

Por este medio yo, Bolívar Bolaños Calvo, mayor, casado, filólogo, incorporado (a) al Colegio de Licenciados y Profesores, con el número de carné 2 949, vecino (a) de Turrúcares de Alajuela, portador de la cédula de identidad 0202790320, hago constar:

1. Que he revisado el **TRABAJO DE GRADUACIÓN (TESIS)** para optar por el grado académico de **LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**.
2. Que el trabajo final de graduación es sustentado por el (la) estudiante **ANTHONY MORALES BRIZUELA**, denominado **PREVALENCIA Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS DEL SÍNDROME DEL MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DR. RAÚL BLANCO CERVANTES, ATENDIDOS EN EL COMITÉ DE ESTUDIO INTEGRAL DEL ANCIANO AGREDIDO Y ABANDONADO DE ENERO DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2014**.

3. Que se le han hecho las correcciones pertinentes en acentuación, ortografía, puntuación, concordancia gramatical y otras del campo filológico.

En espera de que mi participación satisfaga los requerimientos de la Universidad Hispanoamericana. Se suscribe, atentamente,


Bolívar Bolaños Calvo
DOCTOR
No. 2 949
Filólogo

Anexo N°7

Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Anthony Morales Brizuela, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 114950159, egresado de la carrera de Medicina y Cirugía apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Prevalencia y principales factores riesgo conocidos del Síndrome del maltrato, negligencia y abandono en pacientes del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, atendidos en el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado, de enero 2014 a diciembre 2014, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 4 días del mes de Julio del año dos mil diecisiete.


Firma del estudiante
Cédula 14950159