

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
TRABAJO SOCIAL**

**MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO DE LA PERSONA ADULTA
MAYOR COSTARRICENSE**

ELABORADO POR¹

**MsC. Jeannette Martínez Muñoz
MsC. Yolanda Brenes**

2007

¹ Trabajadoras Sociales y Gerontólogas del Equipo CEINAA

TABLA DE CONTENIDO

1) Introducción	4
2) Objetivos	6
3) Metodología	6
4) Resultados esperados	7
5) Aspectos Generales del Maltrato, Negligencia y Abandono	
5.1 Antecedentes del maltrato.....	8
5.2 Definición	
5.3 Formas de Maltrato (Decalmer & Glendinning))	
5.4 Principales Resultados de Investigaciones sobre Maltrato, Negligencia y Abandono realizadas en el HNGGDRRBC	
5.5 Registro de incidencia de Situaciones de Maltrato, Negligencia y Abandono en Costa Rica	
6) Reportes Longitudinales que Reflejan la incidencia de Maltrato, Negligencia y Abandono en Instituciones consideradas en el Estudio	14
6.1 CEINAA	
6.2 9-1-1 (INAMU)	
6.3 CONAPAM	
6.4 Ministerio de Salud	
6.5 CCSS	
6.6 Análisis de la Información	
7) Análisis de las Situaciones de Maltrato, Negligencia y Abandono, atendidas por el HNGGDRRBC en el 2006.....	18
7.1 Información Cuantitativa de casos atendidos	
7.2 Procedencia	
7.3 Condición de género y cohorte de edad	
7.4 Capacidad Funcional	
7.5 Situación Económica	
8) Maltrato de Personas Adultas Mayores en Costa Rica desde la Perspectiva de Salud	22
8.1 Magnitud del Problema	
8.2 Factores de Riesgo	
8.3 Factores de Riesgo Integral de la Víctima	
8.4 Factores de Riego Sociofamiliar	

8.5 Factores de Riego del Agresor	
8.6 Perfil de Personas Adultas Mayores Víctimas de Maltrato, Negligencia y Abandono	
9) Estrategias de Intervención dirigida a Personas Adultas Mayores Víctimas de Maltrato, Negligencia y Abandono	
9.1 Desarrollo de Procesos de Prevención del Maltrato, Negligencia y Abandono	
9.2 Fortalecimiento de los Mecanismos de Intervención	
9.3 Servicios de Apoyo Existentes en el País	
10) Modelo de Atención Integral a Personas Adultas Mayores atendidas por el CEINAA del HNGGDRRBC.....	29
10.1 Conceptualización	
10.2 Descripción del Proceso	
11. Propuesta para el Fortalecimiento de las Redes de Apoyo Existentes para Desarrollar Procesos de Atención, Acordes a las Necesidades de los (as) usuarios (as).....	30
12. bibliografía.....	31

1. INTRODUCCIÓN

El informe que se presenta a continuación tiene como propósito evidenciar la situación real de las personas adultas mayores que sufren síndrome de maltrato, negligencia y abandono, según los datos institucionales registrados por las diferentes organizaciones que de una u otra manera ofrecen cobertura a la atención de esta problemática.

Para efectos de alcanzar este objetivo se tomarán en consideración las siguientes fuentes de información:

1. Datos estadísticos y resultados de investigaciones realizadas en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes

Centro donde se lleva a cabo el presente informe y que a su vez se constituye en la unidad donde se diagnostican y atienden en forma integral e interdisciplinaria casos de maltrato, negligencia y abandono desde hace más de 10 años.

2. Caja Costarricense del Seguro Social y Ministerio de Salud:

Se consideran los registros establecidos por el Ministerio de Salud y aplicados por la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la Boleta (V. E. 01) de "Notificación individual de Vigilancia Epidemiológica reporte obligatorio de enfermedades", donde se incluye el reporte del síndrome del maltrato² en sus múltiples formas. Datos que son reportados al Ministerio de Salud y al Programa de análisis de Vigilancia Epidemiológica de la C.C.S.S.

2. Defensoría de los Habitantes

3. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

4. 9-1-1 Instituto Nacional de la Mujer (INAMU).

En relación a los datos sobre el maltrato, la negligencia y el abandono en Costa Rica, se debe reconocer que el reporte de éstas situaciones es relativamente bajo, aspecto que limita la comprensión de esta realidad. Aún así existe consenso entre las instituciones públicas y privadas que atienden población de 60 años y más, para admitir que los datos disponibles son apenas la punta del iceberg. Jiménez 1998, en su estudio "Maltrato en la Persona Adulta Mayor en Costa Rica", concluye que 3 de cada 10 adultos mayores presenta factores de riesgo de maltrato, negligencia y o abandono.

² OPS (1995) "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud". Décima revisión, Washington DC, EUA síndrome del maltrato clasificación que corresponde a lo establecido en CIE-10

Lo anterior, se relaciona con el hecho de que el maltrato en las personas adultas mayores en Costa Rica, si bien está definido como un problema de salud pública; es complejo de identificar, diagnosticar y tratar, por el impacto que genera en la salud física, emocional, social y económica de las personas que lo padecen.

Además de lo anterior, el maltrato en personas adultas mayores presenta una serie de características socio culturales que inciden en el silencio por parte de las propias víctimas, situación que puede estar asociada con: sobrecarga de los cuidados que requieren, diferentes formas de dependencia, ausencia de apoyo de la red familiar, dificultades económicas, problemas de salud crónicos, entre otras. Dichas situaciones traen consigo un impacto negativo en las condiciones de atención y por ende en la calidad de vida de la población adulta mayor.

Debemos tener claro que no es un asunto de estadística, sino una situación y problema que afecta a seres humanos y la existencia de un solo caso de maltrato en sus diferentes formas, debe obligar a la sociedad costarricense, profesionales, familia y comunidad a actuar, de tal forma que se generen factores protectores a través de una red de apoyo formal e informal que de manera inmediata, aborde la situación para modificar el riesgo señalado.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar la situación de maltrato, negligencia y abandono en las personas adultas mayores de Costa Rica, con un enfoque multisectorial e interdisciplinario para establecer características generales, alternativas de atención a las víctimas y definición de un perfil de los (as) ofensores.

Específicos:

1. Documentar y caracterizar los diferentes tipos de maltrato que enfrenta la persona adulta mayor.
2. Establecer elementos generales sobre la magnitud del problema de maltrato en Costa Rica desde la perspectiva de salud.
3. Identificar algunos factores de riesgo, que permitan evidenciar como se manifiesta el maltrato, negligencia y abandono en las personas adultas mayores.
4. Establecer el perfil de la población adulta mayor que vive situaciones de maltrato, de acuerdo a edad, sexo, estado civil, procedencia y aspectos sociofamiliares.
5. Delimitar algunas estrategias de intervención, así como los servicios de protección con que cuenta la población adulta mayor en Costa Rica.

3. METODOLOGÍA

El tipo de investigación transversal y su alcance es descriptivo, debido a que busca describir en el ámbito cualitativo y cuantitativo la situación del maltrato, negligencia y abandono de personas adultas mayores víctimas.

Las técnicas utilizadas son la revisión documental y el análisis de los resultados de datos obtenidos.

Para llevar a cabo el proceso se desarrollan tres fases básicas:

1. Revisión de registros de casos atendidos y valorados en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes por el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CEINAA), entre 1997 y hasta el 2006, con el fin de establecer características generales de la Persona Adulta Mayor Víctima de maltrato, negligencia y abandono.
2. Caracterización de los casos atendidos durante el año 2006 en el

- CEINAA para establecer el perfil de la víctima y del ofensor, el perfil incluirá: edad, sexo, parentesco, procedencia.
3. Descripción de los factores de riesgo de maltrato identificados, estrategias de intervención y servicios de protección con que cuenta Costa Rica para la protección.
 4. Se complementa la información con la revisión de datos registrados en bioestadística de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, INAMU, 9-1-1, Defensoría de los Habitantes y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Con el desarrollo de este tema se espera aportar elementos que permitan contribuir a:

- Evidenciar desde una perspectiva integral la existencia del maltrato en personas adultas mayores en el país.
- Dar a conocer la necesidad de fortalecimiento del abordaje que brindan las instituciones Estatales responsables en la atención a personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono.
- Proponer mecanismos de prevención, detección y atención del maltrato, negligencia y abandono de personas adultas mayores en Costa Rica.

5. ASPECTOS GENERALES DEL MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO

5.1 ANTECEDENTES DEL MALTRATO

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 Wolf Rosalie, 1994 como una forma de violencia doméstica.

En 1975 se publicó en la British Medical Journal (Burston, 1975) y en Modern Geriatrics (Baker, 1975), algunas tempranas referencias del abuso a los mayores. Algunas de estas referencias provienen de Inglaterra, pero la mayor actividad científica en los últimos años, ha tenido lugar en los Estados Unidos y Canadá.

Países como Noruega, Suiza, Alemania, Japón, Hong Kong y Australia también han reportado estudios de abuso. Sin embargo, estos estudios son investigaciones individuales y no están acompañados de acciones gubernamentales, situación que se espera sufra una modificación en el futuro cercano, ante la inclusión de este tópico para discusión y estudio en el Consejo Europeo.

En la década de los 80 en los Estados Unidos, se dio un aumento en la investigación y atención del abuso en las personas de edad, antes en la década de los 60 se habían iniciado los estudios de abuso contra los niños, y en los 70 del abuso a la mujer, estudiados ambos como formas de violencia familiar.

Wolf, 1994, refiere que las estimaciones del grado del maltrato del anciano en Estados Unidos han oscilado entre el 4 y 10%, no obstante, solo se han realizado estudios de prevalencia.

Dos investigadores estadounidenses Pillmer y Finkelhor en 1988, encontraron que 20 de mil personas mayores son abusados físicamente, 11 de 1000 psicológicamente y 4 de 1000 por negligencia.

En Canadá, Podnieks encontró que 5 de cada 1000 ancianos sufrían abuso físico, 14 de cada 1000, abuso psicológico, 25 de cada 1000, abuso financiero y 4 de cada 1000, negligencia.

A nivel mundial en los últimos siete años la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la investigación en materia de maltrato al adulto mayor, en el 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: 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.

La investigación se realiza con la metodología de grupos focales, se conoce la percepción sobre la sospecha de maltrato hacia las personas adultas mayores desde la perspectiva de los profesionales en Trabajo Social, médicos de atención primaria y personas adultas mayores.

5.2 DEFINICIÓN

Definiciones de maltrato, abuso, negligencia y abandono que definan la complejidad y la realidad del problema al que nos enfrentamos no es tarea fácil, sin embargo, para efectos del presente informe se establecen las más utilizadas en el ámbito nacional e internacional:

Una de las primeras definiciones elaborada por Rosalie Wolf, citada por Jiménez 1998, refiere que el maltrato o el abuso es *“ una conducta destructiva, la cual va dirigida a una persona mayor, ocurre en un 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 los derechos humanos y disminución de la calidad de vida del adulto mayor.”*

Según establece la “Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor No.7935”, en el Capítulo II, Definiciones, página No. 4 se define violencia contra las personas adultas mayores como “cualquier acto u omisión, directa o indirecta, ejercida contra una persona adulta mayor, que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, psicológica o patrimonial”.

La red internacional para la Prevención del Abuso contra el Anciano (INPEA, 1995) define abuso como “ la acción única o repetida, o la falta de medidas apropiadas, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”., Definición avalada por la Organización Mundial de la Salud en la conocida “Declaración de Toronto”.

Para efectos de este informe y ante la complejidad del tema es importante aclarar que las situaciones de maltrato se enmarcan desde la perspectiva de violencia, tal y como lo establece la Organización Mundial de la Salud constituye “un problema de Salud Pública”³, y distingue tres categorías, la violencia dirigida así mismo, violencia interpersonal, y la violencia comunitaria. **La violencia interpersonal incluye la violencia intrafamiliar, maltrato de niños, maltrato contra la pareja y el maltrato al adulto mayor.**⁴

³ Allen Flores P, Rojas Espinoza M, Salas Martínez J. (2005) Violencia. Un Problema de Salud Pública. Ministerio de Salud, Costa Rica.

⁴ Opt. Cit. pag.9.

5.3 FORMAS DE MALTRATO (DECALMER & GLENDINNING, 1993)

Estas formas de maltrato, características y consecuencias se incluyen en los protocolos de valoración integral del CEINAA para determinar la existencia del problema en la persona adulta mayor que se valora.

ABUSO FÍSICO

Incluye ser golpeado, quemado, manejo físico áspero, empujones, infringir sufrimiento físico.

Formas: Accidentes frecuentes, cicatrices, golpes, síndrome de la sacudida, fracturas, quemaduras, empujones y sujeciones.

Consecuencias físicas: Politraumatismo, quemaduras, heridas, laceraciones, pérdida funcional.

Consecuencias emocionales: Cambios de conducta, baja autoestima, descuido personal, aislamiento, pérdida de control.

ABUSO PSICOLÓGICO

Daño a la autoestima y el desarrollo personal del adulto mayor.

Formas: intimidación, manipulación, amenazas, rechazo, insultos, críticas, ignorar, infantilización, acoso verbal, aislamiento físico y emocional y cualquier otro comportamiento que cause temor en el anciano. Esto a menudo ocurre con abuso físico y negligencia o descuido

Consecuencias físicas: Riesgo de malnutrición, deterioro de enfermedades crónicas.

Consecuencia emocional: miedo, ansiedad, depresión, agresividad, problemas de sueño, ideas suicidas, deambulación.

ABUSO SEXUAL

Acto de controlar u obligar en contra de la voluntad a tener contacto sexual.

Formas: acoso, palabras, gestos, manoseos, exhibición de genitales.

Consecuencias físicas: lesiones, cicatrices en genitales, problemas ginecológicos, infecciones.

Consecuencia emocional: sentimiento de culpa, miedo a la muerte, dependencia, aislamiento, impotencia, desconfianza

ABUSO PATRIMONIAL

incluye retención o robo de los fondos o propiedades y la explotación de bienes materiales, objetos y otros valores.

Formas: sustraer documentos, falsificar firmas, retener pensiones o ayudas, venta de propiedades, abuso del poder legal.

Consecuencias físicas: descuido en la salud. Enfermedades crónicas se agravan

Consecuencias emocionales: depresión, cambio de conductas, pobreza, desconfianza. Síndrome de desesperanza

NEGLIGENCIA

Incluye el descuido intencional y el no intencional, como el desamparo, el aislamiento, la mal nutrición, la inanición, la sobre o sub - medicación, 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 da, o al no tener el personal de salud conocimientos sobre violencia, puede confundirse con problemas de envejecimiento.

Consecuencias emocionales: depresión, aislamiento y rechazo social.

ABANDONO

Sentimientos de soledad, aislamiento social y emocional, indefensión, deterioro físico y mental del adulto mayor. No hay atención de necesidades básicas de alimentación, protección, atención en salud, ni hay apoyo familiar y comunal. (Jiménez y Martínez 2000).

Consecuencias emocionales: miedo, ansiedad, depresión, agresividad, problemas de sueño, ideas suicidas, deambulación.

5.4 PRINCIPALES RESULTADOS DE INVESTIGACIONES SOBRE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO REALIZADAS EN EL HNGGDRRBC

En Costa Rica la temática de abuso y maltrato, se identifica en los años 70 como abandono principalmente, situación que al ser determinada como

problema social se considera competencia de atención e intervención de Trabajo Social. (Martínez, Parks y otros, 2004)

Durante este período la atención realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social, en Hospitales y clínicas, se orientó hacia la hospitalización como recurso de larga estancia para investigar el problema y definir estrategias de coordinación con hogares ó albergues para el ingreso de los ancianos en situación de abandono, política que se desarrolló en los años 80 y se mantuvo hasta 1990 como la alternativa para resolver la problemática.

Posteriormente se dispone de información que refleja que en el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, entre 1990 y 1995, 75 ancianos eran abandonados por semestre, al respecto cabe referir que su condición de salud estaba afectada por la ausencia de condiciones de cuidado adecuadas en el medio domiciliario de procedencia, falta de afecto, falta de apoyo familiar real, conflictos familiares, rechazo al cuidado una vez programada el alta hospitalaria, direcciones erróneas del domicilio y números telefónicos que no correspondían. (Trabajo Social HNGGBC- Registros Estadísticos, 1995)

La década de los 90 marca un cambio fundamental en los procesos de atención e intervención de los casos de mayor complejidad social, al respecto el Servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, bajo el enfoque de riesgo social integral logra fortalecer el diagnóstico y tratamiento social, lo que permite crear un perfil del adulto mayor en condición de abandono e identificar aspectos sociales de abuso y maltrato.

A partir del año 1994, se establecen algunas características de los ancianos hospitalizados, las cuales se han ido agrupando como factores de riesgo de abuso, entre las cuales se destacan: grupo etario, género, funcionalidad física, funcionalidad cognitiva, grado de dependencia integral, dinámica familiar, fortaleza de las redes de apoyo formales e informales, características de los cuidadores, características físicas que favorecen la detección de negligencia y lesiones físicas para identificar abuso físico, así como antecedentes de la historia de violencia en la familia, condiciones socioeconómicas familiares y del adulto mayor.

En 1996 en investigación de Jiménez, realizada con 328 personas adultas mayores, cuyo tema “abuso en las personas mayores” documenta la frecuencia y formas de abuso o maltrato. Datos relevantes de la investigación “un 86. 2% de las personas adultas mayores vive con otras personas, en su mayoría hijos, cónyuges, nietos, un 12.1% viven solas y el 72.5% tiene relación con algunos parientes, y un 10% con amigos y vecinos.

Los tipos de abuso documentados en la investigación: 4% manifiestan agresión física, 13.8% agresión psicológica, 5% despojo de dinero o abuso patrimonial, 1.3% abuso sexual.

Taylor Brawn, 1998 investiga acerca de la “problemática del abuso en el seno de familiar de adultos mayores asistentes al Centro Diurno de Pavas”. Donde concluye que una gran mayoría de las personas estudiadas viven con

familiares y tanto ellos como las mismas personas adultas mayores reportan abiertamente el abuso.

Arce y Solano, 2004, realizan una investigación sobre “Como Incide el Conocimiento de los Funcionarios Judiciales en la Aplicabilidad de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y la Ley Contra la Violencia Doméstica”. Investigación en la que se realiza un análisis de 23 casos denunciados por el CEINAA ante los Juzgados de Violencia Doméstica del Circuito Judicial I y II de los cantones de San José, Goicoechea y Desamparados.

Ente los resultados obtenidos se hace referencia a que “se denota de la investigación que el conocimiento y la experiencia que orienta a los juzgadores, ha servido para brindar temporalmente protección a la víctima que así lo han solicitado... Sin embargo la protección de las personas adultas mayores no puede cumplirse solamente con una resolución favorable por parte de los jueces o juezas. Se requiere dotar a los juzgados de equipo humano y tecnológico para dar seguimiento a todos los casos bajo su conocimiento y no solo por la vía de excepción.

Dicho planteamiento evidencia que la solución es más compleja, requiere de acciones individuales y colectivas a mediano y largo plazo, además de un cambio de estructuras sociales y en el patrón de crianza de niños, programas Estatales para prevenir o erradicar la violencia en las familias, acciones en las que se debe incorporar a la sociedad civil de manera activa.

5.5 REGISTRO DE INCIDENCIA DE SITUACIONES DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO EN COSTA RICA

En el informe final de Costa Rica, Respuesta Global al Maltrato de las Personas Adultas Mayores incluyendo la Negligencia (2005), Morales y Jiménez citan que en el país “no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de víctimas de abuso o abandono. La información disponible proviene de diversas fuentes, originadas principalmente por los reportes de casos atendidos”.

Por esta razón tal y como se menciona desde el principio, este documento parte de los resultados y datos estadísticos de casos atendidos en el CEINAA del HNGGDRRBC, comité que funciona desde 1996 como equipo de atención integral especializado.

Cabe destacar que para complementar el estudio se consideran datos de las denuncias desde 2001 hasta el 2006, que se realizan a la línea 9-1-1, que son atendidas por el Instituto Nacional de la Mujer y datos de denuncias realizadas ante el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor durante el año 2006.

Es importante mencionar que en la Caja Costarricense de Seguro Social se cuenta con información de casos estudiados e investigados por profesionales en Trabajo Social y equipos de salud CEINAA, donde se han logrado reconstruir las características y el comportamiento de las situaciones de maltrato y abandono atendidas en los últimos de 10 años, en este sentido se considera que los datos son a pequeña escala, debido a que no se dispone de

la utilización de registros y protocolos de atención homogéneos.

En relación a los procesos de atención mencionados en el siguiente apartado se incluye el registro de datos de cada una de las instancias consideradas en este estudio.

6. REPORTES LONGITUDINALES QUE REFLEJAN LA INCIDENCIA DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO EN INSTITUCIONES DE COSTA RICA CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO

6.1 COMITÉ DE ESTUDIO INTEGRAL DEL ANCIANO AGREDIDO Y ABANDONADO: HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DR. RAUL BLANCO CERVANTES

Registros Estadísticos de Trabajo Social CEINAA, documentan la atención desde el año 1997 cuando se inicia la intervención de casos por maltrato⁵ en sus múltiples formas: físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia y abandono, información que se detalla en la siguiente tabla.

TABLA No.1
DISTRIBUCION DE CASOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DR. RAUL BLANCO CERVANTES SEGÚN CONDICIÓN DE GENERO

AÑO	TOTAL	FEMENINO		MASCULINO	
		#	%	#	%
1998	195	146	74.87%	49	24.13%
1997	192	138	71.87%	54	28.13%
1999	262	183	69.84%	79	30.16%
2000	309	229	74.11 %	80	28.89%
2001	364	269	74.00%	95	26.00%
2002	280	212	75.71%	68	24.29%
2003	494	331	67.00%	163	33.00%
2004	613	410	66.88%	203	33.11%
2005	672	463	68.89%	209	31.10%
TOTAL	3381	2381	70.42%	1000	29.58%

FUENTE: Registros Estadísticos Trabajo Social - CEINAA (JMM) 1997 A 2005.

Estos datos reflejan la incidencia de casos cuyo promedio anual es de 375.66 adultos mayores en el HNGGDRRBC. Al respecto, cabe señalar el aumento significativo de los casos diagnosticados conforme transcurren los años, que de igual manera refleja un comportamiento similar entre hombres y mujeres.

6.2 9-1-1 (INSTITUTO NACIONAL DE LA MUJER)

El registro de denuncias que se realizan a través de 9-1-1, evidencia un aumento sustantivo en los últimos años de las denuncias que se atienden en

⁵ OPS (1995) "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud". Décima revisión, Washington DC, EUA síndrome del maltrato clasificación que corresponde a lo establecido en CIE-10

esta línea con el apoyo de profesionales del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) tal y como se documenta en la siguiente tabla.

TABLA No. 2
INSTITUTO NACIONAL DE LA MUJER, REGISTROS DE DENUCIAS 911
CODIGO 107. AGRESIÓN EN CONTRA DE MUJER ADULTA MAYOR
CODIGO 109. AGRESIÓN EN CONTRA DE HOMBRE ADULTO MAYOR
2001 AL 2006

AÑO	TOTAL	MUJER Cod.107*	HOMBRE Cod.109*
2001	64	63	1
2002	333	276	57
2003	264	175	89
2004	341	281	60
2005	337	309	28
2006	360	334	26
TOTAL	1691	1438	261

FUENTE: Registros base de datos 9-1-1. (Loaiza Manuel) *JMM. Esta codificación esta definida por la instancia 9-1-1 , según protocolo.

6.3 CONSEJO NACIONAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

El aumento significativo de denuncias en instituciones como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), según datos registrados en la prensa nacional (La Nación y Prensa Libre) el 11 de Junio 2007, informan que solo en esta instancia durante 2006 se recibieron 1.759 denuncias por abuso, entre las que destacan: indigencia, abandono, negligencia (367 casos), abuso psicológico (219 casos), abuso patrimonial (177 casos) y abuso institucional (107 casos).

En la siguiente tabla, según datos aportados por el CONAPAM se documenta por topología y sexo las denuncias atendidas durante el 2006 y 2007.

TABLA #3
DATOS DE DENUNCIAS POR MALTRATO CONTRA PERSONAS ADULTAS MAYORES
ATENDIDAS EN EL CONAPAM EN LOS AÑOS 2006, 2007
SEGÚN TIPO DE MALTRATO Y SEXO

TIPO DE MALTRATO	TOTAL	AÑO 2006		AÑO 2007	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Abandono y negligencia	464	174	157	63	70
físico	69	29	24	8	8
psicológico	311	81	138	32	60
patrimonial	255	67	110	38	40
sexual	7	1	3	0	3
institucional	154	47	60	18	29

indigentes	38	28	8	2	0
otro	1763	346	486	386	545
TOTAL	3061	773	986	547	755

Fuente: Información aportada por CONAPAM, datos del año 2006 y datos de enero a agosto 2007. Datos corresponden a denuncias hechas por adultos mayores, vecinos o reportadas por instituciones como Clínicas y hospitales de la CCSS, INAMU.

6.4 MINISTERIO DE SALUD

Los datos procesados durante el año 2002 se observan en el siguiente cuadro:

TABLA #. 4
POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS. CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF)
NOTIFICADOS SEGÚN TIPO DE CAUSA Y SEXO, COSTA RICA, 2002

TIPO DE CAUSA TOTAL	TOTAL		MASCULINO		FEMENONO	
	#	%	#	%	#	%
	224	100%	51	22.77	77.23	173
Negligencia y abandono	51	22.77	20	8.93	31	13.84
Abuso físico	14	6.25	4	1.79	10	4.46
Abuso sexual	5	2.23	-----		5	2.23
Abuso psicológico	46	20.54	8	3.57	38	16.97
Maltratos mixtos	15	6.70	2	0.89	13	5.80
Maltratos sin específicas	93	41.52	17	7.59	76	33.93

Fuente: comisión persona adulta mayor Ministerio de Salud 2003.

Los Datos documentados en este cuadro se desprenden del documento elaborado por **Ministerio de Salud. Bolaños Sánchez, Pacheco Soto, Rojas Sánchez. (2004) Estado de Salud de la Persona Adulta Mayor.**

6.5 CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Los datos reportados en el Programa de Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense de Seguro Social, según diagnóstico egreso hospitalario subregistra el diagnóstico de maltrato principalmente en población adulta mayor, en el año 2004 registra un total de 8 (6 mujeres, 2 hombres) en el año 2005 registra un total de 23 adultos mayores víctimas maltrato 9 mujeres y 14 hombres, en el siguiente cuadro se confirma:

**Cuadro. Egreso Hospitalario por Maltrato por grupos de edad según tipo y sexo.
C.C.S.S. 2006**

Síndrome del maltrato y sexo	Total	Grupos de edad							
		59 y menos	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 y más
<u>Mujeres</u>	<u>117</u>	<u>107</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
Negligencia o abandono	38	29	1	0	2	3	2	1	0
Abuso físico	46	46	0	0	0	0	0	0	0
Abuso sexual	10	10	0	0	0	0	0	0	0
Abuso psicológico	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Otros	21	20	0	0	0	1	0	0	0
<u>Hombres</u>	<u>200</u>	<u>190</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
Negligencia o abandono	37	29	0	1	2	2	2	1	0
Abuso físico	65	64	0	1	0	0	0	0	0
Abuso sexual	56	56	0	0	0	0	0	0	0
Abuso psicológico	7	7	0	0	0	0	0	0	0
Otros	35	34	0	0	0	1	0	0	0

Fuente: C.C.S.S., Departamento de Estadística de Salud.

De esta información se desprende que los reportes de adultos mayores atendidos en otros servicios de Hospitalización, consulta Externa, urgencias y comunidad que corresponden al síndrome del maltrato no llegan al Departamento de Estadísticas de Salud, como principal diagnóstico de atención, reportándose otros diagnósticos de problemas de salud CIE-10.

6.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La investigación y consultas realizadas a profesionales del INAMU y Defensoría de los Habitantes, CONAPAM, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social permiten identificar que los sistemas de registros son diferentes, según características y objetivo de cada institución.

La base de datos 9-1-1 registra únicamente datos de género (mujer - hombre) y le asignan el código 107 o 109 tal y como se presenta en el cuadro anterior y la procedencia de la denuncia según provincias. De acuerdo a lo informado por Sánchez y Loaiza, 2007, las denuncias son atendidas por profesionales vía telefónica, brindan asesoría, orientación, intervención en crisis y coordinan con la policía y o derivan los casos a los servicios de Trabajo Social de la Caja Costarricense de Seguro Social ubicados en las áreas de salud, clínicas u

hospitales para la atención, investigación e intervención.

La Defensoría por su parte informa que no cuentan con bases de datos de casos dado que el ámbito de competencia institucional no faculta la atención directa de asuntos de esta índole. Cita Zúñiga 2007, encargada de Adulto Mayor, Área Protección Especial “sin embargo se les brinda la guía y orientación a los y las habitantes que consultan sobre el particular. Se registran solicitudes de intervención correspondientes. Solo en el 2005 se reportan un promedio de 10 consultas mensuales y en los últimos años ha disminuido ya que se remite directamente al CONAPAM y al sistema Nacional de atención y prevención a la violencia intrafamiliar.

Es importante señalar que el sistema de registro establecido en las diferentes instituciones no permite unificar datos en razón de que el país no cuenta con un sistema de registro único. Por lo tanto para efectos de establecer las características de los tipos de maltrato y el perfil del adulto mayor víctima de maltrato, negligencia y abandono en Costa Rica se analiza y procesa la información obtenida a en el Hospital Nacional de Geriátrica durante el año 2006, donde se utiliza el protocolo de valoración integral definido como ente especializado, aportado para las normas nacionales de atención en salud del adulto mayor, elaborado por Ministerio de Salud y Caja Costarricense del Seguro Social (Protocolo de vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar) y se registra estadísticamente según lo normado por la Clasificación internacional de Enfermedades. (CIE-10).

7. ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO, ATENDIDAS POR EL HNGGDRRBC EN EL 2006

Corresponde esta información a el diagnostico establecido por los profesionales (Medico, trabajo Social, sicología, enfermería) que valoran la situación integral del adulto mayor y determinan la existencia de maltrato, negligencia y abandono de la persona adulta mayor que se atiende en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa del centro hospitalario. Todo adulto mayor atendido en este centro hospitalario se aplica valoración cuadrifuncional: medica, social, psíquica y funcional, una vez definido factores de riesgo se aplica protocolo de atención de maltrato, negligencia y abandono determinado en este centro hospitalario, el cual se aporta para la atención del adulto mayor en salud.

7.1 INFORMACIÓN CUANTITATIVA DE CASOS ATENDIDOS

Durante el año 2006, se presenta un aumento significativo de la demanda de atención, que contabiliza un total de 680 casos valorados por abuso, en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, información que permite documentar y caracterizar los diferentes tipos de maltrato que enfrenta la persona adulta mayor como se detalla en la siguiente tabla:

TABLA #5
DATOS GENERALES DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES POR TIPO DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DR. RAUL BLANCO CERVANTES, AÑO 2006

TIPO DE MALTRATO	TOTAL	%	HOMBRES #	MUJERES
Negligencia	182	26.76	64	118
Abandono	186	27.35	112	74
Psicológico	156	23.00	52	104
Patrimonial	102	15.00	42	60
Físico	54	7.94	19	35
Sexual	-	0	0	0
Total	680	100%	289	391

Fuente: Registros estadísticos Trabajo Social - CEINAA, 2006. (JMM).

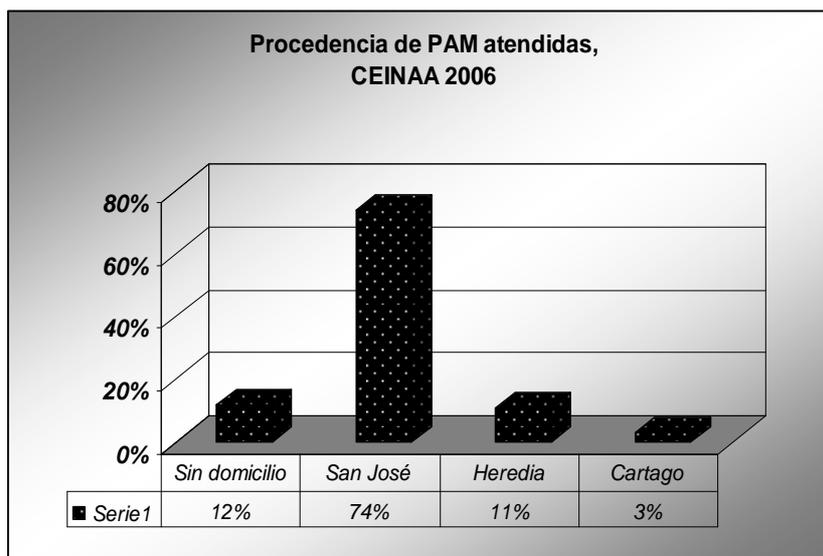
La negligencia, el abandono y el maltrato psicológico son los que se presentan con mayor frecuencia, tal y como se observa en el cuadro anterior, estos casos representan el 77.11% de las situaciones atendidas. En todas las situaciones de acuerdo a la revisión y análisis realizado estas personas presentan dos ó más tipos de maltrato de manera simultanea.

Durante el año 2006 no se reportan casos de abuso sexual, sin embargo estudio de casos de 1997 al 2005 realizado por Martínez y Parks documentan que es uno de los problemas de mayor complejidad de detección y solo en el Hospital Nacional de Geriatria se atienden al menos 4 por año.

7.2 PROCEDENCIA

En cuanto al lugar de procedencia de las personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono, se presenta el siguiente cuadro, en el que se resume la información obtenida

CUADRO # 1



Fuente: Brenes y Martínez, (2007). Ponencia: "Retos y desafíos en el proceso de intervención social con personas adultas mayores víctimas del síndrome de maltrato y atendidas en el ámbito hospitalario."

Como se visualiza en el gráfico anterior el 74% (503) de los casos proceden de la provincia de San José, el 12% (82) no tiene domicilio fijo ni documenta procedencia, el 11% (75) es de Heredia y un 3% (20) de los casos provienen de la provincia de Cartago.

7.3 CONDICIÓN DE GÉNERO Y COHORTE DE EDAD

TABLA #6
DISTRIBUCIÓN DE CASOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DR. RAUL BLANCO CERVANTES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2006

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
60 a 64	10	6	4
65 a 69	71	40	31
70 a 74	132	91	41
75 a 79	140	67	73
80 a 84	157	101	56
85 a 89	151	76	75
90 y más	21	11	10
TOTAL	680	391	289

FUENTE: Registros de Trabajo Social, CEINAA (JMM -2006)

EDAD MÁXIMA: 104 AÑOS
EDAD MÍNIMA: 64 AÑOS

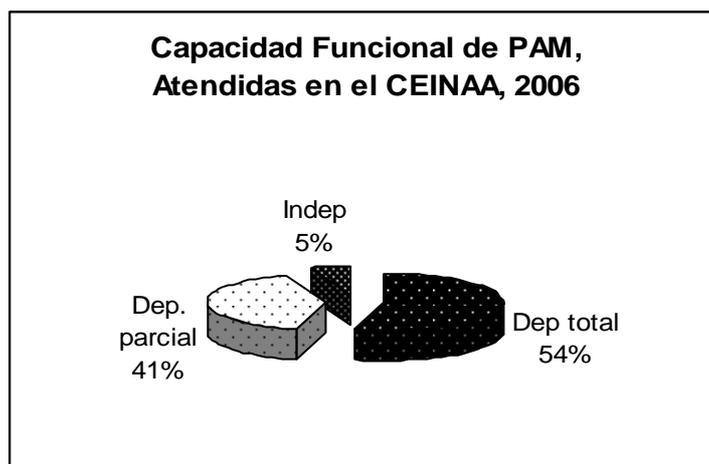
Tal y como se muestra en la tabla anterior, los grupos de edad que reflejan mayor incidencia de casos de maltrato, negligencia y abandono son los que se ubican entre los 70 a 79 años, y el grupo entre 80 y 89 años, realidad que coincide con lo establecido en la literatura internacional, en el sentido de que a mayor edad, mayor dependencia y mayor riesgo de vivir situaciones de maltrato.

7.4 CAPACIDAD FUNCIONAL

La valoración funcional del adulto mayor, entendida como la valoración de las funciones físicas, sociales y psíquica, habilidad para vivir independiente en su medio ambiente, esta valoración permite identificar la capacidad funcional de adulto mayor integral: independiente para realizar actividades de vida diaria e instrumentales, dependencia parcial o dependencia total para realizar actividades de vida diaria e instrumentales, por lo tanto requieren de cuidadores para satisfacer necesidades básicas de atención.

El riesgo ocurre precisamente ante la condición de dependencia de las personas adultas mayores con relación a sus cuidadores. En este sentido cabe referir que de los casos atendidos durante el año 2006, se reflejan los siguientes resultados:

GRAFICO #2



Fuente: Brenes y Martínez, (2007). Ponencia: "Retos y desafíos en el proceso de intervención social con personas adultas mayores víctimas del síndrome de maltrato y atendidas en el ámbito hospitalario".

De acuerdo con los datos anteriores se observa que en cuanto a los casos atendidos por maltrato, negligencia y abandono el 41% (279) presenta dependencia parcial, el 54% (367) dependencia total, siendo que el 95% de los (as) adultos mayores presentaba condición de dependencia de sus cuidadores para satisfacer sus necesidades básicas. Mientras que únicamente el 5% (34) correspondía a usuarios (as) independientes.

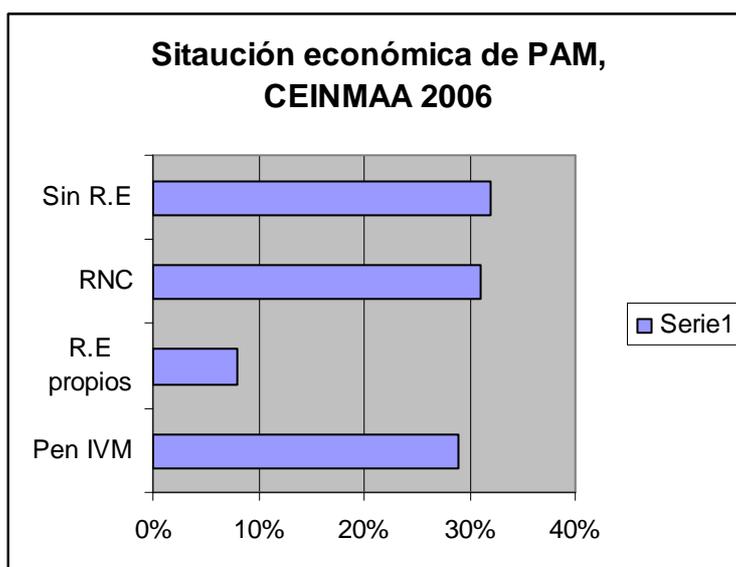
Además de la dependencia física, se debe considerar la capacidad cognoscitiva y para la toma de decisiones de los (as) adultos (as) mayores, debido a que esta condición de igual manera puede generar dependencia de los cuidadores. En este sentido el análisis de los casos atendidos refleja "que un 22% de las personas atendidas presentaba algún tipo de demencia, un 22% deterioro cognitivo que va desde leve hasta severo y el 58% no presentaba

ninguna alteración en sus capacidades cognoscitivas” (Brenes y Martínez, 2007).

7.5 SITUACIÓN ECONÓMICA

De los factores de riesgo señalados que pueden incidir en situaciones de maltrato, abandono y negligencia, se encuentra la condición económica de las personas mayores, y en esta área en particular se obtuvieron los siguientes resultados:

GRAFICO #3



Fuente: Brenes y Martínez, (2007). Ponencia: “Retos y desafíos en el proceso de intervención social con personas adultas mayores víctimas del síndrome de maltrato y atendidas en el ámbito hospitalario”.

Del cuadro anterior se desprende que “un 32% (218) de los (as) adultos mayores atendidos (as) no cuentan con ingresos económicos, mientras que un 31% (211) cuenta con subsidio del RNC, un 29% (197) pensionado por invalidez vejez y muerte y un 8% (54) refiere tener ingresos propios, sumando los dos porcentajes más altos obtenemos un 63% que representa a los (as) senescentes con mayor grado de dependencia económica” (Brenes y Martínez, 2007).

Las personas adultas mayores “con mayor ingreso económico representaban un 29% de pensionados de IVM, cuyas pensiones oscilaban entre los ¢.60.000 y ¢.100.000 colones y únicamente un 8% del total de personas incluidas en la muestra disponía de ingresos económicos suficientes para satisfacer holgadamente todas sus necesidades básicas” (Brenes y Martínez, 2007).

8. MALTRATO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN COSTA RICA DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD

8.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA

Desde finales de la década de los 90s, en nuestro país se ha tomado conciencia de este problema y e cuanto al tema de la frecuencia del maltrato en las personas adultas mayores, se ha recurrido a analizar la investigación de Jiménez 1998, quien documenta que 3 de cada 10 adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología presenta factores de riesgo de maltrato, negligencia o abandono, único estudio en nuestro país que aborda en tema de la magnitud.

Jiménez, 1998, plantea en su estudio que el maltrato es un problema, que se caracteriza por la invisibilidad y el amplio subregistro. En el país la magnitud del problema se desconoce, en primer lugar, por la falta de investigaciones, en segundo lugar, porque aún en aquellas instituciones que se prestan servicios de salud, no se cuentan con sistemas de detección y registro apropiados y en tercer lugar por la escasa comprensión de las dinámicas de las relaciones violentas y de las experiencias de las personas afectadas. En el caso de la población adulta mayor esta situación se asocia, con la vulnerabilidad que trae consigo el proceso de envejecimiento y con una sociedad que anula y desprotege a las personas mayores.

Barreto, 2001 plantea en el Congreso Internacional Sobre Maltrato al Adulto Mayor hace énfasis en que no existen datos sobre cuántas personas mayores son víctimas de maltrato y es realmente casi imposible llegar a cuantificarlo. No sólo tiene que ver con la falta de investigaciones sobre el tema sino por el silencio que muchas personas mayores prefieren guardar sobre el tema ya que no están dispuestas a admitirlo ni señalar a los maltratadores que por lo general son de su familia.

A pesar que no es posible saber cuál es la magnitud del maltrato en la vejez, los indicadores de riesgo que de manera cotidiana expresan las personas mayores nos alertan de que es bastante extendido, siendo posiblemente el maltrato psicológico, la negligencia y el abandono los de mayor incidencia en Costa Rica.

Informes estadísticos elaborados por Trabajo Social desde 1997, documenta datos de maltrato tanto en hombre como en mujeres, sin embargo el mayor porcentaje de situaciones atendidas se presenta en adultas mayores, los datos de maltrato que se manejan en salud, corresponden principalmente al ámbito doméstico.

8.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo se relaciona con la posibilidad de que un hecho no deseado ocurra, en el análisis y revisión de lo documentado en e el expediente de salud de cada adulto mayor valorado integralmente, se identifican factores de riesgo en la persona adulta mayor como víctima, factores de riesgo socio familiares y del agresor que son desencadenantes de maltrato, negligencia y abandono.

Estos factores son incorporados en los protocolos de valoración integral y permiten diagnosticar a los profesionales en medicina, Trabajo social, psicología y enfermería documentar el maltrato, negligencia y abandono.

El análisis de la información documentada en el expediente de salud permite verificar la existencia de los factores de riesgo establecidos internacionalmente en la víctima adulta mayor, factores de riesgo sociofamiliar y factores de riesgo del agresor, los cuales se documentan a continuación.

8.3 FACTORES DE RIESGO INTEGRAL DE LA VÍCTIMA

- Deterioro físico: (problemas de la marcha (caminar), poca o nula fuerza muscular, encamamiento, relacionado con problemas de salud y estado emocional)
- Dependencia física en actividades de vida diaria básicas (requiere ayuda para: baño, vestido, alimentación, movilizarlo, cambio de pañales, dar tratamiento médico, higiene etc..)
- Dependencia emocional: (depende en el ámbito afectivo del cuidador o ofensor para estar bien)
- Dependencia económica: (depende del dinero que le brindan familiares, amigos u otros para subsistir: alimentación, vivienda, pago de servicios de agua, luz, teléfono.
- Aislamiento social: (no tiene contacto con amigos, familiares, vecinos, no participa en reuniones familiares, ni en decisiones de la familia)
- Historia de maltrato de mayor de 75 años: (durante su vida familiar ha estado presente agresión de él hacia familiares (hijos, esposa, esposo u otros)
- Condición de genero, predomina el riesgo en mujeres
- viudez
- depresión
- Deterioro reciente de la salud: (enfermedades que afecta)
- demencia: (Deterioro profundo del conjunto de las funciones psíquicas: memoria, orientación en tiempo persona y espacio, conducta)
- baja autoestima: (no se quiere así mismo, siente que estorba, no tiene intereses, cree que lo que vive esta bien)
- Dificultades o limitaciones para administrar sus bienes: (por condición de salud integral no asume retirar pensión, no tiene a cargo sus propiedades: casa, carro, documentos personales)

8.4 FACTORES DE RIEGO SOCIOFAMILIAR

- Relación familiar disfuncional: (familias con problemas de comunicación, límites o reglas de respeto, apoyan, poca o ninguna organización familiar)
- Problemas económicos: (no hay dinero, ni ingresos para atender las necesidades del adulto mayor)
- Falta de recursos de apoyo, (asistencia económica, asistencia alimenticia, asistencia de cuidado) en los ámbitos: comunal, institucional y familiar
- Existencia de problemas de fármaco dependencia
- Presencia de algún miembro de la familia con trastornos de la personalidad o conductuales (problemas de origen psiquiátrico, emocional o de conducta)
- Historia familiar conflictiva y / o con antecedentes o persistencia de violencia doméstica que generan agresión o maltrato
- Sobrecarga del proceso de cuidado en una sola persona
- Falta de organización familiar
- Ausencia de conocimientos en el grupo familiar sobre el proceso de atención y cuidados requerido por la persona adulta mayor
- Condiciones de vivienda inadecuadas por falta de servicios básicos (casa en mal estado, techo con goteras, madera con huecos, piso con huecos, humedad, poca ventilación, no hay luz eléctrica, ni agua potable)
- Hacinamiento en el hogar: (más de dos personas por dormitorio)
- Conflictos intergeneracionales: (Adultos, adultos mayores y adolescentes no pueden comunicarse bien por diferencias de años e intereses)

8.5 FACTORES DE RIEGO DEL AGRESOR

- Síndrome del cuidador (cansancio, alto nivel de estrés físico y emocional, poca tolerancia al cuidado)
- Deterioro en las condiciones de salud
- Presencia de depresión
- Uso y abuso de fármacos y / o otras drogas
- Trastornos de la personalidad
- Enfermedad física crónica
- Dependencia económica, y de vivienda

8.7 PERFIL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO.

Para documentar estos factores de riesgo se realiza la revisión de la información contemplada en el expediente de salud de cada adulto mayor con diagnóstico CIE-10 de Síndrome del Maltrato y sus diferentes formas. Físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia y abandono, se revisa la valoración integral e intervención realizada de los 680 casos atendidos durante el 2006, lo cual permite establecer el perfil que se detalla a continuación.

- Persona adulta mayor de 75 años y más
- El sexo femenino representa un 70% de los casos
- Deterioro cognitivo (perdida de memoria, capacidad para tomar decisiones, capacidad de cuidarse por sí solo) de la persona adulta mayor
- Dependencia funcional (física: caminar) en actividades de vida diaria básicas e instrumentales (baño, vestido, alimentación, citas medica, tomarse medicamentos, arreglo personal, viajar en bus, conducir)
- Sentimientos de soledad, aislamiento social del adulto mayor (no tiene comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza, esta solo)
- Ddependencia emocional de la persona adulta mayor con el ofensor (siente que necesita hijo o hija, nieto o nieta para vivir)
- Depresión en la persona adulta mayor en proceso de duelo (tristeza por viudez, perdida de un ser querido, otras pérdidas).
- Depresión en el cuidador
- Sobrecarga del cuidador (única persona 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, (controla todo, responde por la persona mayor, rechazo o agresividad del acompañante o familiar)
- Problemas de fármaco dependencia del ofensor (hijo (a) nieto (a), cuidador (a), otro) (consumo de alcohol, drogas).
- Incapacidad mental o intelectual del cuidador principal
- Historia familiar de violencia intrafamiliar de larga data
- Historias de conflictos familiares (problemas) no resueltos y resentimientos asociados.

9. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDA A PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO

El proceso de atención establece 3 estrategias prioritarias:

1. Desarrollar procesos de prevención del maltrato, negligencia y abandono
2. Fortalecer los mecanismos de detección
3. Fortalecer las redes de apoyo existentes para desarrollar procesos de atención acordes a las necesidades reales de las personas adultas mayores

9.1 DESARROLLO DE PROCESOS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO, NEGLIGENCIA Y ABANDONO

La prevención es la estrategia sustantiva para evitar que el maltrato se presente y en es este campo donde el Estado y las instituciones responsables deben desarrollar sus programas para generar actitudes positivas hacia las personas adultas mayores.

La prevención nos involucra a todos: profesionales, familiares, organizaciones sociales, de salud, judiciales, públicas, privadas y las personas adultas mayores.

Para el desarrollo de esta estrategia es necesario establecer objetivos para los diferentes niveles de prevención, este modelo se fundamenta en Malos tratos a las personas mayores: Guía de Actuación:⁶

Prevención primordial: Evitar la aparición y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a aumentar el riesgo de maltrato, negligencia y abandono.

Prevención Primaria: Evitar la aparición de casos nuevos, mediante el control de las causas y factores de riesgo.

Prevención secundaria: Reducir la prevalencia de maltrato, negligencia y abandono, con detección precoz de los casos ocultos e intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia.

Prevención Terciaria: Reducir el progreso o las consecuencias de las situaciones de maltrato, negligencia y abandono ya diagnosticadas, minimizando las secuelas y sufrimientos causados a las personas adultas mayores”.

9.2 FORTALECIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

Una de las estrategias prioritarias es la detección que permitan a los profesionales el entrenamiento adecuado para identificar correctamente los signos e indicadores del maltrato, negligencia y abandono de las personas adultas mayores, conocer los procedimientos para informar de un posible caso y saber a donde acudir para solicitar ayuda o apoyo en la atención.

Con fundamento en el Modelo de Intervención implementado del CEINAA, se considera necesario tener:

- Un protocolo para la detección, evaluación e intervención de los casos.
- Medios adecuados para diagnosticar y establecer la diferencia cuando las personas adultas mayores presentan lesiones, traumatismos, deshidratación, malnutrición, caídas frecuentes o refieren temor a permanecer con el cuidador
- Creer en la información que brinda la persona adulta mayor, familiar o cuidador que expone la situación.
- Disposición profesional y personal a valorar alternativas de atención y a utilizar el recurso y red de apoyo disponible.
- Capacitación al personal, técnico, profesional y administrativo de las instituciones que atienden a las personas adultas mayores para la atención oportuna.

⁶ Barbero Gutiérrez J, Barrio Cantalejo I, Gutiérrez González B y otros: (2005), IMSERSO.

Lo anterior considerando que la familia es el principal recurso de apoyo, cuidados y protección para la persona adulta mayor, sin embargo se debe sospechar que no siempre asume el rol de protección y atención e incurre en situaciones de maltrato, sin perder de vista que la atención del maltrato es una tarea y responsabilidad integral, interdisciplinaria e interinstitucional.

9.3 SERVICIOS DE APOYO EXISTENTES EN EL PAÍS

Costa Rica con la creación de la Ley de Violencia Doméstica # 7586, en su capítulo I, Disposiciones Generales, Artículo 1, Fines, establece como principio rector el principio del artículo #51 de la Constitución Política. “le corresponderá al Estado brindar protección especial a madres, niños, personas de sesenta años o más y personas discapacitadas, tomando en cuenta las situaciones específicas de cada uno.”

La Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor #7935 determina en su Título V procedimientos y sanciones, Capítulo Único, artículo #57, “para prevenir la violencia física, psicológica, patrimonial o sexual contra las personas adultas mayores, se aplicaran las medidas de protección y los procedimientos ordenados en el Ley contra la violencia doméstica, #7586, de 10 de abril de 1996. Estarán legitimados para solicitarlos, en especial representantes de las instituciones públicas y privadas encargadas de la atención a la persona adulta mayor, así como cualquier persona que conozca de estos abusos”.

Lo que establece como antecedente que los Juzgados de Familia, Juzgados de Violencia doméstica es recursos de apoyo inmediato para las personas adultas mayores víctimas de violencia intrafamiliar.

Sin embargo es en la Caja Costarricense del Seguro Social: Áreas de salud, clínicas, hospitales y principalmente el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes con el equipo CEINAA y trabajadoras sociales, quien asume la atención integral de las víctimas adultas mayores y establece las estrategias de coordinación con el CONAPAM para el apoyo en procesos de reubicación en hogares de ancianos, establece denuncias ante los juzgados de violencia doméstica.

En la siguiente tabla se registra el dato de instituciones públicas y privadas que brindan atención a las víctimas adultas mayores de abuso.

TABLA No.7
INSTITUCIONES QUE DESARROLLAN PROGRAMAS Y PROYECTOS DIRIGIDOS
A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Nombre	Programas de atención al maltrato/ actividad	Cobertura
Ministerio de Salud Pública	Ente rector en materia de Violencia Intrafamiliar. PLANOVI. Normas, Protocolos Habilitación y acreditación de Hogares, Albergues y Centros Diurnos de atención para Personas Adultas Mayores	Nacional
Caja Costarricense del Seguro Social - Afeas de Salud - Clínicas	Atención integral de la salud de las personas adultas mayores Promoción	- Nacional

- Hospitales Regionales - Hospitales nacionales - Hospitales Especializados	Prevención Atención Curación Rehabilitación Programa Nacional de Prevención de la Violencia. (PLANОВI) Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología.	
Poder Judicial: Juzgados de familia, Juzgados de Violencia Doméstica y de menor cuantía.	Atención de denuncias por violencia doméstica	Nacional
Consejo Nacional de Persona Adulta Mayor	Atención, orientación e información de víctimas de maltrato, negligencia y abandono. Ente rector en materia de envejecimiento y Vejez	Nacional
Ministerio de seguridad Pública. Delegaciones	Auxilio a las víctimas Notificación a ofensores.	Nacional
Instituto Nacional de la Mujer INAMU	Atención, orientación, contención e información a las víctimas. Atención de emergencias, línea 9-1-1.	Nacional
Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano. –FECRUNAPA.	Orientación, información y apoyo para reubicación institucional de víctimas.- Ente que afilia a los Hogares de Ancianos, albergues y centros Diurnos. Organizaciones de Bienestar Social.	Nacional
Asociación Gerontológica Costarricense.	Orientación e información	Nacional

10. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL APLICADO CON PERSONAS ADULTAS MAYORES ATENDIDAS POR EL CEINAA DEL HNGGDRRBC

10.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Se trabaja con un enfoque biosicosociolegal, es desarrollado por los profesionales de salud: Trabajo Social, Medicina, Psicología, Abogado y enfermería. El proceso contempla como punto de partida, identificar los indicadores de riesgo.

10.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Desde el punto de vista operativo se sigue el siguiente proceso:

Realizar valoración social de factores de riesgo de maltrato, negligencia y abandono. (Trabajo social)

1. Se evalúan factores de riesgo de abuso de manera integral mediante la utilización de protocolos definidos por Ministerio de Salud
2. Se define el plan de emergencia de protección a la víctima.
 - ✓ Intervención en crisis
 - ✓ Escucha, apoyo, orientación
 - ✓ Recopilar pruebas y registrarlas
 - ✓ Coordinar ingreso de la persona adulta mayor al hospital de área de atracción, para protección, en caso de estar en riesgo de muerte principalmente por negligencia, abuso físico o sexual.
3. Definir un plan de atención integral para la protección del adulto mayor.(equipo de Hospital o clínica)
4. valoración integral biosicosociolegal de la situación, recopilar pruebas

5. Valorar las redes de apoyo familiar, comunal o institucional para coordinar acciones de protección, Juzgados de Violencia Doméstica y red de apoyo institucional.
6. Orientar e informar a familiares, red de apoyo y paciente sobre los procedimientos a realizar por el profesional y por el equipo
7. Informar sobre la Ley de violencia Doméstica y Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor.
8. Informar y dar apoyo legal para solicitar medidas de protección.
9. Contención, empoderamiento, atención a la víctima y a la red de apoyo.
10. elaboración de informe integral para las gestiones de Solicitud de medidas de protección, ante la Sede Judicial de competencia.
11. Soporte, orientación e información a la víctima y red de apoyo para la comparecencia, donde se ratifican las medidas de protección según ley de violencia doméstica.
12. Terapia psicosocial individual a la víctima y familia o cuidador principal, para promover protección, apoyo y cuidado necesario.
13. Sesiones integrales para definir responsabilidad y organización en el proceso de atención domiciliar de la víctima. Se establecen acuerdos de familia y se firman documentos soci legales de responsabilidad familiar en el proceso de cuidados y protección para el adulto mayor.
14. Educación integral para la atención de la persona mayor en el domicilio, con el fin de disminuir factores de maltrato, negligencia y abandono.
15. Seguimiento social, al adulto mayor y red de apoyo familiar y comunal de cuidado.

11. PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO EXISTENTES PARA DESARROLLAR PROCESOS DE ATENCIÓN, ACORDES A LAS NECESIDADES DE LOS (AS) USUARIOS (AS)

Las redes de apoyo existentes en nuestro país deben orientar sus esfuerzos a hacer efectivo el bienestar y la calidad de vida de las personas adultas mayores.

El lema de “el adulto mayor debe permanecer en su familia y comunidad”, debe ser un objetivo prioritario de la prevención. Es allí en la comunidad donde la atención debe llegar, lo que favorece la permanencia en su entorno habitual.

A continuación se detallan algunos servicios que requieren crearse o fortalecerse, cuya utilización potencia la autonomía de las personas adultas mayores y puede evitar situaciones de riesgo de maltrato, negligencia o abandono.

- Clubes para personas adultas mayores
- Centros Diurnos: para fortalecer la funcionalidad, física, psíquica y social del adulto mayor independiente
- Servicios de atención en salud a domicilio, para los adultos mayores enfermos y con limitaciones de recursos de cuidado
- Voluntariados en comunidad, que apoyen al adulto mayor que vive solo
- Centros de Día para personas dependientes, donde se fortalezca las funciones físicas, sociales y psíquicas

- Programas de residencias temporales: para brindar protección a los adultos mayores en riesgo de maltrato, y permita la atención interdisciplinaria del adulto mayor.
- Servicios de prestaciones económicas para las familias cuidadoras de las personas adultas mayores en su domicilio.
- Servicios de institucionalización permanente: Hogares de Ancianos y Albergues. Donde se le brinde la atención integral, asistencia y continua a las personas mayores que no tienen donde vivir, por situaciones económicas, vivienda y de salud que le generan dependencia total.
- Servicios de asesoría legal para las personas adultas mayores

BIBLIOGRAFÍA

📖 Allen Flores P, Rojas Espinoza M, Salas Martínez J. (2005) Violencia. Un Problema de Salud Pública. Ministerio de Salud, Costa Rica.

📖 Arce Moya S. Solano López M. (2004) Como Incide el Conocimiento de los Funcionarios Judiciales en la Aplicabilidad de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y la Ley Contra la Violencia Doméstica. UNED. Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades, Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar

📖 Asamblea Legislativa. (1996. Ley Contra la Violencia Doméstica #7586. INAMU, San José, Costa Rica.

📖 Asamblea Legislativa. (1999), Ley para la persona Adulta Mayor y su Reglamento. Ley # 7935. CONAPAM, San José, Costa Rica.

📖 Barbero Gutiérrez J, Barrio Cantalejo I, Gutiérrez González B y otros: (2005), Malos Tratos en la Persona Mayor: Guía de Actuación. IMSERSO, Madrid, España.

📖 Brenes Zumbado Yolanda y Martínez Muñoz Jeannette. (2007). Intervención. Retos y Desafíos en el Proceso de Intervención Social con Personas Adultas Mayores Víctimas del Síndrome del Maltrato y Atendidas en el Ámbito Hospitalario. Memoria del IV Congreso Internacional y VII Nacional de Trabajo Social. Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica, San José. Setiembre

📖 Decalmer P & Glendenning. (1993). El maltrato a las Personas Mayores” Editorial Paidós, Barcelona.

📖 Jiménez S. (1994) Análisis de Casos atendidos en Trabajo Social, desde

1986 a 1990. Trabajo Social HNGG-BC, San José, Costa Rica.

📖 Jiménez S., Martínez J., Parks M, Román G. (1997) Guía de Abordaje para la detección y el tratamiento del Abuso en contra de las Personas Mayores. CEINAA, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. C.C.S.S.

📖 Jiménez Sandra,(1998) Las Personas mayores y el Abuso. Estudio realizado Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. C.C.S.S. San José, Costa Rica.

📖 Jiménez Sandra,(2004). Consejo Nacional Para la Persona Adulta Mayor: Propuesta Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Agredida y / o Abusada. Costa Rica.

📖 MacMahon. M.D.P.H Pugh Tomas M.D.M.P.H. (1975) Principios y Métodos de Epidemiología. Editorial Fournier. México. D. F.

📖 Martínez J. & Fajardo Informe Cuantitativo de casos atendidos en el CEINAA Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. C.C.S.S. desde 1997 al 2003. San José, Costa Rica.

📖 Martínez J. & Parks M. (1999). Resultados de Investigación: Factores de Riesgo de Abuso en personas Mayores que viven solas y Acompañadas. Universidad de Costa Rica. Maestría Profesional en Gerontología.

📖 Martínez Muñoz J. (2005) CEINAA, Modelo de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. I Foro Internacional Derechos Humanos y Envejecimiento. Brasil, Brasilia.4,5 y 6 diciembre.

📖 Martínez Muñoz Jeannette, Parks Jones Marianela, Román Garita Norbel, y otros: (2004) Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado: Modelo de Atención Integral del Abuso en Costa Rica. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. CCSS.

📖 Ministerio de Salud. Bolaños Sánchez, Pacheco Soto, Rojas Sánchez. (2004) Estado de Salud de la Persona Adulta Mayor. Imprenta Nacional. San José, Costa Rica.

📖 Ministerio de Salud, Costa Rica (2001) Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar..

📖 Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (2002) Protocolo de Vigilancia de la violencia Intrafamiliar y el Abuso Extrfamiliar. San José , Costa Rica.

📖 Molina L & Romero S. Cristina (2001) "Modelos de Intervención Asistencial, Socioeducativo y Terapéutico en Trabajo Social. Editorial Universidad de Costa Rica, San José.

Morales Martínez F. (2005) Abuso y Maltrato en el Anciano: Experiencia en 800 Casos, Costa Rica. Medwave. Año 5, No. 2, Edición Marzo 2005. Derechos Reservados.

📖 ONU (2002) Consejo Económico Social. El Maltrato en las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. New York.

📖 OMS- CIG: Morales Martínez Fernando, Jiménez Rodríguez Sandra.(2005) Informe Final de Costa Rica: Respuesta Global al Maltrato de las Personas Adultas Mayores, Incluyendo la Negligencia. Capacitación a los Servicios de Atención Primaria para el Abordaje de un Problema Global.

📖 OPS , OMS: (1995) "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud". Décima revisión, Washington DC, EUA

📖 OPS, OMS, (2003) 44^o. Consejo Directivo , 55^a. Sesión del Comité Regional. Repercusión de la Violencia en la Salud de las Poblaciones Americanas. Washington, D.C. del 22 al 26 de setiembre, 2003.

📖 Trabajo Social HNGG-BC (1995) Registros estadísticos de Casos atendidos en Trabajo Social por abandono, entre 1990 y 1995.

📖 UNA. Instituto de Estudios Sociales de Población. (2005) Revista Aportes # 4. Población Adulta Mayor: Experiencia y Sabiduría en Nuestro Presente. Heredia, Costa Rica.

📖 Wolf Rosalie S. (1994) Maltrato del anciano. En La atención de los: un desafío para los años noventa. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica #546. Editores: Azola Elias, Galinsky David, Morales M. Fernando, y otros

📖 Zolotow David (2002) Los Devenires de la Ancianidad. Editorial Lumen Humanitas, Buenos Aires, Argentina.