

CAPÍTULO 10

Maltrato y negligencia: necesidades de protección

El maltrato y la agresión contra las personas adultas mayores se manifiestan de maneras muy diversas que van desde el plano psicológico, patrimonial y la negligencia en su atención, hasta la violencia física y sexual. Si bien es cierto en Costa Rica se ha evidenciado el tema del maltrato, negligencia y abandono contra las personas adultas mayores desde la década de 1970, aún en la actualidad la información para documentar y analizar en profundidad esos casos tiene serias limitaciones.

La complejidad del asunto, incluso al momento de definir o delimitar lo que se entiende por maltrato deriva, en buena parte de los casos, en un subregistro u ocultamiento involuntario de su magnitud. Esta situación se da principalmente en las instancias de atención en salud no especializadas, en las que no es extraño que se diagnostique una serie de patologías a personas de avanzada edad, sin tomar en consideración que su situación es una manifestación de maltrato.

Diversas instituciones estatales brindan algún tipo de atención a las personas mayores de 65 años víctimas de agresión. No obstante, a excepción del abordaje que ofrece el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, persiste la ausencia de protocolos estandarizados que permitan una óptima detección, prevención y atención de las situaciones de violencia que sufren las personas adultas mayores. Esta carencia conlleva, por consiguiente, dificultades al pretender estudiar el tema con un mayor detalle y profundidad.

La situación descrita deja en claro la necesidad de asumir los desafíos que siguen vigentes, como la articulación de esfuerzos por parte de aquellas instancias que atienden el problema, la implementación de instrumentos estandarizados para fortalecer real y efectivamente la identificación y detección oportunas de las situaciones de maltrato, así como la atención y prevención de un problema que se ha acentuado en años recientes.

Un problema complejo de definir

En general, se reconoce que la definición del maltrato es en sí el primer problema para desarrollar la atención y poner en práctica acciones específicas (Iborra, 2005). De igual modo, resulta complicado el establecimiento de un concepto unívoco del problema. No obstante, para efectos de este informe se ha recurrido a aquellas definiciones y orientaciones teóricas más reconocidas y frecuentemente aplicadas tanto en el ámbito nacional como internacional. Estas se sintetizan a continuación.

Una de las primeras definiciones, elaborada por Rosalie Wolf, (1988), refiere que -en el caso de las personas adultas mayores- el maltrato o el 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 los derechos humanos y disminución de la calidad de vida del adulto mayor"* (citado por Jiménez, 1998).

La Red Internacional para la Prevención del Abuso contra el Anciano (INPEA) 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"* (OMS, 2002). Esta definición ha sido acogida por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Toronto.

En el contexto costarricense, la Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor (N.º 7935), en su Capítulo II, 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"* (Asamblea Legislativa, 1999).

El maltrato y el abuso contra este grupo etario son formas incuestionables de violencia y, por tanto, un problema de salud pública (Allen, et al, 2005). Estos se reproducen de diversas formas y ampliamente en el ámbito intrafamiliar, espacio en el que esas manifestaciones son dirigidas hacia las personas que son percibidas como más débiles y en posición de desventaja, máxime cuando median factores como la edad, el género, nivel de dependencia y capacidad de autocuidado, entre otras (Corazzari y Taylor, 1998). Sus diversas manifestaciones tienen consecuencias y derivaciones tanto en el ámbito personal, como en el familiar y social.

El abuso y el maltrato no pueden asociarse particularmente con grupos étnicos o socioeconómicos, dado que toda persona en condiciones de vulnerabilidad es víctima potencial, y cualquier persona, sin distinción de posición socioeconómica o nivel académico, podría ser eventualmente ofensora.

Existen diversos factores que pueden exponer a las personas adultas mayores al maltrato. Entre ellas se encuentran la dependencia de otras personas para sus acciones cotidianas, o la falta de autonomía económica.

El contar con el apoyo de una persona que les atienda no las aleja de las posibilidades de ser agredidas; por el contrario, en buena parte de los casos de agresión se ven involucradas las personas que tienen a su cargo el cuidado de esas personas mayores. La condición de desventaja que socialmente deben afrontar las mujeres a lo largo de su vida se acentúa en las adultas mayores, puesto que, en la mayor cantidad de casos de maltrato registrados, son ellas quienes se ven perjudicadas.

La edad es uno de los principales factores asociados a la vulnerabilidad de las personas. Los casos de agresión contra la población adulta mayor se concentran en aquellas que tienen entre 70 y 89 años.

El maltrato y el abuso son una realidad de larga data en Costa Rica

En Costa Rica la temática de abuso y maltrato se empezó a identificar en la década de 1970, asociada principalmente al abandono (Martínez, et al, 2004). Ya en los años noventa se marca un cambio considerable 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, logró fortalecer el diagnóstico y tratamiento social, lo que permite crear un perfil de la persona adulta mayor en condición de abandono e identificar aspectos sociales de abuso y maltrato.

Desde 1994, se identificaron una serie de características de las personas adultas mayores hospitalizadas, que ha permitido que el hospital defina como factores de riesgo de abuso los elementos que se mencionan a continuación: 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 y las cuidadoras, 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 de la persona adulta mayor.

Estos factores son incorporados en los protocolos de valoración integral y posibilitan a los profesionales en medicina, trabajo social, psicología y enfermería diagnosticar y documentar el maltrato, la negligencia y el abandono. Como resultado de este proceso se sabe que un segmento considerable de las víctimas de abandono vive con otras personas, en su mayoría hijos, hijas, cónyuges, nietos y nietas, o al menos tiene relación con algún pariente, mientras que la minoría vive completamente sola.

De igual modo, se ha determinado que el tipo de maltrato que más reportan las personas adultas mayores es

psicológico, seguido por el patrimonial y el físico, lo que consigna en mucha menor medida las agresiones sexuales.

Este proceso también ha hecho evidente que, a pesar de contar con servicios de atención clínica e instrumentos legales para la protección de las víctimas, como la Ley contra la violencia doméstica (N.º 7586), o la Ley Integral de la persona adulta mayor (N.º 7935), el avance hacia una solución efectiva de este problema ha resultado insuficiente, por cuanto no se ha logrado articular ni estandarizar acciones de manera sostenida entre las instancias judiciales, de salud y sociales en general, tanto públicas como privadas.

No existe información exhaustiva del problema en el país

La cantidad y exhaustividad de información sistematizada y actualizada tiene serias limitaciones en cada una de las instancias que brindan atención a las personas adultas mayores víctimas de maltrato. Esto impide realizar una valoración más profunda.

En el plano hospitalario, la mejor información que existe para documentar la existencia de maltrato a la población adulta mayor es la que se recopila en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. En este existe el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CEINAA).

Allí se utiliza el protocolo de valoración integral definido como ente especializado, aportado para las normas nacionales de atención en salud de la persona adulta mayor y elaborado por el Ministerio de Salud y la 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).

Existen otros esfuerzos en esta línea, como el Instituto Nacional de

las Mujeres (INAMU), la línea de emergencias 9-1-1, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y la Defensoría de los Habitantes de la República (DHR). No obstante, se desconoce en el país la magnitud del problema, en primer lugar, por la falta de investigaciones; en segundo lugar, porque aún en aquellas instituciones en que se prestan servicios de salud, no se cuenta 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. A esta situación se suma el silencio que muchas personas adultas mayores prefieren guardar sobre el tema, ya que no están dispuestas a admitirlo ni a señalar a los ofensores y a las ofensoras, que, por lo general, son parte de su familia.

Morales y Jiménez (2005) indican en el informe final "Respuesta Global al Maltrato de las Personas Adultas Mayores, incluyendo la Negligencia", que en el país "no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de víctimas de abuso o abandono". Esta realidad no ha variado significativamente, máxime que el país no cuenta con un registro único y sistemático de los casos de maltrato que se dan en el país y que son atendidos por diferentes instancias estatales.

A pesar de que desde finales de la década de los noventa en el país se ha hecho evidente la existencia de este problema, Jiménez (1998) plantea que el maltrato es un problema caracterizado por la invisibilidad y el amplio subregistro. La CCSS cuenta con información de casos estudiados e investigados por profesionales en Trabajo Social y equipos de salud del CEINAA, por lo que se han logrado reconstruir las características y el comportamiento de las

situaciones de maltrato y abandono atendidas en los últimos 10 años. Se reconoce que los datos son a pequeña escala, por cuanto no se dispone de registros y protocolos de atención homogéneos.

El subregistro del maltrato es mayor entre las personas adultas mayores

Si se comparan las frecuencias de casos detectados en el Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, es probable que los datos reportados en el Programa de Vigilancia Epidemiológica de la CCSS, según diagnóstico de egreso hospitalario, subregistren el diagnóstico de maltrato en la población adulta mayor. Esta situación se ilustra en el cuadro 10.1, en el que se aprecia la marcada diferencia entre los casos de síndrome de maltrato diagnosticados en el año 2006 a personas menores de 65 años, mientras que los casos reportados en personas adultas mayores significan, aproximadamente, el 6% del total registrado en ese año.

Esta información refleja que los reportes de adultos mayores atendidos a causa del síndrome del maltrato en servicios de hospitalización ajenos al Hospital Blanco Cervantes, consulta externa, urgencias y comunitarios, no llegan al Departamento de Estadísticas de Salud como principal diagnóstico de atención, pero se reportan otros diagnósticos de problemas de salud CIE-10.

Cuadro 10.1: Egreso hospitalario por síndrome de maltrato según grupos de edad y sexo CCSS (2006)

Síndrome del maltrato	Hombres		Mujeres	
	Menos de 65	65 y más	Menos de 65	65 y más
Negligencia o abandono	29	8	30	8
Abuso físico	64	1	46	0
Abuso sexual	56	0	10	0
Abuso psicológico	7	0	2	0
Otros	34	1	20	1
Total	190	10	108	9

Fuente: Martínez 2008, con base en datos del Departamento de Estadísticas de Salud, CCSS.

Cuando existe un protocolo la detección es mayor

Por su carácter de Hospital Nacional especializado en la atención de personas adultas mayores, el de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes implementa un protocolo de diagnóstico, mediante el cual los profesionales en medicina, trabajo social, psicología y enfermería valoran la situación integral de los pacientes que se atienden en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa del centro hospitalario.

A todas las personas adultas mayores atendidas en este centro hospitalario se les aplica una valoración cuadrifuncional, es decir, médica, social, psíquica y funcional. Mediante este conjunto de procedimientos logran determinar la existencia o no de maltrato, negligencia y/o abandono.

El CEINAA ha documentado y registrado estadísticamente, según los parámetros establecidos por la OPS (1995), la atención de estos casos desde el año 1997, cuando se inició la intervención de casos por maltrato en sus múltiples formas: físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia y abandono. Esta información se detalla en el cuadro 10.2.

Si se compara el total de adultos mayores con diagnóstico de maltrato con respecto al total de Ingresos del Hospital Blanco Cervantes, se nota que en los últimos años los casos de maltrato han sido detectados en alrededor de la cuarta parte de los ingresos en el centro médico. Si se toma en cuenta que este hospital atiende tan solo a una parte de los adultos mayores que acuden a los servicios de salud, es probable que las dimensiones de este problema en el país sean mayores, pero no se están detectando adecuadamente.

Al considerar el año 2006 -último del que se tienen datos- sobresalen como los tipos de maltrato mayormente detectados la negligencia y el abandono. Ambos sumando alrededor del 54% de los casos, seguidos por el psicológico y, en menor medida, el patrimonial (cuadro 10.3).

Cuadro 10.2: Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes: casos de maltrato atendidos por año, según sexo (1997-2006)

Año	Total	Mujeres	Hombres
1998	195	146	49
1999	262	183	79
2000	309	229	80
1997	192	138	54
2001	364	269	95
2002	280	212	68
2003	494	331	163
2004	613	410	203
2005	672	463	209
2006	680	391	289

Fuente: Martínez, 2008, con base en datos de registros Estadísticos Trabajo Social - CEINAA.

Cuadro 10.3: Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes: casos de maltrato atendidos, según tipo de maltrato, por sexo (2006)

Tipo de maltrato	Total	Hombres	Mujeres
Negligencia	182	64	118
Abandono	186	112	74
Psicológico	156	52	104
Patrimonial	102	42	60
Físico	54	19	35
Sexual	0	0	0
Total	680	289	391

Fuente: Martínez, 2008, con base en datos de registros estadísticos Trabajo Social - CEINAA, 2006. (JMM).

Las manifestaciones de maltrato y sus consecuencias son muy diversas

Los elementos que se describen a continuación constituyen las principales manifestaciones de abuso y maltrato contra las personas adultas mayores. Estas formas de maltrato, sus principales características y consecuencias, son incluidas en los protocolos de valoración integral del CEINAA para determinar la existencia del problema en la persona adulta mayor que se valora en su servicio.

Abuso físico

Es *"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"* (Corazzari y Taylor, 1998). Entre los indicadores físicos considerados se incluye: golpes, quemaduras, manejo físico áspero, empujones y sujeciones contra la voluntad de la víctima.

Como parte de las formas en que se manifiesta están los accidentes frecuentes, cicatrices, golpes, síndrome de la sacudida, fracturas, quemaduras y empujones. Sus principales consecuencias son de carácter físico, a saber politraumatismos, quemaduras, heridas, laceraciones y pérdida funcional. No obstante, también se registran consecuencias emocionales de consideración, tales como cambios de conducta, baja autoestima, descuido personal, aislamiento y pérdida de control.

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, sobreposisividad (sic), 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"* (Corazzari y Taylor, 1998).

En este caso, algunas de las formas en que se manifiesta el abuso psicológico son la intimidación, manipulación, amenazas, rechazo, insultos, críticas, ignorar a la persona

adulta mayor, infantilización, acoso verbal, aislamiento físico y emocional, así como cualquier otro comportamiento que cause temor en la persona adulta mayor. No es extraño que este tipo de maltrato se dé simultáneamente con abuso físico y negligencia o descuido.

En lo que respecta a las consecuencias emocionales, son características el miedo, la ansiedad, depresión, agresividad, problemas de sueño, ideas suicidas y deambulación. De igual modo han de considerarse secuelas de orden físico, entre las que se registran principalmente el riesgo de malnutrición y deterioro de enfermedades crónicas.

Abuso sexual

Se considera en este ámbito toda aquella *"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"* (Corazzari y Taylor, 1998).

El abuso sexual suele manifestarse a través de acoso sexual, palabras obscenas, gestos y manoseos, así como exhibición de genitales y exposición a pornografía.

Al igual que en los casos anteriormente indicados, también se suscitan efectos de orden físico y emocional. Entre los primeros se dan lesiones y cicatrices en el área de los genitales, problemas ginecológicos, además de infecciones. En el plano emocional las víctimas suelen experimentar sentimientos de culpa, miedo a la muerte, dependencia, aislamiento e impotencia y desconfianza.

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”* (Corazzari y Taylor, 1998).

Entre los elementos distintivos de este tipo de abuso se encuentra la sustracción de documentos, falsificación de firmas, retención de pensiones o ayudas, así como la venta de propiedades y el abuso de los poderes legales otorgados por parte de personas adultas mayores.

A pesar de que el daño infligido contra las víctimas es de corte material, esto no impide que haya también consecuencias físicas, entre las que sobresale el descuido en la salud, además del agravamiento de las enfermedades crónicas que padecen las personas objeto de abuso. De igual modo, las secuelas se hacen sentir emocionalmente, y suelen evidenciarse por medio de depresión, cambio de conductas, pobreza y desconfianza. Incluso, clínicamente puede llegar a diagnosticarse el síndrome de desesperanza.

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” (Corazzari y Taylor, 1998).

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.

Previsiblemente, ante situaciones de este tipo, suelen registrarse las diversas consecuencias tanto físicas como psicológicas o emocionales que se han mencionado en los otros tipos de abuso abordados.

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.

Conforme aumenta la edad y la condición de dependencia, se incrementan los casos de maltrato

Aproximadamente un 90 por ciento de los casos de maltrato, negligencia y abandono detectados entre personas mayores de 60 años en el Hospital Blanco Cervantes ocurren a mayores de 70 años, y casi un 50 por ciento les sucede a mayores de 80 años.

En general, el registro de casos muestra que, al incrementarse la edad de las personas adultas mayores, aumenta también el riesgo de que se enfrenten a situaciones de maltrato (Brenes y Martínez, 2007). Asimismo, entre los casos detectados, se ven

más afectadas las mujeres, principalmente aquellas con edades entre los 80 y 84 años. No obstante, la avanzada edad es solo uno de los factores que acercan a las personas adultas mayores a situaciones de abandono y maltrato.

La capacidad funcional y el grado de dependencia en que se encuentran las personas adultas mayores también se hallan asociados al maltrato, negligencia y abandono. Para determinar la presencia de estos elementos en los pacientes que acuden al Hospital Blanco Cervantes, los y las profesionales a cargo llevan a cabo una valoración funcional de sus pacientes.

Este procedimiento consiste en una evaluación de las funciones físicas, sociales y psíquicas, así como la habilidad para vivir de manera independiente en su medio ambiente. No obstante, se sabe que el contar con un cuidador o cuidadora no exime a la persona adulta mayor del riesgo de sufrir algún tipo de agresión.

El CEINAA, por ejemplo, reporta que, de los casos atendidos durante el 2006, un 54% de los pacientes dependían totalmente de otras personas, mientras que quienes eran parcialmente autónomos llegaban al 40%, y los totalmente independientes tan solo al 5% de los casos atendidos por esa instancia (Brenes y Martínez, 2007).

Además de la dependencia física, se debe considerar la capacidad cognitiva y para la toma de decisiones de las personas adultas mayores, debido a que esta condición puede generar dependencia de los cuidadores y las cuidadoras. El estudio de los casos atendidos durante 2006 refleja que un 22% de las personas presentó algún tipo de demencia, un 22% deterioro cognitivo que va desde leve hasta severo, y un 58% no presentaba ninguna alteración en sus capacidades cognoscitivas (Brenes y Martínez, 2007).

A la situación de dependencia física y cognitiva de las personas adultas mayores se liga un elemento que agrava la condición de riesgo de

sufrir maltrato o abuso: su condición económica. Entre los pacientes atendidos por el CEINAA en 2006 sobresale que un 32% (218) de las personas atendidas no contaba con ingresos económicos, mientras que un 31% (211) disponía de un subsidio del Régimen No Contributivo (RNC), un 29% (197) contaba con pensión por invalidez vejez y muerte, mientras que un 8% (54) adujo tener ingresos propios (Brenes y Martínez, 2007).

Con base en estos y otros datos el CEINAA elaboró un perfil de las víctimas de maltrato, así como de los principales elementos que caracterizan a los cuidadores y las cuidadoras de esos pacientes.

Es necesario homologar el registro de casos de maltrato en el país

Si bien instituciones estatales como el INAMU, la Defensoría de los Habitantes de la República (DHR) y el CONAPAM reciben denuncias por parte de personas adultas mayores que son víctimas de maltrato y violencia, sus sistemas de registro son diferentes entre sí, puesto que en cada una de ellas se sistematizan los datos de acuerdo con las características y los objetivos de cada institución.

En el caso de la línea telefónica de emergencias 9-1-1, su base de datos registra únicamente denuncias de violencia o agresión según sexo (mujer-hombre) y le asignan el código 107 ó 109, respectivamente. Adicionalmente se toma nota de la provincia de la cual procede la denuncia. De acuerdo con los protocolos vigentes en la línea de emergencias, las denuncias son atendidas vía telefónica por profesionales, se brinda asesoría, orientación, intervención en crisis, se coordina con la policía, o se remiten los casos a los servicios de Trabajo Social de la CCSS en las áreas de salud, clínicas u hospitales para la atención, investigación e intervención.

Adicionalmente, por medio de la línea 9-1-1 el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) brinda atención a los casos de violencia en contra de las personas

Recuadro 10.1: Perfil de personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono y sus cuidadores y cuidadoras

A nivel mundial se carece de estudios con un diseño adecuado para identificar factores de riesgo (Iborra, 2005; OMS, 2003). No obstante, con base en la información del expediente clínico y la valoración integral e intervención de los casos atendidos por el CEINAA durante 2006, se identificaron una serie de características comunes de las personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono.

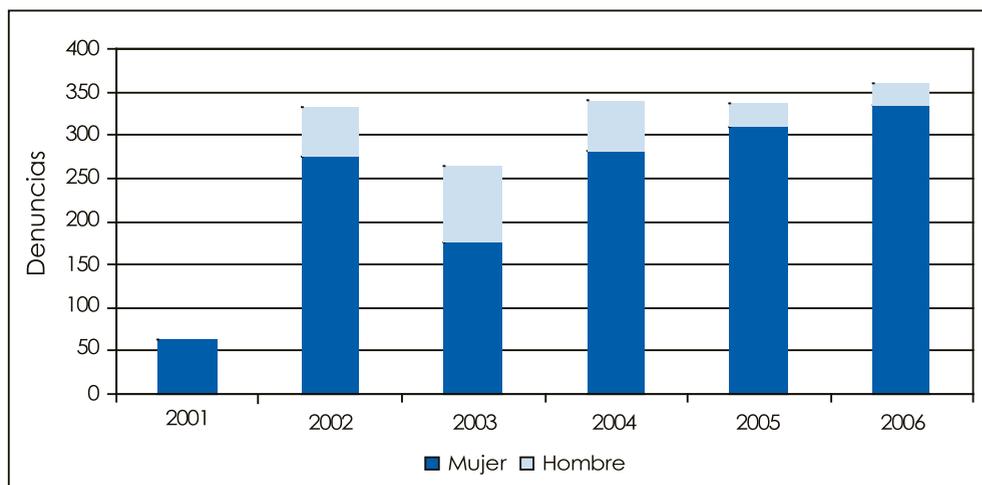
- Persona adulta mayor de 75 años y más.
- El sexo femenino representa un 70% de los casos.
- Deterioro cognitivo (pérdida de memoria, limitada capacidad para tomar decisiones y cuidarse por sí solo) de la persona adulta mayor.
- Dependencia funcional en actividades de vida diaria básicas e instrumentales (desplazamiento, baño, vestido, alimentación, asistencia a citas medicas, ingesta de medicamentos, arreglo personal).
- Sentimientos de soledad, aislamiento social de la persona adulta mayor (no tiene comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza, está sola).
- Dependencia emocional de la persona adulta mayor con el ofensor o la ofensora (siente que necesita hijo o hija, nieto o nieta para vivir).
- Depresión en la persona adulta mayor en proceso de duelo (tristeza por viudez, pérdida de un ser querido, otras pérdidas).
- Depresión en el cuidador o cuidadora.
- Sobrecarga del cuidador o cuidadora (única persona asume el cuidado y atención de las necesidades de la persona mayor y no hay apoyo de la familia.)
- Dinámica familiar conflictiva (controla todo, responde por la persona mayor, rechazo o agresividad del acompañante o familiar).
- Problemas de farmacodependencia del ofensor u ofensora (hijo (a) nieto (a), cuidador (a), consumo de alcohol y/o drogas).
- Incapacidad mental o intelectual del cuidador o la cuidadora principal.
- Historia familiar de violencia intrafamiliar de larga data.

Fuente: elaborado por el Comité de estudio integral del anciano y agredido y abandonado (CEINAA), Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. (2006)

adultas mayores, sean hombres o mujeres. Como lo ilustra el gráfico 10.1, el registro de denuncias recibidas por medio de estas instancias, revela un

aumento con una tendencia sostenida en los últimos años, siendo una vez más las mujeres quienes acuden en mayor número.

Gráfico 10.1: INAMU: denuncias vía 911 por agresión contra personas adultas mayores según sexo (2001-2006)



Fuente: Martínez, 2008, con base en datos de la línea de emergencia 9-1-1

Cuadro 10.4: Datos de denuncias por maltrato contra personas adultas mayores atendidas en el CONAPAM en el año 2006, según tipo de maltrato y sexo

Tipo	Total	Hombres	Mujeres
Otros	47,3	44,8	49,3
Abandono y negligencia	18,8	22,5	15,9
Psicológico	12,5	10,5	14,0
Institucional	6,1	6,1	6,1
Físico	3,0	3,8	2,4
Indigentes	2,0	3,6	0,8
Sexual	0,2	0,1	0,3
Total de casos	1759	773	986

Fuente: Martínez, 2008, con base en datos aportados por CONAPAM al 2006

La Defensoría de los Habitantes informa que se carece de una base de datos de los casos, puesto que su ámbito de competencia institucional no le faculta para la atención directa de asuntos de esta índole. No obstante, en la DHR se le brinda la guía, orientación y referencia hacia las instituciones competentes, a quienes consultan sobre el particular.

De igual modo, el CONAPAM cuenta con un registro de denuncias ante casos de maltrato contra personas adultas mayores. En el 2006, entre las principales manifestaciones de violencia destacaron el abandono, las agresiones psicológicas, así como el abuso patrimonial e institucional. Esta clasificación de los tipos es incompleta en tanto se

basa en la mitad de las denuncias recibidas; para el resto no existe una denominación precisa del tipo de abuso (cuadro 10.4).

Si bien existe amplia evidencia para documentar variadas formas de maltrato, negligencia y abandono de las personas adultas mayores en todo el país, la ausencia de una forma estandarizada de registrar los casos impide tener certeza sobre su alcance y distintas manifestaciones. En los países en que existen programas que dan respuesta a escala nacional a este problema, se cuenta con sistemas de notificación y referencia. Esta primera etapa promueve la formulación y ejecución de estrategias nacionales que existen en diversos países (OMS, 2003).

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Martínez, Jeannette y Brenes, Yolanda. 2008. Maltrato, negligencia y abandono de las personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En el taller sobre este tema participaron:

- Karen Brenes Villalta (Z.V. Interacción), Yolanda Brenes Z. (HRBC-CCSS), Vera Violeta Chávez (ASPHAL), Luis E. Corrales (HRBC-CCSS), Claudia Corrales (Casa Presidencial), Adrián Díaz Aguirre (EDJA-MEP), Zaida Esquivel (AGE-CO), Enrique González Roldán, Erick Hess Araya (MIVAH), Miguel Jonel (HRBC-CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Fernando Morales Martínez (HRBC-CCSS), Edgar Muñoz Salazar (CONAPAM), Katzy O'neal (ODI-UCR), Marisol Rapso (PIAM-UCR), Rodolfo Rojas Ramírez (CONAPAM), Patricia Rosés, Adriana Sancho (PIAM-UCR), Zulema Villalta Bolaños (Z.V. Interacción).

Se agradecen los comentarios de:

- Mabell Granados, Erick Hess Araya, Cleidy Monge, Fernando Morales Martínez, Lilliana Picado y Patricia Sedó Masís

Se agradece la colaboración de:

- Yolanda Brenes
- Equipo del CEINAA , Hospital Blanco Cervantes
- Fernando Morales
- Rossy Zúñiga (Defensoría de los Habitantes)
- Enrique González
- Sandra Jiménez

La edición del capítulo estuvo a cargo de:

- Karen Masís Fernández y Arodys Robles.

V. Indicadores de seguimiento de la situación de la persona adulta mayor



