



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CÁTEDRA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Abordaje del diagnóstico del abuso en el adulto mayor, para la identificación de las mejores recomendaciones implementables en el sistema de salud costarricense.

ESTUDIANTE

María Gabriela Calderón Vargas

Tutor

Dr. Giancarlo Jiménez Alfaro

2025

Resumen

La población adulta mayor se caracteriza por una combinación de experiencia acumulada y vulnerabilidades que aumentan con el envejecimiento. A partir de los 60 años, las personas experimentan cambios biológicos naturales como el deterioro celular, la disminución de capacidades físicas y mentales, pérdida de masa muscular, fragilidad cutánea, disminución de la agudeza visual y auditiva, problemas de equilibrio y mayor dependencia funcional. Estos cambios no ocurren igual en todos, pues cada persona envejece a un ritmo distinto condicionado por factores genéticos, ambientales y sociales.

En este grupo etario, una preocupación creciente es la presencia de diversas formas de abuso. El daño físico puede manifestarse en golpes, quemaduras, sacudidas, empujones y lesiones que no concuerdan con la historia clínica, así como hematomas de diferente evolución en lugares inusuales. El abuso psicológico incluye humillaciones, amenazas, infantilización, gritos y conductas que afectan emocionalmente al adulto mayor, evidenciado por miedo, evasión, irritabilidad o necesidad de aprobación del acompañante para responder. La negligencia —una de las formas más frecuentes— consiste en la omisión de cuidados esenciales como alimentación, higiene, administración de medicamentos y atención médica adecuada. Otras manifestaciones incluyen la explotación económica, el maltrato institucional y la privación ilegal de la libertad.

Diversos factores incrementan la vulnerabilidad de estas personas. Entre los elementos de riesgo se encuentran la dependencia funcional, la presencia de múltiples enfermedades crónicas, trastornos cognitivos como demencia, dificultades sensoriales, depresión, soledad, bajo nivel socioeconómico, ausencia de redes de apoyo y condiciones precarias de

vivienda. De igual forma, el agresor suele presentar factores asociados como sobrecarga emocional, estrés financiero, consumo de sustancias, dependencia económica del adulto mayor o antecedentes de conflictos familiares.

El envejecimiento poblacional es una tendencia mundial que también se refleja en Costa Rica. El número de adultos mayores ha aumentado significativamente y continuará creciendo en las próximas décadas, proyectándose que para 2050 casi una cuarta parte de la población tendrá 65 años o más. Este incremento supone mayores desafíos para la atención integral y un aumento en los casos reportados de violencia. Estudios recientes indican que un porcentaje elevado de personas mayores en el país ha experimentado violencia verbal, física o sexual, siendo la verbal la más frecuente y a la vez la más difícil de detectar.

Aunque existen leyes que buscan proteger los derechos de las personas adultas mayores y sancionar el abandono y otras formas de abuso, persisten limitaciones en su aplicación y en los mecanismos de intervención. La falta de protocolos claros dentro del sistema de salud y la necesidad de personal capacitado dificultan la detección temprana y el abordaje adecuado de estos casos. Comparaciones con otros países evidencian la importancia de fortalecer la legislación, los sistemas de denuncia y las estrategias preventivas para asegurar una protección efectiva.

En conjunto, la información permite comprender que el maltrato hacia las personas adultas mayores es un fenómeno complejo que surge de la interacción entre factores individuales, familiares, institucionales y sociales. Una comprensión amplia de estos elementos es fundamental para diseñar intervenciones oportunas, mejorar la respuesta del sistema

de salud y garantizar un trato digno, seguro y respetuoso hacia quienes forman parte de esta población.

¿Por qué hay países que sí logran prever la agresión en el adulto mayor desde el punto de vista médico? Esto radica en la conciencia sociocultural que se brinda no solo a los médicos sino a las poblaciones en general. Estamos de acuerdo que países como Estados Unidos, Japón y Colombia han variado sus directrices, leyes o códigos penales para la protección del adulto mayor, con protocolos preventivos y diagnósticos adecuados, pero ¿por qué nuestro país no lo realiza aún? ¿Es acaso falta conciencia en nuestros médicos?

Agradecimientos y Dedicatoria

De manera muy especial y en primera instancia agradezco a Dios por estar presente ante cada paso que he dado en esta "lucha", por brindarme cada obstáculo que sabía perfectamente que podría superar.

Agradezco de todo corazón a mis padres: Gustavo e Idalie. Sin ustedes no hubiera podido siquiera iniciar mis estudios, sin su apoyo nunca hubiese podido superar esta etapa importante en mi vida, sin ustedes como mis más grandes pilares, nunca hubiera podido realizar mi sueño desde que tengo memoria: convertirme en doctora.

A mis profesores, que no solo brindaron enseñanza para una materia, sino, para la vida. Agradezco de forma especial al Dr. Edwin Jiménez, Dr. Giancarlo Jiménez, Dra. Paula Benavides, Dr. Orlando Gonzales, Dr. Marco Vinicio Umaña y al Dr. Kenneth Ramírez. Fueron ustedes más que profesores, son personas de las cuales he tenido su apoyo, palabras de aliento, ayuda, consejos, y con quienes pude reír, conversar y compartir más allá de la medicina, personas que lograron dar formación no solo a mis estudios, sino a mi vida.

Esta tesis está dedicada a mis abuelitos: Bella, Adilio y Lucía que ya no me acompañan en vida, pero sé perfectamente que me apoyan desde el Cielo y a Fernando, quien siempre me ha apoyado y aún está a mi lado; que Dios y la Virgen Santísima siempre le llenen de salud, vigor y más años de vida. Ustedes son el centro, la inspiración, la razón por la cual quiero brindar mi apoyo a personas como ustedes, a la población que muchas personas nunca consideran: al ciudadano de oro.

Dedicada en memoria de la Dra. Nana Murillo, quien me dijo en una ocasión "*Vas a ser una gran médico geriatra*", a ella gracias infinitas, sus

expresiones son palabras que nunca voy a olvidar y que siempre llevaré en mi corazón.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | 2 |
| Agradecimientos y Dedicatoria | 5 |
| Tabla de contenido | 7 |
| CAPÍTULO I..... | 11 |
| Introducción | 12 |
| Problemática | 15 |
| Objetivos..... | 17 |
| Objetivo General..... | 17 |
| Objetivos Específicos | 17 |
| Justificación | 18 |
| Antecedentes | 20 |
| Contexto Histórico Nacional..... | 20 |
| Contextos Históricos Internacionales | 21 |
| Contexto Actual Nacional | 28 |
| CAPITULO II | 31 |
| Marco Teórico | 32 |
| Conceptos..... | 32 |
| Adulto mayor | 32 |
| ¿Cuáles son sus características? | 32 |
| Tipos de abuso | 34 |
| Abuso físico | 34 |
| Abuso psicológico | 35 |
| Negligencia..... | 35 |
| Violencia patrimonial..... | 36 |
| Violencia institucional..... | 36 |
| Privación ilegal de la libertad..... | 37 |
| Perfil de la víctima y el abusador..... | 37 |

| | |
|--|-----------|
| Víctima | 37 |
| Abusador/Victimario | 38 |
| Población mundial que Envejece. Demografía | 39 |
| Demografía Nacional Costarricense | 41 |
| Leyes para la defensoría de los habitantes de la tercera edad | 43 |
| Costa Rica | 43 |
| Caja Costarricense del Seguro Social: aportando a la Salud Integral de la Persona Adulta Mayor..... | 45 |
| Leyes internacionales para la protección del adulto mayor..... | 47 |
| Japón..... | 47 |
| Colombia..... | 49 |
| Estados Unidos. California | 50 |
| Factores de Riesgo de Abuso | 51 |
| Abordaje diagnóstico y preventivo internacional contra el abuso al adulto mayor en el Primer Nivel de Atención | 56 |
| Estados Unidos | 56 |
| Japón | 59 |
| Colombia | 61 |
| Costa Rica: Abordaje del abuso en el primer nivel de atención..... | 63 |
| Estrategias implementables para el sistema de salud costarricense en la Atención Primaria..... | 64 |
| CAPÍTULO III | 67 |
| Marco Metodológico | 68 |
| Enfoque de la investigación | 68 |
| Fuentes de información..... | 68 |
| Criterios de búsqueda de las fuentes de información | 69 |
| Criterios de Inclusión y Exclusión | 71 |
| Análisis de Información..... | 73 |
| Anexo A..... | 73 |
| Clasificación de la Información según el Nivel de Evidencia..... | 90 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| CAPÍTULO IV..... | 92 |
| Análisis de Resultados | 93 |
| Demografía | 94 |
| Leyes | 95 |
| Tipos de abuso | 97 |
| Perfiles | 100 |
| Diferencias notables: | 102 |
| Diagnóstico y Prevención | 104 |
| Uso de protocolos | 107 |
| CAPÍTULO V | 110 |
| Conclusiones | 111 |
| Glosario | 115 |
| Anexos..... | 118 |
| Referencias..... | 125 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. COSTA RICA: Victimización percibida de actos de violencia por parte de población de 65 años y más en Costa Rica, por sexo, según tipo de violencia. 2018 | 42 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 3. Proyección del porcentaje esperado de los adultos mayores para el 2050 para los países de Costa Rica, Colombia, Estados Unidos y Japón | 95 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Gráfico 4. Comparativa visual del predominio del tipo de abuso diagnosticado en los adultos mayores entre el 2022-2025 en Colombia, Costa Rica, EEUU Y Japón | 99 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Factores de Riesgo Individuales de la Víctima | 53 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Tabla 2: Factores de Riesgo asociados al abusador | 54 |
|---|----|

| | |
|---|-----|
| Tabla 3. Agresores más comunes según el tipo de relación con su víctima y estado civil del adulto mayor más vulnerable | 55 |
| Tabla 4. Tabla criterios de búsqueda de las fuentes de información | 69 |
| Tabla 5. Tabla criterios de inclusión y exclusión | 72 |
| Tabla 6. Tabla Anexo A: Criterios de análisis de información alcanzadas a partir de los resultados obtenidos. | 74 |
| Tabla 7. Clasificación de Información por Nivel de Evidencia y Tipo de Estudio | 90 |
| Tabla 8. Registro de características empleadas en las leyes de EEUU, Japón, Colombia y Costa Rica en protección y prevención del abuso en los adultos mayores | 97 |
| Tabla 9. Comparación del perfil y características del adulto mayor agredido en las distintas nacionalidades..... | 102 |
| | |
| Ilustración 1. Examen MINI-MENTAL..... | 119 |
| Ilustración 2. Cuestionario utilizado en Clínica y SEM de EE.UU. ante sospecha de abuso en el adulto mayor. | 120 |
| Ilustración 3. Cuestionario EASI (Elder Abuse Suspicion Index) utilizado en clínica y servicios de emergencias en Estados Unidos para la detección de sospecha de abuso en la persona adulta mayor..... | 122 |
| Ilustración 4: | 124 |

CAPÍTULO I

Introducción

La demografía costarricense ha experimentado transformaciones significativas en las últimas décadas, caracterizadas por un progresivo envejecimiento poblacional. Este fenómeno se relaciona con la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento sostenido de la esperanza de vida, condiciones ampliamente documentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y otros organismos nacionales. Como consecuencia, las proyecciones demográficas indican que en las próximas décadas la pirámide poblacional del país presentará una base cada vez más reducida y una cúspide ampliada, conformada por personas adultas mayores.^{18, 19}

El envejecimiento poblacional no constituye una realidad exclusiva de Costa Rica, sino que representa una tendencia global observable tanto en países en vías de desarrollo como en naciones industrializadas. Países como Japón, Estados Unidos e Inglaterra han reportado un aumento sostenido en la proporción de personas mayores de 65 años, situación que ha implicado retos crecientes para sus sistemas de salud, seguridad social y redes de apoyo comunitario. En este contexto, diversos estudios han documentado una asociación entre el envejecimiento poblacional y el aumento de situaciones de vulnerabilidad, entre ellas el abuso, el maltrato y el abandono de las personas adultas mayores.^{27, 28, 29}

En Costa Rica, la legislación establece la jubilación a partir de los 65 años, lo que marca un cambio significativo en la dinámica cotidiana, social y económica de muchas personas. La transición hacia la jubilación se acompaña, en numerosos casos, de modificaciones en las rutinas diarias, reducción del contacto social y mayor permanencia en el hogar. A ello se suma que una proporción importante de adultos mayores presenta condiciones de dependencia funcional, multimorbilidad o

deterioro cognitivo, factores que han sido identificados en la literatura como elementos que incrementan el riesgo de abuso y maltrato.^{6, 15, 17}

La violencia ejercida contra las personas adultas mayores adopta diversas formas, incluyendo el abuso físico, psicológico, sexual, patrimonial y la negligencia. Estudios nacionales e internacionales han evidenciado que estas formas de violencia suelen coexistir y que, con frecuencia, permanecen subdiagnosticadas, especialmente cuando ocurren en el ámbito familiar. En Costa Rica, los informes nacionales señalan un incremento sostenido en los casos reportados de violencia contra esta población, siendo la violencia verbal y psicológica una de las más prevalentes y, a su vez, una de las más difíciles de detectar ^{4, 20}

Desde la perspectiva del sistema de salud, el primer nivel de atención constituye el principal punto de contacto entre la persona adulta mayor y los servicios sanitarios. En el contexto costarricense, la consulta médica en este nivel cuenta con un tiempo promedio limitado, lo cual representa un desafío para la identificación de situaciones complejas como el abuso o el maltrato, que frecuentemente requieren una evaluación integral, observación clínica detallada y generación de un vínculo de confianza con el paciente. Además, la evidencia nacional señala la ausencia de protocolos específicos y estandarizados que orienten al personal médico ante la sospecha de abuso en la persona adulta mayor, situación que contrasta con la existencia de protocolos bien definidos para otras poblaciones vulnerables.^{48, 49}

Si bien existen instancias institucionales encargadas de la atención social de estos casos, la literatura revisada evidencia limitaciones en la articulación interinstitucional y en la implementación de estrategias sistemáticas de detección temprana. En contraste, países como Estados Unidos, Japón y Colombia han desarrollado protocolos clínicos,

herramientas de tamizaje y marcos legales específicos orientados a la prevención, detección y abordaje del abuso en personas adultas mayores desde el primer nivel de atención.^{56, 57, 58}

En este contexto, la presente revisión bibliográfica y documental tiene como propósito identificar y analizar las estrategias más actualizadas y efectivas para el abordaje diagnóstico y preventivo del abuso en la persona adulta mayor, con el fin de valorar su posible implementación en el sistema de salud costarricense, particularmente en el ámbito de la atención primaria.⁵⁶⁻⁶¹

Problemática

El aumento de reportes de maltrato a personas adultas mayores ha ido en crecimiento en los últimos años, especialmente de modo posterior a pandemia COVID-19, donde muchas de estas personas tuvieron que permanecer en sus casas, realizando sus actividades de vida diaria, trabajo, recreación etc., y en muchos casos los adultos mayores de las familias asociadas, tuvieron que regresar a sus hogares desde sus centros de cuidado, ya que en éstos no se admitía su permanencia por riesgo de contagio de la covid-19.

El estrés de la situación global que se experimentaba, vinculado al hecho de tener que “mantener” a una persona que requiere mucho más cuidado por su reducida independencia, propició a que en casa se generara el abuso o maltrato a estos adultos mayores, tanto psicológica como físicamente, siendo éstas las principales formas de agresión por las que estas personas se ven afectadas.

Debe considerarse que en las próximas décadas nuestro país experimentará un porcentaje poblacional de adultos mayores más elevado que el actual. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), para el año 2023 en nuestro país las personas mayores de 65 años representaron el 10% de la población, siendo mujeres el 53% de esta franja de población, ejerciéndose en ellas una mayor tasa de violencia, abuso o maltrato, aspectos en los que no se adentrará en esta investigación.

En Costa Rica se brindan los servicios a la salud de forma pública y privada, siendo la CCSS el responsable administrativo para los servicios de salud pública del país. Éste, a pesar de ser beneficioso, tiene escueta responsabilidad en ciertos aspectos, enfatizando en la falta protocolaria

para el cuidado hacia el adulto mayor agredido. La entidad provee los servicios de Geriátrica y Gerontología en las distintas provincias del país. Esto implica el primer nivel de atención, correspondiendo a los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBIAS) la asignación de propiciar el primer contacto con el paciente objeto de agresiones.

¿Por qué Costa Rica, especialmente el sistema de salud pública, o sea, la CCSS, no cuenta con un protocolo implementado para todos aquellos adultos mayores que sufren de abuso o maltrato, así como los otros protocolos existentes para diversas acciones de agresión o violencia? ¿Es acaso que el adulto mayor ya no es de importancia para la población médica actual y la futura en formación? ¿Es tan difícil implementar escalas, tamizajes de prevención, preguntas sobre el abuso, maltrato o violencia ejercida en esta población de riesgo que se acrecienta con el paso de los años, como lo hacen las otras naciones de nuestra comunidad mundial? ¿Es acaso que el médico general costarricense no sabe qué hacer ante estos casos o no sabe cómo prevenirlo?

Al abordar el tema, se deriva de estas preguntas, y muchas otras que se pueden fomentar, la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las mejores estrategias de abordaje del diagnóstico del abuso en el adulto mayor desde el primer nivel de atención?

Objetivos

Objetivo General

Exponer el abordaje del diagnóstico del abuso en el adulto mayor desde el primer nivel de atención, para la identificación de las mejores recomendaciones implementables en el sistema de salud costarricense.

Objetivos Específicos

1. Describir el abordaje del diagnóstico del abuso en el adulto mayor a nivel internacional.
2. Comprender el proceso del abordaje del abuso en el adulto mayor en el sistema de salud costarricense.
3. Compilar, con base en la información obtenida, las mejores estrategias de abordaje preventivo del abuso en el adulto mayor implementables en el primer nivel de atención, en el sistema de salud costarricense.

Justificación

La investigación sobre el abuso, maltrato y violencia hacia la persona adulta mayor reviste una importancia creciente en el contexto del envejecimiento poblacional que experimenta Costa Rica. El aumento sostenido en la proporción de personas mayores de 65 años, documentado por organismos nacionales, implica que un número cada vez mayor de pacientes atendidos en los servicios de salud pertenecerá a este grupo etario, el cual presenta características y necesidades específicas.^{4, 18, 19}

La literatura científica ha identificado que la persona adulta mayor constituye una población particularmente vulnerable al abuso, debido a factores como la dependencia funcional, la presencia de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo, la dependencia económica y el aislamiento social. Diversos estudios nacionales e internacionales señalan que, en múltiples ocasiones, las personas adultas mayores no comunican las situaciones de maltrato que experimentan, ya sea por temor a represalias, por dependencia del agresor o por no reconocer dichas conductas como formas de abuso.^{20, 56}

En el ámbito del sistema de salud costarricense, el médico general desempeña un papel fundamental en la atención de la persona adulta mayor, especialmente en el primer nivel de atención. Sin embargo, la evidencia revisada muestra que la detección del abuso en esta población se ve limitada por la ausencia de protocolos específicos, herramientas de tamizaje validadas y lineamientos claros de actuación, situación que difiere de lo establecido para otros escenarios de violencia.^{48, 49}

Asimismo, diversos informes nacionales han señalado que la respuesta institucional ante los casos de abuso en personas adultas mayores suele centrarse en la referencia a los servicios de Trabajo Social, sin que exista un abordaje integral y estandarizado desde el ámbito clínico. Esta situación se acompaña de una limitada articulación interinstitucional y de la ausencia de mecanismos sistemáticos de seguimiento.^{4, 17}

En contraste, la revisión de experiencias internacionales evidencia que países como Colombia, Estados Unidos y Japón han desarrollado marcos legales, protocolos clínicos y herramientas específicas para la detección temprana y el abordaje del abuso en la persona adulta mayor. Estas estrategias incluyen el uso de escalas de tamizaje en la atención primaria, sistemas de denuncia obligatoria y equipos multidisciplinarios especializados.^{52, 54, 55}

La pertinencia de esta investigación radica en la necesidad de analizar de forma sistemática dichas estrategias internacionales y valorar su aplicabilidad en el contexto costarricense, considerando las particularidades del sistema de salud nacional y del primer nivel de atención.⁵⁶⁻⁶¹

De esta manera, el presente trabajo busca aportar evidencia que permita fundamentar la implementación de estrategias concretas en el sistema de salud costarricense, orientadas a la prevención y al abordaje oportuno del abuso en la persona adulta mayor, en concordancia con los principios de protección de derechos humanos y envejecimiento saludable.^{15, 20}

Antecedentes

Contexto Histórico Nacional

Matínez Muñoz y Brenes (2007) "*Maltrato, negligencia y abandono de la persona adulta mayor costarricense*", fue un estudio realizado en Costa Rica por parte del Departamento de Trabajo Social del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología para la CCSS. Su enfoque se dispuso en la concienciación y visualización del maltrato que recibe el adulto mayor en nuestra sociedad, dirigido al personal médico trabajador de la CCSS. De similar modo, enfatizó en la visualización y faltante de medios preventivos inexistente en el país en cada una de las áreas e instituciones gubernamentales implicadas con el adulto mayor.

La metodología de dicho estudio se enfocó en una revisión bibliográfica y con análisis cuantitativo por medio de los registros de distintas instituciones del país, tales como los son Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CEINAA), Ministerio de Salud, Defensoría de los Habitante y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), entre otros.

Para la presente investigación es de suma importancia que, si bien dicho informe fue realizado en el año 2007, se constata que en el presente 2025 se siguen los constantes problemas de abuso y maltrato en los adultos mayores sin generarse ningún tipo de cambio en las instituciones y la misma política pública. La queja principal ante aquella investigación fue el motivo de la creciente población adulta mayor del país la cual desde hace 27 años continúa en constante crecimiento.

Calvo Alvarado (2000) "*El abuso en las personas mayores*", fue otro estudio realizado en San José, Costa Rica por el Área de Trabajo Social de Geriatría y Gerontología del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. Su

objetivo fue informar a la población sobre el abuso o la violencia no es únicamente de personas jóvenes, si no que el adulto mayor también lo puede sufrir. Su enfoque fue dirigido a la población costarricense en general para que con ello se procurara disminuir los casos de agresión.

Su método fue cuantitativo tomando como corte en noviembre del 2000 a 55 mujeres y 20 hombres sobre los que se ejerció algún tipo de abuso, sea por negligencia o por abandono. Se concluyó que el hombre es mayormente afectado por el abuso, al tiempo que también se representaron los factores de riesgo predisponentes en estos.

Es importante saber que ya hace algunos años, aunque de forma escueta y breve, se trató de informar a la población sobre lo referente al abuso en el adulto mayor. Esto es destacado debido a que, con ello, se puede observar que el varón es quien se ve mayormente afectado, por lo cual para la presente investigación se podrá observar si con el paso del tiempo se mantuvo o si se invirtieron las estadísticas ¿recopiladas en los estudios citados?

Contextos Históricos Internacionales

Sugioka, Naoto (1998), "*Problemas Actuales del Abuso a Mayores en Japón*", un estudio realizado en Japón, enfocado en contextualizar y visualizar la realidad del abuso y la negligencia que el adulto mayor recibe, tanto en el ámbito familiar/comunitario como en entornos residenciales, bajo la influencia de la cultura y la rápida evolución demográfica japonesa.

Su metodología constó de una revisión de datos de investigación y encuestas nacionales previas (como la de Tanaka de 1994) realizadas en colaboración con centros de apoyo de atención domiciliaria y profesionales de enfermería y salud. El estudio se centra en las características de las víctimas (principalmente mujeres mayores de 80 años con demencia) y

de los perpetradores (principalmente nueras, cónyuges e hijos), analizando la incidencia de diversos tipos de maltrato.

La conclusión de esta revisión da énfasis en que la negligencia es el tipo de abuso más común y señala que el problema principal radica en el agotamiento y la pesada carga de los cuidadores familiares, exacerbado por la escasez de servicios sociales y domiciliarios adecuados en el sistema de atención comunitaria. El autor concluye subrayando la necesidad de establecer un sistema de detección temprana y procedimientos legales para abordar el problema, el cual está profundamente arraigado en una "cultura del abuso" basada en el colectivismo y la no divulgación.

Este antecedente es importante para la investigación actual debido a que expone la realidad que posee una población adulta mayor en un país altamente desarrollado y envejecido, donde el abuso está fuertemente vinculado a la insuficiencia de recursos de apoyo social y los cambios en la estructura familiar tradicional. Con este ejemplo, se permite dar conciencia de que la falta de atención o la crisis de los cuidadores no es un fenómeno aislado, sino una consecuencia global de la modernización demográfica y la lentitud en la adaptación de los sistemas de bienestar social.

Academia Japonesa para la Prevención del Abuso a Personas Mayores (JAPEA), "Newsletter No. 1 (Vol. 8)" (2011), un boletín informativo enfocado en abordar los desafíos sociales, legales y profesionales contemporáneos relacionados con el maltrato de ancianos en Japón. Su principal objetivo es concienciar y guiar a los profesionales de la salud y el bienestar en el contexto de la legislación vigente y las crisis demográficas.

Su metodología constó de la compilación y análisis de noticias de actualidad (como el problema de los "ancianos desaparecidos"), el intercambio de investigaciones y prácticas internacionales (Conferencia de Hiroshima y eventos WEAAD), la revisión legal de la Ley de Prevención del Abuso y la presentación de reportes de campo por parte de trabajadores sociales.

La conclusión de dicho análisis da énfasis en que el abuso, particularmente la negligencia, está intrínsecamente ligado al agotamiento del cuidador y a las fallas estructurales o de política gubernamental (planteando la posibilidad de un "abuso sistémico"). A nivel profesional, se subraya la necesidad de que los servicios de protección tomen medidas, como la restricción de visitas a agresores - incluso bajo contratos no formales-, y que las intervenciones prioricen el consentimiento y la voluntad del anciano.

Este antecedente es de suma relevancia para la presente investigación dado que expone cómo problemas sociales más amplios, como la pobreza de las familias y la escasez de apoyo, se manifiestan directamente como negligencia y maltrato. Demuestra la necesidad de una respuesta multidisciplinaria, tanto en el ámbito legal, como de enfermería y social, y resalta que la protección efectiva de la víctima a veces requiere ir más allá de las limitaciones literales de la ley.

Pabón Poches (2019), "*Riesgo de maltrato en personas adultas mayores: validación de contenido de una escala*" estudio realizado en Bucaramanga, Colombia, con su enfoque principal en la búsqueda y visualización de los factores de riesgo que poseen los adultos mayores en los que se ha ejercido cualquier tipo de abuso.

La metodología usada es por medio cualitativo en el cual se tomaron con participantes a cuatro jueces expertos seleccionados por

conveniencia, relacionados con el abordaje de la población adulta mayor. Por otro lado, se generó el aporte cuantitativo con la participación de 24 adultos mayores 17 mujeres y 7 hombres entre los 65 y 80 años. Se dio la utilización de instrumentos como las escalas de maltrato al adulto mayor empleados en el servicio de salud médica de Colombia.

El aporte de esta publicación a esta investigación es resaltado por la preventiva del maltrato hacia el adulto mayor y la evaluación de los factores de riesgo que consigan involucrar a estos pacientes. Del mismo modo explica las formas adecuadas para la utilización de las diversas escalas para medir el posible abuso en éstos y cómo se puede dar uso a las escalas en Costa Rica, ya que no “quitan” mucho tiempo en la consulta médica general.

Rojas Rodríguez, Barrios Martines, Hernández Rincón (2020) *“Abordaje integral del adulto mayor ante las diferentes formas de abuso: Un acercamiento desde la medicina familiar en Colombia”*, estudio realizado en Colombia. El objetivo general de dicho informe se basa en la pertinencia de la realización de abuso ante una sospecha y reconocimiento oportunos del mismo en los adultos mayores y así poder dar el abordaje integral y correcto es estas personas.

Los autores realizan una revisión narrativa de tipo bibliográfica enfocada entre los años del 2014 al 2019. En dicha revisión se denota el faltante de artículos referidos al tema del abuso y/o maltrato en adultos mayores enfocado en Colombia. Esta revisión bibliográfica concluye, principalmente, que no se realiza enfoque a la población mayor de 65 años y especialmente, que no existe un tamizaje adecuado para evitar el maltrato en ellos, contemplándose como una población subestimada. Por otro lado, se da el enfoque principal en la ausencia de visualización, por parte del personal médico, en la atención primaria para obtener una

correcta visualización, así como una capacidad reducida en realizar el abordaje integral correcto.

Esta revisión bibliográfica genera aporte excepcional ante la presente investigación, ya que en la CCSS existe la faltante de un tamizaje como tal, aplicable cuando uno de los médicos generales adquiera una sospecha de que un adulto mayor está siendo maltratado en cualquiera de sus formas. Por otra parte, muchos de los propios médicos no ostentan un correcto expertiz para adecuarse a visualizar de forma correcta su presencia en estos pacientes, especialmente a que otras de las comorbilidades que aquejan a esta población logren enmascarar el abuso.

Pillemer, Burnes, Riffin y Lachs (2016) "*Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies*" estudio ejecutado en Nueva York, EEUU. El propósito y objetivo general de dicha revisión es hacer una visualización acerca de que, se presenta de forma creciente y alarmante, el maltrato que están recibiendo las personas adultas mayores, no solo en los EEUU, sino, de forma global. Dicho artículo, proporciona un enfoque hacia las mejores estrategias preventivas para el maltrato en la población afectada, así como estas pueden ser empleadas en la atención primaria.

Proporciona una revisión bibliográfica originada en distintos países en los que se aprecia un alarmante creciente de maltrato hacia los adultos mayores. La población de estudio es dirigida al personal médico o de salud en la atención primaria, a fin de promover las correctas estrategias preventivas y cómo actuar en estos casos. Lo más importante a recalcar ante dicho artículo, es la visualización del incremento en la tasa de casos registrados por año de maltrato generado hacia el adulto mayor.

Este artículo, es priorizado para la presente investigación, ya que, con éste, se pueden determinar algunas de las estrategias que pueden ser implementadas en el sistema de salud costarricense y con ello, lograr que la tasa de casos de maltrato en nuestros adultos mayores disminuya de forma importante, en especial en los próximos años en los cuales nuestra población se acerca a ser cada vez más longeva y de mayor cantidad.

Van Den Bruele et al (2018) "*Elder abuse*" estudio elaborado en Jacksonville, Florida, EEUU, mencionan como punto de gran relevancia la importancia de tener mejores estrategias preventivas del maltrato en los adultos mayores, priorizado por la visualización de los factores de riesgo que posee tal población.

Su metodología consistió en una revisión bibliográfica y un enfoque cuantitativo con cerca de 44,5 millones de participantes alrededor de todo el mundo, objetivándose en las mejor propuestas para la obtención de datos relevantes e importantes para dicha investigación. Como instrumento principal se utilizó un diagrama de flujo de criterios de selección de estudios diversos.

El artículo es suma gran importancia para la presente investigación, a partir de la cual se pueden emplear mejores estrategias implementables en el sistema de salud de nuestro país para la prevención y estratificación de los diversos tipos de abuso que pueda tener sus personas adultas mayores.

Xin Qi Dong (2015) "*Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice*". Estudio realizado en Chicago, Illinois, EEUU. Su objetivo principal fue el divisar las diferencias de abuso que hay en las diversas partes del mundo, así como la prevalencia que existe en ellas acerca del abuso hacia los adultos mayores. Para ello se utilizaron

diversos métodos específicos para cada región de estudio, mostrándose así cual es el tipo de abuso o maltrato que se ha propiciado con mayor frecuencia en cada área.

Su metodología de estudio constó de una revisión sistemática, bibliográfica y cuantitativa propiciando datos estadísticos para el uso poblacional y médico. Por otro lado, dicho estudio propicia algoritmos para la preventiva de abuso y cómo actuar si ya está presente de modo que no se siga violando el derecho que tienen estas personas víctimas de abuso. Se concluye en el estudio, que el maltrato la persona mayor de 65 años se puede contextualizar como de una epidemia, la cual debe controlarse lo más pronto posible, dado a que la demografía mundial prevalece a la ancianidad. Se requiere que se estudie más, promover factores protectores y que el médico tenga el deber de implementar nuevas y mejores estrategias preventivas, que deba instruirse de forma correcta y que pueda ejercer protección al paciente vulnerable por medio de las instituciones y el sistema de salud, propiciando el correcto diagnóstico y tratamiento.

Para la presente investigación esta publicación es importante ya que demuestra que el maltrato ejercido al adulto mayor no discrimina nacionalidad, raza, ni nivel socioeconómico. De la forma en la que ocurre en diversas naciones acontece en nuestro país; por tanto, generar conciencia de esto puede prever que se acrecienté el abuso hacia la persona de la tercera edad.

Evans, Hunold, Rosen y Platts-Mills (2016) "*Diagnosis of Elder Abuse in U.S. Emergency Departments*" estudio realizado en California, EEUU. El objetivo principal del estudio fue verificar y estimar con qué frecuencia se logra realizar el diagnóstico por maltrato a las personas mayores que llegaron a consultar al servicio de emergencias o como

llegaron a tal diagnóstico. La población de enfoque del estudio es el personal médico a cargo en los servicios de emergencias en los EEUU.

Se utilizó un método cuantitativo en el que se obtuvo la información de todo paciente de 60 años o mayor, entre el 2011 al 2012. Registrándose un total de 29.056.673 visitas al SEM, se obtuvieron 6.723.667 visitas al servicio de emergencias (SEM) por parte de los adultos mayores. Se diagnosticaron abusos contra el adulto mayor en cerca de 3.846 visitas, lo que corresponde a una prevalencia ponderada del período de diagnóstico de abuso de personas mayores en los servicios de urgencias de EEUU. del 0,013 ‰. Se concluye que menos del 0.02% de los abusos ejercidos contra los adultos mayores a los 60 años son diagnosticados a pesar de que exista una prevalencia del 5-10% de la población.

Dicho estudio es de suma relevancia para la presente investigación ya que por medio de ella se da a conocer que los casos de abusos en los adultos mayores son pobremente diagnosticados, con lo cual es importante generar mejores estrategias preventivas y diagnósticas.

Contexto Actual Nacional

Montero Solano, Chávez, y Hernández (2017), "*Abuso y maltrato en el adulto mayor*" estudio realizado en Costa Rica. Su objetivo principal fue generar una visualización de las normas y/o protocolos faltantes en el país donde estos no previenen o invitan a la detección temprana del adulto mayor que está siendo maltratado. Por otro lado, demuestran la faltante de conocimiento en el personal médico costarricense para que pueda establecer de forma clara la sospecha de maltrato y abuso en el adulto mayor.

El estudio utilizó un método de revisión bibliográfica con énfasis en la metodología cuantitativa, esto con el afán de poder realizar una comparación con diversos países. Se concluyó de forma importante en este estudio la faltante de un protocolo que pueda ser empleado en el sistema de salud costarricense y así mismo que pueda ser empleado en la CCSS.

La relevancia más significativa de este estudio para la presente investigación es la importancia que generan sus escritores al emplear métodos preventivos de abuso y maltrato en los adultos mayores, donde se puedan emplear escalas, tamizajes de maltrato y abuso, propiciando del mismo modo la creación de un protocolo para la CCSS.

Medina Correas, Fung Fallas, Jiménez Bermúdez y Lin Chen (2021) "*Abuso en el adulto mayor*" estudio realizado en San José Costa Rica. Se enfocó en la atención primaria, ante los estudios pertinentes que pueden realizar los médicos generales para la prevención eficaz del maltrato o abuso que pueda estar recibiendo el adulto mayor.

Se usó una revisión bibliográfica en enero del año 2020, enfocada principalmente en información actualizada y moderna. La población de enfoque de dicha publicación es el médico general para que pueda brindar una mejor valoración geriátrica. Su conclusión es de suma importancia, representado un gran cambio sociodemográfico en el que se va a mostrar nuestro país, puesto que en los próximos años este va a tener una población de alto riesgo, en razón de lo cual puede presentarse un aumento peligroso de casos de personas adultas mayores agredidas en cualquiera de sus formas.

Dicha investigación es de importante relevancia para la presente, debido a que se puede observar la problemática de nuestro país priorizando y fomentando la investigación del problema en la actualidad,

haciéndola visible y generando conciencia tanto en la población médica en formación como en la población en general.

Álvarez Vega, Cortés Badilla y Quirós Mora (2020) "*Abuso en el adulto mayor: una situación que va en aumento*" Estudios realizados en San José, Costa Rica. El objetivo principal de esta revisión fue generar conciencia sobre el tema de abuso que está en incremento en nuestro país; asimismo, brindar herramientas que el personal médico pueda usar para el adecuado reconocimiento y abordaje ante una situación de sospecha por maltrato.

Su metodología se basó en una revisión bibliográfica con artículos de los últimos 5 años. Su población de enfoque es especialmente el futuro médico general y el médico general que ya lleva años ejerciendo la profesión, ello con el propósito de complementar y enriquecer su función, y por consiguiente, optar por nuevas medidas preventivas y promover la mejora en la atención al adulto mayor. A modo de conclusión, los autores mencionan que, si se realizan acciones que promueven el abuso hacia el anciano, este no se llegará a detectar. Se hace ver la falta de instrumentos implementables en la consulta médica, así como la faltante de una correcta capacitación del médico del país para la prevención y promoción a la salud del paciente de la tercera edad.

Esta revisión bibliográfica sienta una base concreta y concisa para la presente investigación, en tanto esta tiene por objetivo la implementación de nuevas estrategias, un mejor abordaje y la prevención del abuso desde el primer nivel de atención médica.

CAPITULO II

Marco Teórico

Conceptos

Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se clasifica a la persona adulta mayor como aquella que curse los 60 años de edad o más.⁶ Esta etapa de la vida se caracteriza por una alta cantidad de experiencias, pero se puede distinguir los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento que aumentan la vulnerabilidad, las implicaciones físicas que la puedan debilitar a la persona, problemas sociales, económicos, entre otros. Se promueve el bienestar, la comodidad, la autonomía, un envejecimiento digno y que de igual forma se pueda tener una muerte digna.

¿Cuáles son sus características?

La definición del envejecimiento son el conjunto de procesos que condicionan la vida de la persona, siendo propensos a enfermedades y cambios orgánicos múltiples¹⁴. Desde el punto de vista biológico, es la acumulación de una gran variedad de daños celulares, llevando así a un descenso de forma gradual las capacidades físicas y mentales de la persona, siendo propenso a enfermedades y, en última instancia, la muerte⁷. Estos cambios no constituyen un régimen exacto que se deba cumplir a la misma edad en todas las personas, es un proceso fortuito y relativo, por lo cual, todas las personas envejecen a su propio ritmo; no es lineal y por lo general no es vinculativo a la edad biológica de la persona. La "llegada" a la tercera edad se asocia a la jubilación, el traslado a viviendas adecuadas, el fallecimiento de familiares, amigos y la pareja.

En la vejez se puede notar que los órganos del paciente sufren fenómenos de atrofia o degeneración de forma progresiva y ostentan una

pérdida en la capacidad para mantener la homeostasis. Su piel se vuelve delgada y frágil (coloquialmente llamada "piel de cebolla") y está mayormente expuesto a enfermedades en piel como el cáncer. Existe la pérdida de la agudeza visual (presbicia) y pérdida auditiva (presbiacusia) llevándolos al uso de aditamentos necesarios para contribuir a una mejor calidad de vida como los anteojos o dispositivos auriculares; se ven afectados por problemas oculares como cataratas o glaucoma.

Merma el tono y fuerza muscular conllevando a problemas de marcha, equilibrio y postura causando un deterioro funcional e incluso discapacidad física, convirtiendo al individuo en una persona dependiente. Fisiológicamente hablando, las fibras musculares del adulto no se regeneran de la misma forma que un adulto joven por lo cual la pérdida de masa muscular se vuelve mucho más visible que en edades jóvenes. La falta de masa muscular, predispone al adulto mayor a padecer de algunos síndromes como, sarcopenia, fragilidad, síndrome de inmovilización, caídas y llegando a padecer trastornos de la marcha por lo que muchos adultos requieren el uso de aditamentos como andaderas, bastones o incluso a tener una permanencia absoluta en silla de ruedas. Por su fragilidad, las fracturas son más tendenciosas en ellos siendo las más características las de cadera, clavícula y brazo. Adquieren mayores problemas articulares, siendo la más común la osteoartritis. Coexisten problemas asociados a pérdida de memoria, aprendizaje y dificultades cognitivas, coligando síndromes demenciales y depresión.

Poseen pérdida de la funcionalidad a nivel de sus órganos. Los riñones filtran cada vez menos volumen, su corazón se vuelve más rígido, su sistema inmunitario se debilita provocando que el anciano sea mucho más propenso a tener enfermedades, se les dificulta la ganancia o pérdida de peso, hay mayor cansancio o fatiga y comienza a padecer de múltiples comorbilidades. La esperanza de vida y riesgo de mortalidad se ven

influenciados por muchos otros factores del proceso fisiológico del envejecimiento.¹⁴

El maltrato a los ancianos se implica como un acto único o repetitivo que cause daño o sufrimiento a una persona que alcance la tercera edad, o la falta de las medidas apropiadas para evitarlo, y que se va a producir en una relación de confianza¹³. Puede optar por cualquier forma, como la física, psicológica o emocional, sexual, patrimonial o económica, institucional. También puede ser el resultado de una negligencia o abandono, sea este intencional o no.

Tipos de abuso

Abuso físico

Es definido como todo tipo de daño ejercido sobre la persona adulta que le provoque lesión física, que implique infligirle dolor físico o privarlo de forma intencionada, siendo ejercido por el cuidador. Entre lo que se puede encontrar hay escoriaciones, laceraciones y cicatrices si ningún tipo de explicación, sean estas en rostro, cuello o tronco, así como fracturas o múltiples traumatismos.⁸ Se comprende los golpes con la mano o con cualquier objeto, quemaduras por cigarrillos, pellizcos, tirones de cabello, lanzarles líquidos muy calientes o fríos, arañazos, moverlos cuando no se ha recomendado, empujones, sacudidas u obligarlos a realizar actividades en contra de su voluntad.⁹

Se genera mayor sospecha de un abuso físico cuando la historia no concuerda con el daño físico, por ejemplo, hematomas o fracturas en una caída menor a la propia altura del afectado, cuando hay hematomas con distintos tipos de evolución o traumas en sitios como glúteos, pantorrillas, espalda, cuello o zona abdominal.

Abuso psicológico

También conocido como abuso emocional o verbal, donde el cuidador ejerce agresión contra el adulto mayor por medio de palabras hirientes, gritos, amenazas de forma constante, insultos, infantilización, irrespeto a la privacidad o se ignora a la persona de forma repetida¹⁰ NIA (2020). Si bien es una de las formas de abuso cuyo diagnóstico en estos pacientes se torna más difícil, no obstante, entro de los signos y síntomas más comunes se pueden incluir la evasión física, miedo irracional, silencio de forma inexplicable, disminución del contacto visual y/o social, enojo o irritabilidad, pérdida de peso o depresión⁸. También se debe tomar en cuenta la cohibición, donde la actitud del adulto mayor puede cambiar cada vez que el médico le cuestiona acerca de algo, siendo que el paciente mira primero a la persona acompañante en requiriéndole autorización para responder, incluyendo en esto las excusas inverosímiles o un afecto aplanado durante la entrevista.

Negligencia

Este tipo de abuso va de la mano con el abandono o el desamparo a la persona adulta. Se incluye el descuido intencionado o no intencionado. Es el tipo de abuso más común y a menudo es más difícil de detectar¹¹. Consiste en dejar de prestar atención a la persona, dejar de brindarle los cuidados precisos y yendo al incumpliendo de las necesidades básicas del adulto como los son alimentación, higiene, no proporcionar los medicamentos respectivos o supliendo dosis subterapéuticas⁹. Al paciente se le alcanza observar, también, con vestimenta inadecuada, (sucia, rasgada), mal olor corporal, infecciones cutáneas a repetición, úlceras por presión, carencia del uso de dispositivos de asistencia personal como anteojos, audífonos, andaderas, dentaduras⁸, parasitosis como los piojos (*pediculus capitis*), falta de

cambio del pañal, evidenciando dermatitis asociada a la incontinencia por una exposición prolongada a la orina y/o las heces.

Violencia patrimonial

También conocido como abuso financiero o económico en el que consta la explotación, robo o el uso indebido de los fondos de la persona adulta mayor para usos inapropiados, fines pocos claros o incluso con fines ilegales. También se puede observar por medio de la sustracción de objetos personales o artículos de la propiedad de la persona tales como vehículos o motos, para venderlos y obtener ventaja de ellos⁹, sin llegar a tener el consentimiento mismo del adulto. Por otra parte, muchos se “apoderan” del dinero que reciben por sus pensiones, pidiéndolo como un préstamo, de forma forzada o incluso bajo amenaza⁹. Se incluyen la falsificación de cheques, firmas para el cambio de nombre de propiedades, cobros de seguros sociales, cambios en los testamentos, usos de tarjetas y cuentas bancarias sin su permiso¹⁰. A medida que la capacidad financiera de la persona disminuye se liga la frecuencia de abandono en el adulto mayor, afectando a la persona adulta, al estar bajo la presión de “aportar” más dinero. Estas víctimas se ven afectadas debido a que se les va sumando la propensión al deterioro cognitivo, los problemas depresivos o de ansiedad⁸.

Violencia institucional

La violencia institucional es todo aquel tipo de abuso o maltrato que se ejerce en contra de la persona adulta mayor estando institucionalizada en cualquier centro de salud, desde el servicio de atención primaria, los centros de enfermería, hospitales, entre otros¹². Se ejerce por parte del personal de salud o cuidador que se encuentre participando de forma activa en dicho servicio y lo hace en contra del adulto mayor.

Privación ilegal de la libertad

Es el acto de restringir la libertad de una persona sin ningún tipo de justificación legal. Adquiere más trascendencia cuando el hecho se cometiere a través de violencias o amenazas. Esta privación incluye la prohibición o impedimento de trasladarse o deambular según el libre albedrío o voluntad de la persona.

Perfil de la víctima y el abusador

Como cualquier tipo de abuso que se genera en la sociedad, sea a un hombre, mujer, niño o adulto mayor, sin importar su estrato social, raza o edad siempre se tendrá a una víctima o abusado y a un victimario o abusador. Muchas veces, tanto la víctima como el victimario poseen perfiles que son compartidos; por ejemplo, se habla de la fragilidad o vulnerabilidad de la víctima y el abuso de poder y/o fuerza por parte del abusador, pero en el caso del adulto mayor se pueden mencionar otras características adicionales tales como la dependencia económica, sobrecarga del cuidador, historia de agresión intrafamiliar con patrones aprendidos y repetidos posteriormente, múltiples comorbilidades o problemas cognitivos.

Víctima

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, víctima se define de la siguiente forma: "Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita. Persona que muere por culpa ajena o por accidente fortuito. Persona que padece las consecuencias dañosas de un delito."³³ Para el Poder Judicial de la República de Costa Rica, víctima es definida de la siguiente forma:

Persona, física o jurídica que sufre las consecuencias de un delito. Quien sufre violencia injusta en su integridad física, bienes o derechos. || Persona que padece daño por dolo, culpa,

preterintención o caso fortuito. Persona o animal reservado para el sacrificio. En cuestiones castrenses, persona militar o civil que sufre daños psicológicos, materiales, sexuales, heridas o muerte³⁵

Desde el punto de vista del sector primario de salud, en específico, este contexto representa a cualquier paciente adulto mayor que ingrese con signos claros de violencia como lo son hematomas, fracturas, entre otros, que se explicarán más adelante, o del que se tenga una sospecha de que sufre algún tipo de abuso que el paciente no lo hubiese expresado físicamente, ya sea por cohibición o miedo al hablar.

La víctima es, por lo general, de una edad avanzada influyéndose principalmente por la dependencia física y emocional desde otras personas que ostentan historial de violencia en la familia. Muchos patrones de violencia eran ejercidos por quien ahora es la víctima, cuando ésta se encontraba en su adultez, que fueron y son aprendidos en el mismo hogar, y que posteriormente se repiten por los miembros del seno familiar, tales como los hijos o los padres. De similar forma, son víctimas aquellos adultos mayores que tuvieron conflictos con sus hijos y ahora son ellos los que los cuidan. Uno de los factores que los hacen más propensos al abuso es la dependencia económica del adulto mayor²⁴. Se debe destacar que hay mayor probabilidad de abuso en los hombres y los adultos mayores con deterioro cognitivo.

Abusador/Victimario

Sinónimo afín de homicida, asesino, sicario, matador, criminal. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define de la siguiente manera: "Persona que causa la muerte de otra o la convierte en su víctima"³⁴

El abusador o victimario se caracteriza por un alto nivel de estrés, cansancio, pobre salud mental, psicopatología, abuso de alcohol o drogas,

historial de dependencia económica del adulto mayor. La falta de apoyo para el cuidado del anciano⁸ contribuye también en su proceder, particularmente cuando se cuenta con un solo cuidador, y éste tenga asignada una alta sobrecarga, donde el resto de los familiares no cooperan con la distribución del trabajo o donde hay escasas redes de apoyo.²⁴

Población mundial que Envejece. Demografía

El *Pew Research Center* de los EEUU, cuyo centro de investigación es independiente y sin fines de lucro, proporciona la proyección mundial poblacional para el 2050, informando así, que la misma está envejeciendo. Se se prevé que la población de 65 años y mayor, se triplicará, pasando “de 531 millones en el 2010 a 1.500 millones en 2050” El organismo menciona que en los EEUU la población adulta mayor pasará a ser el doble en el mismo periodo.²⁷

Por otro lado, se menciona que no solo EEUU envejece. Países como Alemania, Corea del Sur, algunas naciones latinoamericanas, entre las que resaltan Costa Rica y Colombia, y Japón, tendrán poblaciones con edades promedio mayores a los 50 años para el 2050.

“Actualmente, hay más de 46 millones de adultos mayores de 65 años viviendo en EEUU, y para el 2050 se espera que esa cifra aumente a casi 90 millones”²⁸. Así lo menciona el *Rural Health Information Hub (RHIHub)*, centro nacional estadounidense que brinda información acerca de las poblaciones rurales de dicho país (ya que las poblaciones rurales tienden a ser mayores en comparación con los poblados urbanos), siendo que para el 2010, aproximadamente una cuarta parte de la población estadounidense se encontraba viviendo en las zonas rurales del país. Asimismo, hay una proyección para el 2030 donde será uno de cada cinco estadounidenses que tendrá 65 años o más.

Con lo anterior se ha demostrado que muchos condados rurales de EEUU se están convirtiendo de forma natural en comunidades de jubilados (muchos adultos ya pensionados deciden mudarse a sitios rurales para optar por una mayor independencia). Sin embargo, la mayor problemática existente en ese país y especialmente en estos sitios de jubilados, es que el servicio médico, en especial el área de geriatría, se ve limitado: poco acceso, difícil traslado, tiempos para traslados muy extensos, centros médicos pobremente especializados, entre otras falencias más. Se debe considerar que la atención al adulto mayor no es de igual naturaleza que la que se le aporta a un joven o un adulto de edad media. En promedio, los adultos mayores tienen al menos una enfermedad crónica de la cual debe darse mayor seguimiento que el que se le da a otras poblaciones.

Japón por su parte, tiene la mayor proporción de personas adultas mayores del mundo²⁹. Esto ha sido publicado el 14 de setiembre del 2025 por la *Nacional Institute of Population and Social Security Research* de Japón. Conocido así, como un país "viejo", ya que todos aquellos nacidos entre 1971-1974 (la generación llamada baby boom) tendrán 65 años o más alcanzándose una cifra del 37.1% del total de la población nipona para el 2050. Este país asiático ha tenido el récord de agresiones registrada en los adultos mayores para el año fiscal 2022, llegando a una estadística de 8 adultos mayores fallecidos y con 856 casos de maltrato en las instalaciones en todo Japón, aspecto que significa un incremento del 15.8% en comparación del año anterior. Se registró en ese entonces, que el abuso físico fue el que prevaleció y aumentó con un 57.6%, seguido del abuso psicológico en 33.0% y abandono en un 23.3%³⁰. Cabe destacar que este país posee pobres leyes para la protección y cuidado del adulto mayor. Los datos demuestran que el abuso infligido en ellos es dado por sus hijos, aproximándose al 60% de los casos durante el año fiscal 2023, repostándose así 17.455 adultos mayores que sufrieron algún

tipo de abuso, donde el 86% de las víctimas convivían con sus familiares.³¹

Demografía Nacional Costarricense

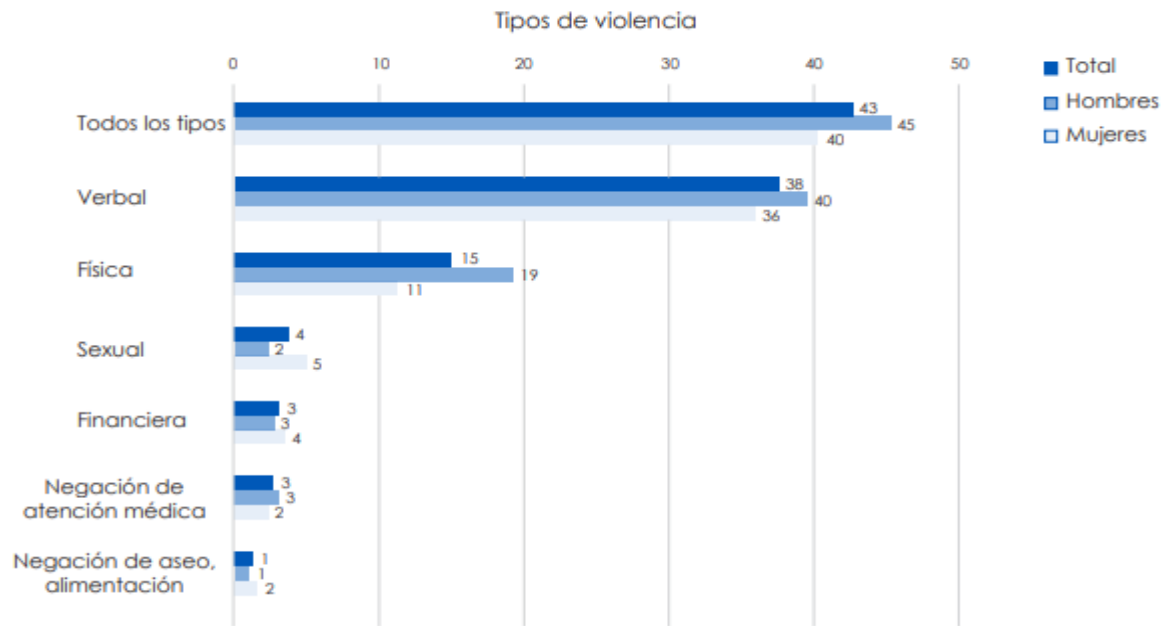
Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se prevé que para el 2050, 25 de cada 100 habitantes costarricenses tendrán 65 años o más¹⁸. En comparativa, para el año 2025 los adultos mayores se contabilizaban como 11 por cada 100 habitantes. Se debe destacar que la población costarricense tiene un incremento en la esperanza de vida y una disminución de la fecundidad, proyectándose para el 2050 unos 25 adultos mayores por cada 100 habitantes. Según el informe publicado el 11 de julio del 2024, se muestra una sostenida desaceleración del crecimiento poblacional. Por ende, el país se vaticina como una nación adulta mayor con edades de 80 años o más

Para el año 2025, la tasa población de 65 años o más representa el 10.0% de la población, y para el 2050 se estima que esta tasa crezca a un 17,6%, aspecto que está representando nuevos retos para la sociedad¹⁹, dentro de los que se incluyen un incremento en los niveles de violencia producida contra el ciudadano de oro. La información contenida en dicho estudio se forjó conjuntamente con la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO). En nuestro país se estima que un 43% de los adultos de 65 años o más han reportado ser víctimas de algún tipo de violencia, dónde un 45% de las víctimas fueron hombres y 40% fueron mujeres⁴, perpetuándose mayoritariamente la agresión en el varón.

Según Brenes, Masís y Rapso (2020), para el II Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica, se clasifican los tipos de violencia donde las tres formas más ejercidas son, la verbal (38%), seguida de la física (15%) y la sexual (4%). Otros tipos de violencia adquieren en conjunto una magnitud del 7%. En presencia de lo

anteriormente mencionado, la forma más difícil de observar en el adulto mayor es la violencia verbal, que es la que mayormente se comete.

Gráfico 1. COSTA RICA: Victimización percibida de actos de violencia por parte de población de 65 años y más en Costa Rica, por sexo, según tipo de violencia. 2018



Fuente: II Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (2020) ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

Para la OMS, los tipos de violencia con mayor prevalencia son la verbal o psicológica, seguida de la física y por último la económica. Se presentan otros tipos de agresión, pero en menor proporción, tales como son los casos por abuso sexual.

Gráfico 2. Revisión sistemática y metaanálisis

| Tipo de maltrato | Maltrato a las personas de edad en entornos comunitarios (1) | | Maltrato a las personas de edad en entornos comunitarios (2) | |
|----------------------------|--|--|--|---|
| | Notificado por personas de edad | | Notificado por personas de edad y sus representantes | Notificado por trabajadores |
| Prevalencia general | 15,7% | | No hay suficientes datos | 64,2%, o dos de cada tres trabajadores |
| Maltrato psicológico | 11,6% | | 33,4% | 32,5% |
| Maltrato físico | 2,6% | | 14,1% | 9,3% |
| Maltrato económico | 6,8% | | 13,8% | No hay suficientes datos |
| Desatención | 4,2% | | 11,6% | 12,0% |
| Abusos sexuales | 0,9% | | 1,9% | 0,7% |

Fuente: OMS. Maltrato de las personas mayores (2022) *Error! No se encuentra el origen de la referencia.*

Leyes para la defensoría de los habitantes de la tercera edad

Costa Rica

En nuestro país se cuenta con la Ley N°7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, en cuyo artículo 1 procura que el adulto mayor tenga igualdad de derechos, con las mismas oportunidades que el resto de la población, promoviendo la permanencia del adulto mayor en su núcleo familiar, impulsando la atención integral e interinstitucional del adulto mayor y garantizando la protección y seguridad social del mismo.

En el artículo 3 se promueve su derecho a la vivienda digna, garantizándole entornos saludables y adaptables. La atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación, protección jurídica de las personas adultas mayores que sufren de violencia física, sexual, psicológica y patrimonial, son objetos de la ley.¹⁵

El Capítulo II de dicha ley está precisamente enfocado en la salud de la persona adulta mayor, y enfocándose detenidamente en los

derechos de los adultos mayores de nuestro país. El artículo 12 "Deberes del Estado" menciona que el Estado mismo debe de velar por las óptimas condiciones de vida, salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad del adulto mayor, aspectos que se refuerzan en sus artículos 17 "Deberes estatales" y 18 "Acciones del Ministerio de Salud", mismos que promueven la atención integral para el adulto mayor por medios de programas de prevención y promoción de la salud, curación y rehabilitación, autocuidado y protección. Como parte del deber estatal se establece la creación de centros de Geriátrica en todos los hospitales generales, regionales, clínicas y EBASIS públicos del país en los que se debe contar con personal especializado, con los recursos tanto humanos como físicos para garantizar una atención adecuada al paciente. Estos entes deben ser asesorados por el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Raúl Blanco Cervantes. La ley garantiza que el Ministerio de Salud debe promover programas dirigidos a la población, educación poblacional, desarrollo de programas¹⁵.

El artículo 57 "Medidas de protección", artículo único del título V "Procedimientos y sanciones" menciona lo siguiente:

Para prevenir la violencia física, psicológica, patrimonial o sexual contra las personas adultas mayores, se aplicarán las medidas de protección y los procedimientos ordenados en la Ley contra la violencia doméstica, No. 7586, de 10 de abril de 1996. Estarán legitimados para solicitarlos, en especial los representantes de las instituciones públicas y privadas encargadas de los programas de atención a la persona adulta mayor, así como cualquier persona que conozca de estos abusos. ¹⁵

Ante una agresión física, la ley castiga al victimario con una pena de uno a tres meses de prisión, cuando los daños no lleguen a determinar

algún tipo de lesión incapacitante. De uno a tres meses de prisión a quien acose sexualmente con proposición indecorosa o grotesca y de tres a seis meses de prisión a quien genere algún tipo de acoso sexual que implique tocamientos inmorales o exhibicionismo. No existe artículo ninguno que penalice la violación sexual contra el adulto mayor. Se sanciona con uno a seis meses de prisión a quien ejerza algún tipo de presión o maltrato de tipo psicológico en el que denigre o manipule a la víctima.

Para el 2020 se promulgó la Ley N°9857, que penaliza el abandono de las personas adultas mayores. Su artículo 142 penaliza de diez a cien días de multa o de uno a seis meses de prisión a quien, teniendo obligación de cuidar a un adulto mayor, lo abandone; de seis meses a tres años de prisión a quien, como consecuencia del abandono, ponga en peligro la vida del adulto, y de tres a seis años de prisión si hay daño grave a la salud o daño físico. Si como consecuencia se genera la muerte del adulto mayor, la sanción comprende de seis a diez años de cárcel¹⁶.

Caja Costarricense del Seguro Social: aportando a la Salud Integral de la Persona Adulta Mayor

Para el 2022, la CCSS emitió un resumen ejecutivo del cumplimiento de políticas nacionales, dirigido por la Gerencia Médica, en el cual se insta al fortalecimiento a la atención de la persona adulta mayor desde el primer nivel de atención. En el Expediente Digital único en Salud (EDUS), que empezó a regir a partir del 2018, se implementaron los instrumentos de valoración de riesgo de pérdida de la capacidad funcional del adulto¹⁷; Para el primer nivel de atención, el sistema lo incluye con el propósito de que el médico general costarricense procure de forma correcta al anciano en la consulta y determine su funcionalidad. En virtud de ello, se actualizó el curso Valoración Funcional de la Persona Adulta Mayor desde mayo 2021.¹⁷

Por su lado, desde el primer nivel de atención se realizó un recuento para el cumplimiento de dicha normativa durante los años 2017 y 2018, siendo que, las áreas de atención primaria promueven el envejecimiento saludable de las personas de la tercera edad, suscitando talleres para la promoción de estilos de vida saludables, prevención de la violencia, capacitación al cuidador principal, brindando información para el fortalecimiento de conocimientos, habilidades y mejorar las destrezas para el cuidado y autocuidado, promover la actividad física entre otros¹⁷ También se impulsa a los ciudadanos de oro a la celebración del mes de la persona adulta mayor, en octubre de cada año y por sobre todo, el 15 de junio como el Día Contra la Violencia a las Personas Adultas Mayores.

Durante la consulta médica en nuestro país, y gracias al sistema del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), se pueden utilizar varias escalas para la atención al adulto mayor. Se citan las escalas de *Mini-Mental State Examination* (MMSE)*, *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), Test del Reloj, Barthel*, Lawton y Brody* o *Yesavage*^{*1} sin embargo, no son escalas para la prevención del abuso a ellos, o que se puedan usar en un adulto que está siendo víctima de maltrato. Estas son herramientas para conocer la dependencia que pueda poseer el adulto mayor o para conocer su estado de ánimo actual, así como para conocer el estado cognitivo actual del paciente. Si el médico tratante conoce los factores de riesgo que pueda poseer el adulto mayor para ser víctima de agresión, sabrá que con ciertos resultados pueden esclarecer o prever el abuso y con ello el médico debería enseñar tanto al paciente como al cuidador.

¹ *Agregadas al anexo 1

Leyes internacionales para la protección del adulto mayor

Las leyes implementadas en otras naciones para la protección al adulto mayor son muy distintas a las nuestras, desde su contenido, hasta la forma en la que se penalizan cada una de sus infracciones. Países como Colombia, Japón y Estados Unidos poseen leyes para la protección a la persona adulta mayor, leyes que penalizan el maltrato ejercido a ellos con multas, sanciones, penalización por cárcel, entre otros. Tienen leyes que se ejercen sobre el servicio de salud de cada país y mismos que velan por el cumplimiento de las mismas.

Japón

En el año 2005 Japón publicó su Ley N°124 “Ley de prevención del maltrato del adulto mayor y apoyo a los cuidadores personas mayores”. En su artículo 3 se menciona que el Estado y los Gobiernos locales deben prevenir el abuso en los adultos mayores por medio de protección de manera rápida y eficaz de la víctima y apoyar de forma adecuada al cuidador por medio de entidades u organizaciones públicas o privadas con el fin de prevenir abuso en un adulto mayor. El Estado y los gobiernos deben de capacitar a los funcionarios gubernamentales para que puedan actuar de forma rápida ante un caso de abuso. Del del mismo modo, el Estado tiene la obligación de enseñar a los ciudadanos dando a conocer las posibles señales de abuso y que con ello se realice la respectiva denuncia; se obliga al ciudadano a realizar la denuncia.³⁸

El artículo 6 de esta ley establece que los municipios propicien en cuidado de los adultos mayores, con el fin de prever el maltrato en ellos y dar protección a aquellos quienes ha sido agredidos. Con refuerzo en su artículo 28, el Estado y los gobiernos locales deben prevenir el daño a aquellos que han sufrido maltrato. El artículo 7 establece que si se sospecha de abuso o se tiene el conocimiento que un adulto mayor ha sido violentado, debe ser inmediatamente reportado al municipio de

forma confidencial, bajo su Código Penal, Ley N°45 de 1907. El artículo 9 declara que una vez se ha registrado la denuncia de un adulto mayor maltratado, debe actuar de forma inmediata para asegurar la integridad de la víctima, propiciando alojamiento inmediato del adulto mayor en un centro de admisión de corto plazo y orientado para personas mayores, según lo establece la Ley de Bienestar Social para las Personas Mayores³⁸ Los artículos 10 y 12 requieren del servicio policial para la inspección en el sitio, realizar la investigación o interrogatorios pertinentes, asimismo, la aprensión y/o arresto de las personas victimarias sospechosas, con tal de asegurar la salud o vida del adulto. De la misma forma, lo refuerzan los artículos 27, 29 y 30 de la ley en estudio.³⁸

El artículo 20, incluye a todo aquel personal encargado de velar por la salud de los adultos mayores en centros de atención a largo plazo. En los casos en que se haya ejercido violencia contra un adulto mayor, debe ser denunciado de forma inmediata la agresión o la sospecha de tales acciones, asimismo, la víctima puede realizar la denuncia, ambas de forma confidencial. El personal que ha realizado la denuncia no debe ser tratado desfavorablemente, por ejemplo, su despido motivado en haber presentado el informe delictivo³⁸. Se infiere de dichos artículos que todo personal médico y de enfermería que sospeche de maltrato tiene la obligación de reportarlo de forma inmediata a los municipios locales.

La Ley 124 es y debe ser empleada tanto para el uso doméstico como el entorno institucional (hospitales, centros de cuidado a largo plazo) de mismo modo, el personal de salud debe también proveer información acerca de los métodos preventivos de maltrato, proporcionando consultas, orientando y apoyando al cuidador con apoyo médico, psicológico e incluyendo el relevo del cuidador con personal experimentado.³⁹

Colombia

Colombia ofrece protección al adulto de la tercera edad con su Ley N°1850 del 2017. Su artículo 17.A promueve “Los centros de protección social de día, así como las instituciones de atención que deberán acoger a los adultos mayores afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención”³⁶. El artículo 229 “Violencia familiar” establece la pena con cárcel de cuatro a ocho años a quien genere daño físico o psicológico a cualquier miembro de la familia “La pena se aumentará entre la mitad a las tres cuartas partes cuando la conducta recaiga sobre un menor, una mujer, una persona mayor de 60 años o que se encuentre en incapacidad o disminución física, sensorial y psicológica o sobre quien se encuentre en estado de indefensión”.³⁶ El artículo 230 “Maltrato mediante la restricción a la libertad física” y el artículo 229A “Maltrato por descuido, negligencia o abandono de la persona mayor de 60 años” penalizan desde los dieciséis meses hasta los ocho años de cárcel, aunándose a multas de 1.33 a 5 salarios mínimos legales mensuales para quienes infrinjan la ley. Las penas son impuestas tanto para aquellas personas familiares como para cuidadores o tutores que propicien alguno de los tipos de abuso al adulto de la tercera edad, sea que se esté en el hogar o una institución a la que corresponde su cuidado.

La misma ley, bajo su artículo 6 “Atención inmediata” obliga al Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, a implementar atención inmediata al adulto mayor maltratado tanto en los ambientes familiares como en centros de protección social e instituciones que se encargan del cuidado y protección de ellos. Por su parte, el artículo 10 “Responsables del cubrimiento de la asistencia alimentaria de adultos mayores en condición de abandono, descuido o violencia intrafamiliar” establece que el gobierno nacional, a través de otros servicios públicos,

debe brindar atención a los adultos mayores en condiciones de descuido, negligencia, abandono o víctimas de violencia intrafamiliar.

En referencia a otras leyes, cabe citar la Ley N° 2055 del 2020, relacionada con los derechos del adulto mayor. Ésta emerge tras la aprobación de la “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, en la que, aparte de reconocer sus derechos, promueve su protección, el reconocimiento, la educación a la ciudadanía, el goce y el ejercicio de los derechos del adulto mayor para que de esta forma, puedan tener una vida plena, más inclusiva y autónoma en el país.³⁷

Estados Unidos. California

Las leyes en los EEUU legislan desde leyes federales hasta leyes estatales, y difieren en cada estado, según sus propios códigos penales. La legislación californiana posee, entre muchos otros, el Código Penal-PEN. La sección 368 de su capítulo 13, “Delitos contra ancianos, adultos dependientes y personas con discapacidad”, tipifica el maltrato a los adultos mayores como delito grave. Esta ley busca proteger al adulto mayor vulnerable incluyéndose a aquellos que padecen enfermedades físicas o mentales. El artículo incluye el maltrato contemplado como: daño físico o agresión, abuso emocional o psicológico, negligencia o abandono, explotación o abuso financiero o robo, incluyendo la privación ilegal de la libertad a cualquier persona de 65 años o más.⁴⁰

Cabe destacar que no solo se enjuicia a quien comete un delito mayor, provocando lesión de gravedad y/o muerte a un adulto mayor, sino también a todo aquel al que se le ha realizado una denuncia por sospecha o por cometer un delito menor. Se injusticia al victimario según lo que haya realizado a su víctima, puede ser desde una multa monetaria hasta un periodo en prisión. Todo aquel que provoque daño corporal o

muerte, así como que provocase o permitiera daño físico, mental o pusiera en peligro la salud de su víctima, es castigado a cárcel del condado que no exceda a un año o una multa que no se exceda de los US\$6,000 dólares, o con multa y prisión de forma simultánea o por medio de prisión estatal que no exceda los cuatro años. Se enjuicia a la persona propiciándole:

- Tres años de cárcel estatal si la víctima es menor de 70 años.
- Cinco años de cárcel estatal si la víctima es de 70 años o más.
- Cinco años de cárcel si provocó la muerte a persona menor a 70 años.
- Siete años de cárcel si provocó la muerte a víctima de 70 años o más.

Todo aquel que no sea el cuidador de un adulto mayor y viole cualquier disposición legal del mismo, se mediante robo, malversación, falsificación o fraude, así como robo de identidad, tendrá una multa de no más de US\$10,000 dólares o prisión en cárcel del condado por no más de un año, o multa y prisión. Si el victimario priva de libertad al adulto mayor mediante el uso de la violencia, amenaza, fraude o engaño, se le castiga con una pena de dos a cuatro años de prisión del condado. En todo caso, la víctima tendrá una restitución de su protección en centros a largo plazo o con otro familiar.

Factores de Riesgo de Abuso

Ante la valoración integral al adulto mayor, se ha dictaminado que los pacientes que sufren o han sufrido cualquier tipo de abuso, manifiestan ciertos factores de riesgo que los hace vulnerables o predispone mayormente a la agresión. En Costa Rica, la atención al adulto mayor consta de la revisión de las cuatro esferas del paciente:

- Valoración médica: condición del paciente, síndromes geriátricos, estado nutricional, estado de salud, problemas y/o enfermedades

(comorbilidades) que aquejen el adulto, estudios de laboratorio y de imagen.

- Valoración funcional: se valora por medio de las escalas de funcionalidad Barthel y Lawton y Brody, test "levántate y camina", prueba levantarse de la silla, pruebas de equilibrio; se dictamina si el paciente posee los correctos dispositivos de apoyo y si estos mismos requieren alguna mejoría.
- Valoración social: se visualiza si existe o no una vulnerabilidad social y/o familiar del ambiente que rodea al paciente, si llega o no acompañado a las consultas y quienes lo acompañan. Se dictamina por medio del aseo del paciente. Se valora cualquier aspecto social en el contexto del paciente que sea capaz de facilitarle el desarrollo de enfermedades o qué circunstancias favorecen el empeoramiento de sus condiciones de salud.
- Valoración mental y cognitiva: se verifica el estado psicológico, se valora si hay pérdida de memoria, se realiza la aplicación del test *Yesavage*, el test *minimal* y el test del reloj.

Con esta valoración se pueden determinar los factores de riesgo asociados a cada una de estas áreas. Asimismo, existen factores asociados a la víctima y al perpetrador. El abuso generado contra estas personas no se limita a solo la agresión ni se limita a sus hogares, también se contempla en las comunidades, las residencias, los centros diurnos de cuidado, la casa de cuidado u hospitales₈.

Tabla 1: Factores de Riesgo Individuales de la Víctima

| <i>Físico</i> | <i>Emocional/ Psicológico</i> | <i>Cognitivo</i> | <i>Económico</i> | <i>Social</i> | <i>Otros</i> |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|-------------------------------------|---|
| Dependencia de alto grado | Relación familiar | Pérdida de memoria | Ingreso económico mensual | Se dedica al hogar | Edad mayor a los 75 años |
| Discapacidad física | Trastorno ansioso/depresivo | Demencia | Jubilación con pensión | Sin vivienda | Raza o etnia afrodescendiente, indígena |
| Encamamiento | Sentimiento de soledad | Tratamientos psiquiátricos | Trabaja actualmente | Traslado a centros de cuidado | Mujer |
| Múltiples comorbilidades | Fácil labilidad | Desorientación frecuente en las tres esferas | Dependencia financiera | Abandono por parte de la familia | (abuso sexual) |
| Alteraciones visuales y/o auditivas | | Alteraciones del sueño | Necesidad de que otro vele por sus ingresos | Bajo nivel socio-económico | Auto negligencia |
| | | Pérdida de la conciencia | Delega el manejo de su dinero a otro | Descuido | |
| | | | Bajo ingreso monetario o no hay pensión | Aislamiento | |
| | | | Bajo nivel socio-económico | Red de apoyo limitada o inexistente | |
| | | | | Baja autoestima | |
| | | | | Soltero, divorciado o viudo | |

Fuente: Elaboración propia; compilación de datos basados en "Elder abuse: Global situation, risk factors and prevention strategies²¹", "Abordaje integral del adulto mayor ante diferentes formas de abuso: un acercamiento desde la medicina familiar en Colombia. Salud, Barranquilla"²²

Debido a los anteriores factores de riesgo registrados se generan los distintos actos de violencia contra el adulto mayor. Dependiendo del tipo de riesgo que ostente el anciano así es como se efectúa el maltrato, por ejemplo, aquel anciano que se ve afectado por una demencia puede ser víctima del abuso verbal y/o físico, o un adulto que se encuentra encamado puede tener negligencia, abandono, violencia verbal.

Tabla 2: Factores de Riesgo asociados al abusador

| Emocional/Psicológico | Económico | Otro |
|---|-------------------------------------|---------------------|
| Apego al adulto mayor | Dependencia económica con el adulto | Abuso de sustancias |
| Sobrecarga | | Alcoholismo |
| Enfermedad mental, como esquizofrenia | Bajos ingresos | Falta de vivienda |
| Trastorno ansioso/depresivo | Desempleo voluntario o involuntario | |
| Historial de hospitalización en centro psiquiátrico | | |
| Victimización | | |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos Elder abuse: Global situation, risk factors and prevention strategies²¹

Muchas veces los cuidadores de los adultos mayores no llegan a "soportar" su cargo de cuidado, perpetuándoles actos de violencia. Quienes tienen alteraciones mentales muchas veces no saben o no se dan cuenta

del verdadero efecto por sobre su víctima. En ocasiones, cuando el cuidador tiene algún tipo de abuso de sustancias o alcohol, llega a tomar posesión de la economía del adulto mayor o se apoderan (de forma obligada en algunos casos) de bienes inmuebles del anciano, o los obligan a realizar el traspaso de sus patrimonios con el fin de venderlos y obtener su dinero, siendo el móvil de la agresión el dinero o bienes físicos.

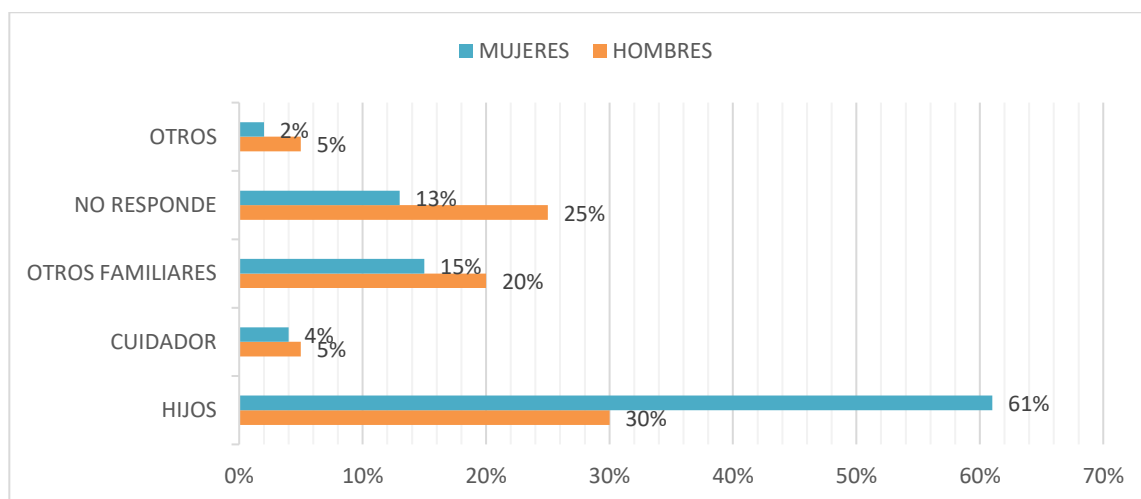
Tabla 3. Agresores más comunes según el tipo de relación con su víctima y estado civil del adulto mayor más vulnerable

| Familiar | Estado Civil |
|--------------------|---------------------|
| Conyugues o pareja | Casado |
| Hijos | Soltero |
| Nietos | Divorciado/Viudo |
| | Separado |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos Elder abuse: Global situation, risk factors and prevention strategies²²

Se ha visto que quienes ejercen mayor violencia contra un adulto mayor son los cónyuges y los hijos o el cuidador principal. Según Alvarado Calvo jefe del Área de Trabajo Social del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, en el año 2000, en una encuesta realizada a 20 varones y 55 mujeres que llegaron al servicio médico con datos de agresión, quienes más ejercieron maltrato hacia los adultos mayores fueron los hijos.

Gráfico 3. Parentesco del ofensor de hombre y mujeres atendidos en el CEINAA por abuso durante el año 2000



Fuente: Elaboración propia con base a los datos de "EL ABUSO EN LAS PERSONAS MAYORES" Alvarado Calvo²⁴

Abordaje diagnóstico y preventivo internacional contra el abuso al adulto mayor en el Primer Nivel de Atención Estados Unidos

EEUU utiliza múltiples herramientas elaboradas para dar con un diagnóstico certero ante los casos de sospecha de abuso o abuso perpetrado contra el adulto mayor. Dicho diagnóstico se obtiene mediante encuestas, tamizajes y estudios que logran convertirse no solo diagnóstico sino en recurso preventivo. Son empleados en el ámbito laboral del sector primario y en los servicios de emergencias, en donde éste último se orienta especialmente hacia aquellos médicos generales que están prestando su servicio en esta área.

Como cualquier otro tipo de diagnóstico, se inicia bajo una sospecha clínica, por lo que en sus leyes siempre se menciona como detectar el abuso en el adulto mayor. El estado de California, por medio de la *California Advocates for Nursing Home Reform (CANHR)*, da énfasis

especial en reconocer los signos físicos tales como desnutrición, deshidratación, escaras, pérdida de peso inexplicable, lesiones físicas evidentes que sean sospechosas, reacción sobre exagerada al tocar la lesión, contusiones, desgarros en piel, huesos o dientes, hematomas, etc. Los indicadores del comportamiento del paciente revelan elementos de sospecha, entre los que se indican: agitación, ira, confusión o desorientación, defensividad, depresión, miedo, desamparo, miedo a hablar abiertamente, excusas inverosímiles, falta de respuesta, retirada, etc.³². También se debe sospechar de los casos donde la historia del paciente es contradictoria a la del familiar, evidenciando que se produce aislamiento social o restricción a la actividad del paciente, indiferencia o enojo del cuidador/familiar hacia el adulto mayor. La CANHR menciona que la sospecha y/o el abuso diagnosticado debe ser denunciado de forma obligatoria.

Posteriormente a la identificación por medio del examen físico y la revisión de la historia clínica del paciente, su historial médico, la observación e identificación como paciente con alto riesgo, se utiliza, tanto en la clínica del sector primario de salud como el servicio de emergencia, un cuestionario breve que es empleado en aquellos casos que se sospeche de violencia

En EEUU se cuenta con distintas herramientas tales como la CIE-10-CM (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica) para dar el diagnóstico y registrarlo. La CIE-10-CM es un sistema estandarizado para la clasificación de diagnósticos y afectaciones médicas; fue especialmente modificada tras la pandemia del COVID-19. Utilizando mediante códigos tras la identificación del problema, se usa su sección XIX: Lesiones, intoxicaciones y ciertas otras consecuencias de causas externas, su apartado T66-T78: Otros efectos,

no especificados, de causas externas, y su subsección T74: Síndromes de maltrato, bajo los siguientes códigos⁴⁵:

- T74.0: Negligencia o abandono
- T74.1: Abuso físico
- T74.2: Abuso sexual
- T74.3: Abuso psicológico
- T74.8: Otros síndromes de maltratado
- T74.9: Síndromes de maltrato, no especificado⁴⁵

Con esta herramienta se logra prevenir futuros tipos de abuso, ya que estos códigos quedan registrados en el expediente médico y así otorgar el diagnóstico, para que con éste se pueda iniciar la intervención: brindar tratamiento físico y/o psicológico, garantizar la seguridad y remitir el informe correcto a las autoridades.

Una vez identificado y diagnosticado qué se debe intervenir, se inicia por tratar el problema que pueda poner en riesgo la vida del paciente (traumas, contusiones, hemorragias, fracturas, deshidratación, trastornos metabólicos o electrolíticos) y con ello estabilizar al paciente. Seguido de ello, tratar los problemas médicos menores, así como los psicológicos o traumáticos. Se debe garantizar la seguridad del paciente: se aísla de su presunto agresor, lo que es especialmente difícil si el agresor es quien está -legalmente- encargado del adulto mayor. Por último, se informa a las autoridades a cargo de la seguridad del servicio médico privado, administración médica y departamento legal del centro médico, y al servicio policial que puede ser requerido para la vigilancia de la víctima en el centro médico¹⁰. El médico que atendió al paciente debe tatar de contactar al médico de cabecera y al trabajador social. Posterior a esto se brinda atención al paciente al pie de la cama.

Uno de los métodos preventivos que conserva este país es la utilización de la encuesta EASI (*Elder Abuse Suspicion Index*) Anexo para pacientes cognitivamente intactos. La encuesta es usada en entornos de atención ambulatoria o clínica y en el servicio de emergencias⁴⁷. El cuestionario se basa en la aplicación de seis preguntas de las cuales las primeras cinco son contestadas por el paciente y la sexta por el médico tratante. Se debe realizar en un ambiente tranquilo, esperando también que el paciente esté alejado de su presunto agresor al momento de aplicarse la prueba o que éste no tenga conocimiento del contexto incluido en el cuestionario.

Japón

El país oriental, al igual que EEUU, tiene como método preventivo el uso de la EASI en el ámbito médico del sector primario de la salud y del área de emergencias; esto con el fin de detectar posibles agresiones. Todo Japón goza de ciertos lineamientos y guías nacionales que luego se pueden modificar según sea necesario en cada prefectura o municipio del país.

En la prefectura de Okinawa, la ciudad de Naha, ha modificado la guía nacional publicada por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón, en donde publica las pautas de prevención del maltrato a los adultos mayores, involucrando a distintas organizaciones tales como policía municipal, médicos, cuidadores de centros para ancianos, cuidador responsable en el domicilio o al resto de los ciudadanos. Aporta de forma esencial la capacitación del personal médico dos veces al año y agrega más capacitaciones cada vez que se requiera de manera extraoficial a las programadas. También se crea un comité de Prevención del Maltrato a Personas Adultas Mayores y sus miembros deben reunirse cada vez que

exista una situación de maltrato diagnosticada y al menos dos veces al año.⁴⁹

En caso de una situación de maltrato identificado, que sea manifestada de forma anónima o por el médico tratante, la policía o por otro ciudadano, se levanta la denuncia de forma inmediata ante el municipio y se procura la protección del adulto eliminando la causa de maltrato. Si durante la investigación se estima que la agresión fue provocada por personal médico o cuidador, se toman medidas necesarias sin importar su rango o puesto. En caso de sospecha de abuso se notifica a los responsables de Prevención de Abuso a las Personas Mayores. El abuso dentro de los centros de cuidado o de salud es más difícil de detectar, por lo que diariamente el personal del Comité de Prevención del Abuso a Personas Mayores fomenta esfuerzos por detectarlo. En caso de quejas por abuso, éstas se remitirán directamente a la dirección del centro.⁴⁹

Estas directrices son de uso público para que tanto adultos mayores como familiares o sus cuidadores puedan consultarlas en el momento que lo requieran⁴⁹. De igual naturaleza es el fomento de la formación sobre el derecho y prevención del maltrato a los adultos mayores. Tanto las directrices como los sistemas de consultas pueden darse por vía telefónica o electrónica.

Cuando el médico capacitado sospecha de abuso, debe realizar una entrevista de forma privada y confidencial al paciente. Si éste ingresó con señales claras de agresión, de forma que pone en riesgo su vida, se toman medidas de protección inmediata como, por ejemplo, el ingreso hospitalario o coordinación con los servicios de sociales para la protección del adulto mayor. Si se identifica abuso en cualquiera de sus formas, especialmente tras el uso de la EASI, se protege al paciente y se le aísla del presunto agresor. Seguidamente se reporta al Comité de Prevención

de Abuso del centro médico o de cuidado, estableciendo los roles y designando responsabilidades, a saber, quien denuncia, quien acompaña al paciente, etc. Asimismo, se alerta al Trabajador Social y luego se reporta al Servicio Social Municipal o al Centro de Apoyo Comunitario de la Prefectura. Se implementa un plan de protección para el adulto mayor con monitoreo a su seguridad futura, visitas y consultas periódicas.⁴⁹

Colombia

La ley colombiana obliga a los profesionales de la salud a detectar, documentar y reportar cualquier caso de sospecha o abuso en el adulto mayor. Cuando el médico tratante sospecha de abuso en pacientes como tales, o llega a visualizar señales de su abuso, el profesional deberá realizar un tamizaje (*screening*) de preguntas en privado, aislado del familiar o cuidador del paciente.

El Ministerio de Salud y Protección Social del Gobierno de Colombia, ha emitido en el 2018 una Cartilla sobre el Buen Trato a las Personas Adultas Mayores. Propone estrategias para que los médicos o personal de salud logren que se dé una sensibilización correcta hacia el buen trato a los adultos mayores. No existe un programa establecido, sin embargo, se incluyen estrategias preventivas tales como las campañas de sensibilización. También invita a la familiarización con las entidades para la denuncia y el suministro de información a la comunidad en general.⁵⁶

El screening en Colombia usa el *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)* que involucra 15 preguntas, que deben ser dirigidas por el médico a su paciente con el fin de detectar los factores de riesgo para que se propicie el abuso en la persona adulta mayor, incluyendo negligencia o explotación. Un puntaje de tres o más implica alto riesgo por agresión y con ello el adulto mayor debe ser alejado del acusante o las causas de peligro a su vida. También el médico colombiano

puede usar la EASI, más ésta no es de uso obligatorio según las leyes del país, pero sí se recomienda en la práctica médica. Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, en su resolución 459 del 2012 "Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, domina un apartado para la correcta evaluación y posterior protocolo de manejo en los casos de violencia sexual en un adulto, en donde la valoración clínica incluye la valoración física, examen genital y examen mental de la víctima. Sin embargo, esta ley no menciona que tales valoraciones sean indicadas para personas adultas mayores.⁵⁴

Junto al screening siempre se debe realizar el examen físico pertinente para que, con ello, se dé el diagnóstico por abuso. Si el paciente ya posee su diagnóstico, por requisito legal la institución de atención tiene la obligación de acoger al paciente como medida de protección y prevención. Con ello el médico debe tratar y atender al paciente por lesiones; todo debe documentarse cuidadosamente. Junto a esto se hace la valoración psicológica y psicosocial de forma obligatoria. Cuando se comprueba un caso existente de abandono, esta atención se coordina con la Policía Nacional, la Comisaría de Familias y/o Ministerio Público (Personería/Defensoría) y el Centro de Protección Social³⁶, siendo que por ley es obligatorio que se reporte a cada una de estas instituciones. El Gobierno Colombiano ha dado un reporte nacional de manejo público en el cual aseguran las distintas rutas para dar una denuncia por maltrato a un adulto mayor, incluye las líneas telefónicas junto a correos electrónicos mediante los que se puede efectuar la denuncia; no solo por parte de un personal médico. Esto se realiza de esta forma para que los ciudadanos también conozcan sobre el tema.⁵⁵

Costa Rica: Abordaje del abuso en el primer nivel de atención

En la actualidad, nuestro país no cuenta con un protocolo apropiado para la obtención de un diagnóstico certero de abuso perpetrado al adulto mayor. De modo similar, no existe una correcta formación médico - preventiva para dar a conocer a los pacientes que son víctimas de abuso. A la fecha, al médico general costarricense no le son propias las estrategias correctas para prever -desde el punto de vista médico- cualquier forma de abuso contra el adulto mayor.

Lo más importante para prevenir el abuso a estas personas es la identificación oportuna de un cuadro de agresión; para lo que el médico debe poseer una adecuada formación en el tema. Sin embargo, actualmente Costa Rica no posee recursos suficientes y necesarios que orienten a los médicos hacia tal detección, careciendo de formación, capacitación específica, utilización de herramientas, etc. Para el 2007 había un consenso en el que se mencionaron los recursos faltantes para la detección temprana de abuso, incluyendo la debilidad en la educación de médicos y ciudadanos ^{8, 4}

El médico siempre debe sospechar de cualquier signo de violencia ejercida contra el paciente de la tercera edad. Enfatizando en los descritos anteriormente, realizará la evaluación médica pertinente: historia clínica, examen físico y evaluación cognitiva. Una vez reconocida la agresión, el médico debe procurar la seguridad del paciente, máxime si se encuentra en peligro, si amerita internamiento y si se requiere la aplicación de recursos legales. En Costa Rica, cuando se conoce de un adulto que ha recibido abuso o violencia de algún tipo y el paciente no está en situación de riesgo, mostrando estabilidad cognitiva, se debería considerar si éste acepta la intervención o si al rechazarla está en la capacidad de hacerlos. Si el paciente acepta la intervención, se realiza un plan de seguridad -que

no es parte de un protocolo- en el que se brinda un contacto de emergencia y se refiere a los servicios pertinentes para seguimiento, así como una cita de control. Si este paciente rechaza la intervención, se le brinda educación y a partir del diálogo tratar acerca de aquellas intervenciones que estaría dispuesto a aceptar⁸

El médico tratante notifica y refiere al paciente al servicio de trabajo social y a la CONAPAM (cuyo contacto por medio de llamada es al: (506) 2223-8283 o línea dorada al 1165 abierta 24/7). Cuando hay sospecha de delito o se requiere un informe pericial, se deriva a la unidad médico-legal para un dictamen y soporte judicial, se incluye, además, el Poder Judicial, OIJ o juzgado competente. Se atienden las necesidades del paciente, contemplando si ingresa grave al servicio de emergencias o si fue atendido en la atención clínica (se considera la evaluación geriátrica integral) y se proporciona apoyo psicológico y el recurso social como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)⁵⁷

El médico registra todos y cada uno de los aspectos determinados durante la consulta y posterior a ella y asigna un plan de seguimiento con citas asignadas: clínica médica, psicología/psiquiatría, trabajo social, etc.

Estrategias implementables para el sistema de salud costarricense en la Atención Primaria

Una de las primeras estrategias preventivas a implementarse en el sistema de la salud pública es aumentar la disponibilidad de recursos destinados al cumplimiento de las leyes, la detección y el adecuado tamizaje del abuso hacia los adultos mayores, tal como se realiza en los países previamente mencionados.⁸

Otra táctica preventiva relevante es la mejora de difusión de la información relacionada con este tema, tanto para la ciudadanía en

general como para el sector de salud pública. Esto permitiéndose fomentar la concientización acerca de la problemática, incluyendo la situación actual y los desafíos futuros. Para ello, es fundamental fortalecer la educación y la capacitación del personal de salud, con el fin de que puedan observar, identificar y reportar correctamente los casos a las autoridades correspondientes.

Asimismo, una de las mejores tácticas aplicables en nuestro medio es optimizar el abordaje del paciente y el método diagnóstico del abuso. Ante cualquier tipo de abuso en este grupo poblacional —sin importar si se presenta de forma leve, moderada o severa—, la prioridad debe ser siempre la protección y seguridad del adulto mayor. Es importante considerar su opinión, escucharlo y atender sus necesidades; sin embargo, ante la sospecha o evidencia de abuso, la seguridad del paciente debe prevalecer de manera obligatoria.

Además de estas estrategias —actualmente ausentes o insuficientes en nuestro ámbito médico—, es necesario desarrollar centros de salud especializados en la atención del adulto mayor agredido, así como disponer de pabellones hospitalarios diseñados para esta población. Estos deberían contar con personal médico y de enfermería capacitado para brindar cuidados continuos y vigilancia adecuada.

Una estrategia fundamental consistiría en el aumento del recurso económico para la amplificación del sistema EDUS con la incorporación de un apartado específico para abuso y sus tipos para la consulta de adulto mayor y que pueda ser utilizada de la forma más rápida por el personal médico en especial para el servicio del primer nivel de atención y emergencias.

Al revisar y analizar la información internacional sobre la que se fundamentó la investigación, se considera que las mejores estrategias a implementarse en Costa Rica, con el objeto de establecer un plan nacional o forma de manejo de la agresión en un adulto mayor, son aquellas utilizadas en Japón. Nuestro país no avanza en este ámbito y es una problemática que se va a agravar con el paso de los años debido a la creciente cantidad de personas mayores de 65 años que se van a reunir en las décadas venidera. Las mejores estrategias a implementar en Costa Rica son las siguientes:

- Inicio de capacitación a los médicos generales y de emergencias para la identificación del abuso en las personas adultas mayores.
- Ingresar el *Elder Abuse Suspicion Index* al sistema de EDUS para así, proteger al paciente y no solo quedarse con estudios tales como el mini mental, test del reloj, test Yesavage, etc.
- Indicar un protocolo oficial a seguir.
- Implementar códigos internacionales de diagnóstico en el sistema EDUS, que solo deben usarse en la jerga médica, con el objeto de evitar que el presunto agresor se entere del paso a seguir por el médico tratante.
- Evitar que el médico solo acuda al Servicio del Trabajo Social. El médico podría tener mayor apoyo con la creación de un comité local de prevención y protección del adulto mayor.
- Contar con centros de alojamiento temporal dedicados al adulto mayor agredido. Estos deben contar con personal altamente capacitado en la materia, con los que se pueda dar estricta vigilancia al paciente.
- Lograr que otras entidades gubernamentales se involucren aún más para el cuidado del paciente agredido.

CAPÍTULO III

Marco Metodológico

En el presente capítulo se expone la metodología utilizada durante esta investigación. Se muestra cómo se produjo la elección de la documentación para tales fines; la elección de institutos especializados como modelos de gestión es mostrada en este capítulo.

Enfoque de la investigación

Se realiza una investigación fundamentada en una revisión bibliográfica, empleando un enfoque cualitativo, enfocándose en el manejo preventivo y el diagnóstico de la agresión en el adulto mayor. Se consideran las diversas estrategias internacionales que pueden ser aplicadas en el medio costarricense, desde el primer nivel de atención.

La elección de tal enfoque cualitativo permite, por una parte, visualizar de mejor forma la gran diversidad de estrategias de manejo preventivo y el diagnóstico de la agresión en el adulto mayor aplicada a nivel global, en tanto que, por otra parte, orienta hacia cómo se puede comparar con la situación nacional. Con este método se puede obtener información y datos precisos para la implementación de abordajes preventivos contra el abuso y maltrato en el adulto mayor costarricense.

Fuentes de información

Se realizó una revisión bibliográfica cimentada en artículos internacionales recientes, y nacionales publicados en los últimos 25 años, incursionando en las siguientes bases de datos: CCSS, CONAPAM, AGECO, INEC, rev. Med. Legal, Scielo, UCR, Ministerio de Salud, PubMed, UptoDate, ScieloNIH, NIA, rev. The Gerontologist, Journal of the American Geriatrics Society. Oxford University, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Rev TS nova, University of Shizuoka, Dialnet, e-STAT,

Census Bureau's of America, Statistics Bureau of Japan, *Nacional Institute of Population and Social Security Research*.

Criterios de búsqueda de las fuentes de información

La tabla 4 registra cuáles fueron los criterios de búsqueda de las fuentes de información utilizadas en el proceso de investigación. Los elementos de fundamentación de los criterios fueron: el objetivo del artículo publicado, los descriptores de la publicación, los motores de búsqueda - entendidos como las bases de las que se adquieren los artículos-, el periodo de estudio objeto del artículo, y el idioma en el que se produjo.

Tabla 4 Tabla criterios de búsqueda de las fuentes de información

| Objetivo | Descriptores | Motores de búsqueda | Periodo de estudio | Idioma |
|---|--|---|---------------------------|--------------------------|
| Exponer el abordaje del abuso del adulto mayor desde el primer nivel de atención, para la identificación de las mejores recomendaciones implementables en el sistema de salud costarricense | Cambios al sistema de salud de Costa Rica, prevención del maltrato. Evidenciar la poca preventiva en el país | CCSS, CONAPAM, AGECO, INEC, rev. Med. Legal, Scielo, UCR, Ministerios de Salud Japón, Colombia, Estados Unidos y Costa Rica | 2014-2025 | Español, Inglés, Japonés |
| Describir el abordaje diagnóstico del abuso del adulto mayor a nivel internacional | Demostrar como previenen el abuso en otros países, acción de los servicios de salud | PubMed, UptoDate, ScieloNIH, NIA, rev. The Gerontologist, Journal of the American | 2019-2025 | Español Inglés Japonés |

| Objetivo | Descriptores | Motores de búsqueda | Periodo de estudio | Idioma |
|--|---|---|---------------------------|-------------------------------|
| | | Geriatrics Society. Oxford University, Ministerio de Salud y protección Social Colombia, Rev TS nova, Dialnet Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón | | |
| Comprender el proceso del abordaje del abuso del adulto mayor en el sistema de salud costarricense | Sistema de salud en el país es pobre, demostrar la faltante de prevención | CCSS, CONAPAM, AGECO, INEC, rev. Med. Legal, UCR, Scielo, Ministerios de Salud, Ministerio de salud, trabajo y biniestar de Japón. CANHR | 2012-2025 | Español Inglés, Japonés |
| Compilar en base a la información presentada las mejores estrategias de abordaje preventivo del | Como se puede aplicar las medidas de prevención en el sistema de salud del país | PubMed, UptoDate, ScieloNIH, NIA, rev. The Gerontologist, Journal of the | 2019-2025 | Español Inglés, Japonés |

| Objetivo | Descriptores | Motores de búsqueda | Periodo de estudio | Idioma |
|--|---------------------|--|---------------------------|---------------|
| abuso en el adulto mayor implementables en el primer nivel de atención, en el sistema de salud costarricense | | American Geriatrics NIH, NIA, rev. Gerontologic. Oxford University, Ministerio de Salud y protección Social Colombia, Rev TS nova, Institute for Healthy Aging, Dialnet, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón | | |

Fuente: Elaboración propia, 2025

Criterios de Inclusión y Exclusión

La tabla 5 reúne los criterios de inclusión o aceptación y de exclusión o descarte de los artículos que satisficieron los criterios de búsqueda establecidos en la tabla 4. Las publicaciones que cumplieron tales criterios se constituyeron como fuentes de información sobre las que se fundamentó la investigación.

Tabla 5. Tabla criterios de inclusión y exclusión

| Criterios de Inclusión | Criterios de Exclusión |
|---|---|
| Artículos, fuentes, documentos de EE. UU y Japón por alta cantidad de estudios publicados por año y por comparación de zonas azules del mundo | Documentos, estudios, fuentes de Grecia e Italia que a pesar de tener en similitud las zonas azules hay pocas publicaciones o son descritas desde un punto socio-político |
| Documentos, estudios fuentes de Colombia por alta similitud sociodemográfica que ayuda en la alta comparación para con Costa Rica en el ámbito médico | Otros países latinoamericanos debido a la poca publicación de artículos médicos o legales en el ámbito de la protección del adulto mayor |
| Artículos sobre el abuso y maltrato al adulto mayor | Personas menores a los 65 años |
| Artículos con vigencia de más de 15 años | Artículos de ensayo, tesinas o tesis académicas |
| Artículos en español, inglés y japonés | Estudios sin conclusión estable |
| Artículos cuya población adulta de 65 años o mas | Estudios en idiomas fuera de los seleccionados |
| Artículos tomados de revistas médicas, gerontológicas, médicas legales, jurídicas | Noticias o publicaciones sin autor, fecha, o sin datos relevantes |
| Capitulo tomado de libros de geriatría y gerontología | Estudios que son solo de emergencias sin tomar en cuenta la población de 65 años o más |
| Tipos de estudio enfocados en revisiones bibliográficas, cuantitativas, cualitativas, ensayos clínicos, base de datos, informes de manejo público exclusivo del objeto de estudio | Estudios demográficos que no se interesen por el adulto mayor o por sitios donde su demografía no es sustancial para la comparación |
| Estudios estadísticos y de censo con proyecciones al año 2050 | Estados y Prefecturas que no son partes de las zonas azules ubicadas en EEUU y Japón respectivamente |
| Leyes empleadas para el estado de California, EEUU, prefectura de Okinawa, | |

| <i>Criterios de Inclusión</i> | <i>Criterios de Exclusión</i> |
|---|--------------------------------------|
| Japón, en defensoría de los adultos mayores | |

Fuente: Elaboración propia, 2025

Análisis de Información

Anexo A

Habiéndose aplicado los criterios de búsqueda, así como los de exclusión e inclusión de la información en la que se fundamentó la investigación, se procedió a la ejecución de un análisis de aquella, dirigida por los descriptores listados seguidamente. La tabla 6, Anexo A, resume la forma en la que se realizó el análisis de la información.

- **Autor / Revista / Año:** Esta columna proporciona datos de la persona o entidad que realizó la publicación y/o estudio, el medio de publicación, y el año de su realización.
- **Título del Artículo:** Incluye el título del artículo científico revisado.
- **Tipo de Estudio:** Indica el diseño de investigación utilizado en el estudio, pudiendo ser prospectivo, retrospectivo, experimental, observacional, u otro.
- **Nivel de Evidencia:** Este nivel se determinó según el diseño del estudio y su calidad, basándose en la jerarquía establecida por Sackett ⁵⁷: el nivel 1 representa la mejor evidencia y el 5 la peor.
- **Población:** Se especifica la población o muestra objeto de estudio, enfatizando la caracterización que la hace común al estudio.
- **Metodología:** Se describe con brevedad la forma en la que se efectuó el estudio, citando los métodos de recopilación de datos, el consentimiento informado de los participantes y cualquier otra información relevante sobre el diseño del estudio.

- Resultados y Conclusiones: Se ofrece un resumen de los principales hallazgos del estudio, sus datos más relevantes y las conclusiones

Tabla 6. Tabla Anexo A: Criterios de análisis de información alcanzadas a partir de los resultados obtenidos.

| Autor / Revista / Año | Referencia | Título del artículo | Tipo de estudio | Nivel de evidencia | Población | Metodología | Resultados y conclusiones |
|--|-------------------|--|--------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Juricol/ 2017 (SUIN Juricol) | 1 | Ley 1850 | Estudio cualitativo / Análisis legal | 3 | Sociedad colombiana | Revisión normativa /análisis documental | La ley establece medidas de protección y penalización frente al abandono y maltrato de personas mayores; aporta marco jurídico para protección y responsabilidad. |
| California Legislative Information / 2010 | 2 | Penal Code (Code 368 / Artículos relacionados) | Estudio cualitativo / Revisión legal | 3 | Sociedad estadounidense (California) | Revisión de código penal y jurisprudencia | Define delitos contra adultos mayores y dependientes; facilita mecanismos penales para sancionar abusos. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|--|
| Universi- dad de Shizuoka (Oshika Campus) / (s.f.) | 3 | 18_171 (docu- mento universi- tario) | Estudio descrip- tivo/re- gistro local (inferi- do) | 3 | Pobla- ción local japonesa (campus / región) | Análisis docu- mental / estadís- tico descrip- tivo | Presenta datos locales sobre adultos mayores; aporta evidencia descriptiva sobre situación regional (uso para contexto). |
| Brenes Camacho G. et al. / 2020 (CEPAL) | 4 | II Informe estado de situación de la persona adulto mayor Costa Rica | Metaa- nálisis / Informe técnico | 5 | Pobla- ción costarri- cense adulto mayor | Mixta: revisión docu- mental + estadís- ticas nacio- nales | Aumento progresivo de adultos mayores maltratados; evidencia de brechas institucionales y necesidad de políticas integrales. |
| Evans CS et al. / J Am Geriatric Soc / 2017 | 5 | Diagnosis of Elder abuse in U.S emergen- cy depart- ments | Analítico / Cohorte retros- pectiva | 1 | 6,723,667 adultos mayores que visitaron ED en CA (2012) | Estudio cuantita- tivo usando bases de datos adminis- trativas | Los diag- nósticos de abuso en ED fueron mucho menores que las sospechas estimadas — probable subregistro en emergencias. |
| OMS / 2022 (WHO) | 6 | Maltrato de las personas mayores | Estudio cualita- tivo / Docu- | 3 | Pobla- ción global | Revisión de evidenci a y reco- | Resumen de definiciones, tipos de maltrato, |

| | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | (fact sheet) | mento técnico | | | men- daciones | factores de riesgo y recomendaciones para detección y políticas públicas. |
| OMS / 2022 (WHO) | 7 | Envejecimiento y salud | Estudio cualitativo / Documento técnico | 3 | Población global de adultos mayores | Revisión documental / síntesis de políticas | Describe retos del envejecimiento y necesidades de salud pública, prevención del maltrato y promoción del envejecimiento saludable. |
| Montero Solano G. et al. / Med. Leg. Costa Rica / 2017 | 8 | Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor | Revisión bibliográfica | 5 | Población costarricense / clínicos forenses | Revisión narrativa de literatura y casos forenses | Analiza tipos de abuso, manifestaciones clínicas y recomendaciones forenses y legales para manejo del maltrato. |
| Japan Academy of the Prevention (Newsletter) | 9 | Elder Abuse / ニューズレタ (Newsletter N°8) | Fuente documental / boletín técnico | 5 | Población y profesionales en Japón | Resumen documental y divulgación | Boletín informativo con casos, definiciones y recomendaciones de prevención en contexto japonés. |

| | | | | | | | |
|--|----|---|--|---|---|--|--|
| National Institute of Health / National Institute on Aging / 2020 | 10 | Maltrato y abuso de las personas mayores (NIA) | Revisión bibliográfica / recurso educativo | 5 | Población estadounidense/global | Revisión y síntesis de evidencia | Explica tipos de abuso, señales, factores de riesgo y rutas de denuncia y apoyo; recurso para profesionales y público. |
| Jeannette MM y Brenes Y / 2007 | 11 | Maltrato, negligencia y abandono de la persona adulta mayor costarricense | Revisión bibliográfica | 5 | Población costarricense | Revisión documental y análisis cualitativo | Describe manifestaciones y factores sociales del maltrato en Costa Rica; subraya vacíos en prevención y protección social. |
| Rubio Acuña M. / Gerokomos / 2012 | 12 | Maltrato institucional a adultos mayores | Revisión bibliográfica | 5 | Residentes en instituciones geriátricas | Revisión de literatura y casos institucionales | Identifica factores institucionales de riesgo (personal, protocolos) y recomendaciones para mejora de calidad de cuidados. |
| Ávila Chacón L. / ECO Católico / 2024 | 13 | En la vejez, no me abandones | Fuente documental / periodística | 5 | Sociedad costarricense (lectores) | Reportaje / síntesis documental | Relatos y análisis sobre abandono de adultos mayores en Costa Rica; llama a |

| | | | | | | | |
|---|----|--|----------------------------------|---|---|--|---|
| | | | | | | | visibilizar problemáticas sociales y familiares. |
| Halter JB et al. / Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology / 2016 | 14 | Hazzard's geriatric medicine and gerontology (7ª ed.) | Texto académico / capítulo | 5 | Pacientes geriátricos globales (clínicos/estudiantes) | Revisión académica, capítulos temáticos | Manual de referencia que aborda evaluación geriátrica integral, incluyendo identificación y manejo de maltrato. |
| SCIJ / 1999 (Rep. Costa Rica) | 15 | Ley Integral para la Persona Adulta Mayor | Estudio cualitativo / Normativa | 3 | Sociedad costarricense | Análisis legal / revisión normativa | Establece derechos, protección y políticas para personas adultas mayores en Costa Rica; base legal para programas sociales. |
| CCSS / 2020 | 16 | Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor | Informe institucional / Programa | 3 | Personas adultas mayores atendidas por CCSS | Revisión de implementación de política institucional | Resume cumplimiento y acciones para atención integral; identifica áreas de mejora en |

| | | | | | | | |
|-------------------------|----|---|---|---|--------------------------------------|--|--|
| | | (Resumen Ejecutivo) | | | | | servicios de salud. |
| INEC / 2022 | 17 | Población de 65 años y más en Costa Rica se duplicará en los próximos 20 años | Estudio cuantitativo / proyección demográfica | 1 | Población costarricense de 65+ | Análisis estadístico/proyecciones demográficas | Proyección de rápido envejecimiento poblacional; implicaciones para políticas sociales y sanitarias. |
| INEC / 2024 | 18 | INEC apoya a AGECO para visibilizar realidad de la población adulta mayor de Costa Rica | Estudio cuantitativo / informe técnico | 1 | Población adulta mayor de Costa Rica | Campaña + análisis de datos | Visibiliza condiciones y vulnerabilidades de adultos mayores; refuerza necesidad de acciones intersectoriales. |
| OMS / 2023 (WHO) | 19 | Maltrato de las personas mayores (fact sheet/actualizado) | Estudio cualitativo / Fact sheet | 3 | Población global | Revisión de evidencia reciente y recomendaciones | Actualiza definiciones, magnitud y recomendaciones para prevención y respuesta ante el maltrato. |

| | | | | | | | |
|--|-----------|---|--|----------|---|--|--|
| <p>OMS/ 2022 (who)</p> | <p>20</p> | <p>Maltrato de las personas mayores</p> | <p>Hoja informativa/Informe en línea</p> | <p>5</p> | <p>Adultos de 60 años o más</p> | <p>Documentos informativos basado en la recopilación de datos epidemiológicos y evidencia internacional.</p> | <p>Aborda la definición, prevalencia, factores de riesgo y consecuencias del maltrato hacia las personas mayores. Destaca formas de abuso y la importancia de la prevención y políticas públicas.</p> |
| <p>Oxford Medical Education/ 2015</p> | <p>21</p> | <p>Minimal State Examination (MMSE)</p> | <p>Recurso educativo en línea</p> | <p>5</p> | <p>Adultos mayores con deterioro cognitivo leve, pacientes neurológicos o psiquiátricos</p> | <p>Guía clínica educativa basada en instrumentos estandarizados en la evaluación cognitiva</p> | <p>Presenta el MMSE, una prueba breve de evaluación cognitiva para medir la orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje, y habilidades visoespaciales. Incluye instrucciones, puntuación, y criterios de interpretación.</p> |

| | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|--|---|---|
| Pillemer K. et al. / Gerontologist / 2016 | 22 | Elder abuse: Global situation, risk factors and prevention strategies | Revisión bibliográfica / revisión crítica | 5 | Población global de adultos mayores | Revisión narrativa /sistemizada de literatura | Síntesis global de situación, factores de riesgo y estrategias de prevención; recomendaciones para investigación y acción. |
| Rojas Rodríguez J. et al. / Salud Uninorte / 2021 | 23 | Abordaje integral del adulto mayor ante diferentes formas de abuso | Revisión bibliográfica | 5 | Población colombiana y clínicos | Revisión narrativa y recomendaciones clínicas | Propone abordaje desde medicina familiar para detectar y manejar formas de abuso; enfatiza coordinación intersectorial. |
| Calvo Alvarado L. / Revista Trabajo Social / 2019 | 24 | El abuso en las personas mayores | Estudio de cohorte (según tabla) | 1 | 75 adultos mayores del Hospital (según fuente) | Cohorte / análisis cuantitativo clínico | Describe frecuencia y características del abuso en población atendida; identifica factores asociados en el contexto hospitalario. |
| Esmeraldas Vélez EE et al. / | 25 | El envejecimiento del adulto mayor y | Revisión / artículo científico | 5 | Población adulta mayor | Revisión documental y síntesis | Resume proceso de envejecimiento y características de- |

| | | | | | | | |
|---|----|--|--|---|--|--|---|
| Saberes del conocimiento / 2019 | | sus principales características | | | (genérico) | | mográficas y sociales relevantes para atención. |
| INEC / ENADIS 2023 | 26 | ENADIS 2023 — manifestaciones de violencia (cuadros) | Estudio cuantitativo / encuesta | 1 | Personas adultas con discapacidad en Costa Rica (ENADIS) | Encuesta nacional y análisis estadístico | Datos sobre manifestaciones de violencia en población adulta con discapacidad; aporta cifras para políticas y protección. |
| Rakesh Kochhar / Pew Research Center / 2014 | 27 | 10 projections of the global population in 2050 | Estudio cuantitativo / proyecciones | 1 | Población mundial | Análisis demográfico y proyecciones | Proyección de mayor población de 65+ para 2050; evidencia de envejecimiento global. |
| Colby S. y Ortman J. / Rural Health Information Hub / 2015 | 28 | Demographic Changes and Aging Population | Estudio cuantitativo / informe técnico | 1 | Población rural de EEUU. | Análisis estadístico / ficha técnica | Mayor proporción de adultos mayores en áreas rurales; implicaciones en acceso a servicios sanitarios y sociales. |
| Statistics Bureau of Japan / 2025 | 29 | Una mirada estadística a la población de edad | Estudio cuantitativo / informe estadístico | 1 | Población japonesa 65+ | Análisis estadístico nacional | Presenta estadísticas y proyecciones del envejecimiento en Japón; contexto |

| | | | | | | | |
|---|----|--|---|---|--|--|---|
| | | avanzada de Japón | | | | | para políticas sociales. |
| Shinichi Sekine / The Asahi Shimbun / 2023 | 30 | 8 die at nursing homes in fiscal 2022 as abuse cases hit record | Reporte periodístico con datos estadísticos | 3 | Adultos mayores en hogares de ancianos en Japón | Reporte y análisis periodístico de datos oficiales | Aumento récord de casos de abuso en 2022; registro de 8 muertes en residencias, evidencia de crisis en cuidado institucional. |
| Iwasaki Ayumu / The Mainichi / 2025 | 31 | Sons, daughters make up nearly 60% of abusers of elderly people of Japan: survey | Estudio cuantitativo (encuesta) / reportaje | 3 | Población de 65+ y cuidadores en prefectura de Osaka | Encuesta poblacional y análisis estadístico | Encuesta local muestra ~60% de abusadores son hijos/as; señala tensiones económicas/familiares como factor de riesgo. |
| CANHR - Reconociendo y reportando el abuso de ancianos | 32 | Reconociendo y Reportando el Abuso de Ancianos (CANHR) | Guía práctica / fuente técnica | 5 | Adultos mayores y profesionales de CA (EEUU) | Guía práctica, revisión legal y protocolos | Manual para identificar, reportar y gestionar casos de abuso de ancianos; incluye rutas legales y contactos. |
| RAE – Diccionario (DLE) / 2014 | 33 | “víctima” (RAE) | Fuente documental / definición | 5 | Público general | Definición lexicográfica | Definición de término «víctima», útil para precisar |

| | | | | | | | |
|---|----|----------------------------------|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | | | | | terminología en investigación. |
| RAE – Diccionario del estudiante / 2014 | 34 | “victima-rio, ria” (RAE) | Fuente documental / definición | 5 | Público general | Definición lexicográfica | Define «victimario», útil para conceptualizar agresor en estudios sobre maltrato. |
| Poder Judicial República de Costa Rica – Diccionario | 35 | “víctima” (diccionario judicial) | Fuente documental / definiciones legales | 5 | Usuarios judiciales en Costa Rica | Revisión de definiciones legales | Provee definición jurídica de víctima aplicable a procesos sobre maltrato. |
| República de Colombia – Ley 1850 de 2017 | 36 | Ley 1850 de 2017 (Colombia) | Estudio cualitativo / normativa | 3 | Sociedad colombiana | Análisis legal | Normativa que regula protección de la persona adulta mayor y sanciones por abandono/ abuso. |
| República de Colombia – Ley 2055 de 2020 | 37 | Ley 2055 de 2020 (Colombia) | Estudio cualitativo / normativa | 3 | Sociedad colombiana | Revisión jurídica | Complementa marco normativo sobre atención y protección a personas mayores. |
| Japanese Law Transla- | 38 | Ley de prevención del maltrato a | Documento legal / análisis | 3 | Sociedad japonesa | Revisión legal y traduc- | Establece obligaciones de notificación y apoyo a |

| | | | | | | | |
|--|----|---|--|---|------------------------------------|---|--|
| tion / 2021 | | las personas mayores (traducción) | | | | ción oficial | cuidadores; marco para prevención en Japón. |
| Tsukada N., Ikeda N., Katsumata A. / 2022 | 39 | A new step to prevent elder abuse in Japan | Artículo académico / comentario | 3 | Población japonesa / profesionales | Comentario académico / revisión de medidas | Describe avances legislativos y programas de prevención en Japón. |
| California Legislatures — Penal Code (PEN) 368 | 40 | Penal Code 368: Crimes Against Elder (California) | Estudio cualitativo / normativa | 3 | Población de California | Revisión legal | Detalla tipos penales, sanciones y definiciones para delitos contra ancianos y adultos dependientes. |
| IPSS — Population Projections for Japan 2001-2050 | 41 | Population Projections for Japan: 2001-2050 | Estudio cuantitativo / proyecciones demográficas | 1 | Población japonesa | Modelado demográfico y proyecciones | Proyecciones a largo plazo del envejecimiento japonés; base para planificación de servicios. |
| PRB — Fact Sheet: Aging in the United | 42 | Fact Sheet: Aging in the United States | Informe / estadística | 1 | Población de EEUU | Síntesis de datos demográficos y tendencias | Fact sheet que resume envejecimiento y sus implicaciones en salud y servicios. |

| | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|--|--|
| States / 2024 | | | | | | | |
| Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia / 2022 | 43 | Personas Mayores (Cancillería) | Documento institucional / político | 3 | Población colombiana | Revisión de políticas públicas y derechos | Describe política exterior/educativa sobre envejecimiento y derechos de personas mayores. |
| DANE / 2018 | 44 | Proyecciones de la Población (Colombia) | Estudio cuantitativo / proyecciones | 1 | Población colombiana | Proyecciones demográficas | Proyecciones poblacionales para planificación nacional. |
| WHO / ICD-10 Version 2019 | 45 | ICD-10 (clasificación internacional) | Fuente técnica / clasificación | 5 | Profesionales sanitarios | Revisión y codificación diagnóstica | Sistema de codificación que puede utilizarse para clasificar lesiones y condiciones asociadas al maltrato. |
| Chang ES, Levy BR / 2021 | 46 | High prevalence of Elder abuse during COVID-19 pandemic | Estudio multicéntrico / revisión empírica | 3 | Adultos mayores durante pandemia (global) | Revisión / estudio empírico sobre impacto COVID-19 | Aumento del maltrato durante la pandemia; identifica factores de riesgo y resiliencia. |
| Rosen T. et al. / Clin | 47 | Identifying and initiating | Revisión clínica / | 5 | Pacientes geriátri- | Revisión narrativa y proto- | Propuestas prácticas para detección e |

| | | | | | | | |
|--|----|--|---|---|--|--|---|
| Geriatr Med / 2018 | | interven- tion for Elder abuse in the ED | guía práctica | | cos en ED | colos clínicos | intervención temprana en servicios de urgencias. |
| Koga C. et al. / Japan Geronto- logical Evalua- tion Study / (citado) | 48 | Asociación entre abuso y restricción de activi- dades durante COVID-19 (Japón) | Estudio transver- sal / correla- cional | 3 | Adultos mayores japone- ses | Estudio cuantita- tivo (encues- ta) | Relación entre aislamiento/limi- tación de actividades y mayor riesgo de abuso durante pandemia. |
| Okinawa Prefec- ture guidance / (s.f.) | 49 | Directri- ces para preven- ción del maltrato a ancianos (Okinawa) | Docu- mento técnico / guía local | 3 | Pobla- ción local en Okinawa | Guía de imple- menta- ción regional | Proporciona directrices y medidas prácticas para prevenir maltrato en comunidades/ regiones. |
| Itami City flow- chart / (s.f.) | 50 | Flujo de respuesta al maltra- to de ancianos (Itami) | Guía técnica / proto- colo local | 3 | Ciuda- danía y servicios locales (Itami) | Diagra- ma de flujo y protoco- lo opera- tivo | Establece pasos locales de detección, notificación y apoyo a víctimas. |
| Ministry of Health, Labour and | 51 | Manual nacional para res- puesta al maltrato a | Docume nto nacional / manual | 3 | Pobla- ción ja- ponesa / autorida | Manual opera- tivo y guía de políticas | Marco nacional actualizado para respuesta y apoyo a cuidadores; |

| | | | | | | | |
|--|----|--|------------------------------------|---|--|--|---|
| Welfare (Japan) / 2025 | | ancianos y apoyo a cuidadores | | | des locales | | refuerza protocolos locales. |
| Pabón-Poches DK et al. / Aging Ment Health / 2025 | 52 | Risk factors for Elder abuse in the Global South: a case study in NE Colombia | Estudio original / observacional | 2 | Población del NE de Colombia | Estudio cuantitativo-analítico (campo) | Identifica factores socioeconómicos y familiares asociados al maltrato en contexto del Sur Global. |
| CONAPAM (CR) / 2025 | 53 | Alarmante cantidad de casos de personas adultas mayores en condición de abandono | Informe institucional / comunicado | 3 | Personas adultas mayores en Costa Rica | Revisión de reportes y datos administrativos | Señala incremento de casos de abandono; llama a fortalecer redes de protección. |
| Ministerio de Salud Colombia / Resolución No. 459 de 2012 | 54 | Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual | Norma / protocolo | 3 | Víctimas de violencia sexual (incluye mayores) | Protocolo clínico y guía de atención | Establece ruta de atención integral para víctimas de violencia sexual; aplicable en algunos casos de maltrato sexual a mayores. |

| | | | | | | | |
|---|----|--|---------------------------------------|---|---|--|---|
| Unidad para las Víctimas (Colombia) / 2021 | 55 | Conozca la ruta para denunciar el maltrato a personas mayores | Fuente institucional / guía ciudadana | 3 | Población colombiana víctima de maltrato | Guía práctica y rutas de denuncia | Describe pasos y recursos para denunciar maltrato, atención y derechos de las víctimas. |
| OISS / Cartilla sobre buen trato a las personas adultas mayores / 2018 | 56 | Cartilla sobre buen trato a las personas adultas mayores | Material educativo / guía | 5 | Población iberoamericana / profesionales | Material divulgativo y recomendaciones prácticas | Promueve buenas prácticas de trato y prevención del maltrato; herramienta educativa para comunidades y profesionales. |
| Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) /2017 | 57 | Protocolo interinstitucional para la atención de personas en situación de abandono | Protocolo normativo | 5 | Personas en situación de abandono o riesgo de abandono, de cualquier edad; incluye población adulta mayor, personas | Protocolo normativo/guía interinstitucional | La atención de personas en situación de abandono solo puede lograrse mediante una coordinación interinstitucional efectiva , en la que cada institución cumpla con sus funciones específicas dentro de una |

| | | | | | | | |
|--|----|--|--|--|--|--|-------------------------|
| | | | | | con discapacidad u otras condiciones de vulnerabilidad | | ruta clara y unificada. |
| | 58 | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia, 2025

Clasificación de la Información según el Nivel de Evidencia

Habiendo efectuado el análisis de la información, se recurrió a la clasificación de la misma, sustentándose en el nivel de evidencia definido para cada artículo o publicación, según se extrae de la tabla 6 anterior. El resultado y resumen de esta clasificación se aprecia en la tabla 7, la que cuantifica los niveles de evidencia establecidos y compila porcentualmente los tipos de estudio que fueron determinados.

Tabla 7. Clasificación de Información por Nivel de Evidencia y Tipo de Estudio

| Nivel de Evidencia | Tipo de Estudio | Cantidad: Tipo de estudio | Cantidad: Nivel de evidencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| 5 | Revisión bibliográfica | 19 | 19 | 33.9% |
| 1 | Revisión sistemática | 0 | 13 | 23.2% |

| | | | | |
|---|-------------------------|----|----|-------|
| 1 | Estudios de cohorte | 2 | 13 | 3.6% |
| 1 | Estudio cuantitativo | 14 | 13 | 25.0% |
| 3 | Estudio cualitativo | 21 | 21 | 37.5% |
| 3 | Estudios retrospectivos | 1 | 21 | 1.8% |

Fuente: Elaboración propia, 2025

CAPÍTULO IV

Análisis de Resultados

El presente capítulo metodológico describe el proceso seguido para comparar las características estructurales, sociales y normativas que influyen en la protección de las personas adultas mayores en cuatro países: Costa Rica, Colombia, Estados Unidos y Japón. Para contextualizar el análisis internacional, primero se aborda 1. Demografía, donde se examina la proyección del envejecimiento poblacional y sus implicaciones para los sistemas de protección social. Posteriormente, se expone 2. Leyes, apartado en el cual se comparan los marcos jurídicos existentes, sus mecanismos de denuncia, la participación de instituciones y los alcances que cada nación establece para la prevención y abordaje del maltrato.

A fin de comprender las dinámicas que rodean la violencia hacia la población adulta mayor, el capítulo incorpora el análisis de los 3. Tipos de abuso, en el cual se identifican las formas de maltrato más frecuentes en cada país y las diferencias que emergen según contexto sociocultural. También se examina 4. Perfiles, categoría destinada a reconocer las características sociodemográficas y condiciones de vulnerabilidad que aumentan el riesgo de victimización, permitiendo así justificar la relevancia de los elementos metodológicos empleados en la comparación internacional.

Finalmente, se integran dos componentes esenciales del estudio: 5. Diagnóstico y Prevención, donde se describen las estrategias, rutas de atención, equipos interdisciplinarios y herramientas empleadas por cada país para identificar y abordar casos de abuso, y 6. Uso de protocolos, espacio que analiza la existencia, obligatoriedad y estandarización de instrumentos clínicos y guías de detección. La organización de estos ejes

metodológicos permite estructurar una comparación rigurosa entre los países seleccionados y evidencia las fortalezas y vacíos que fundamentan los hallazgos del capítulo.

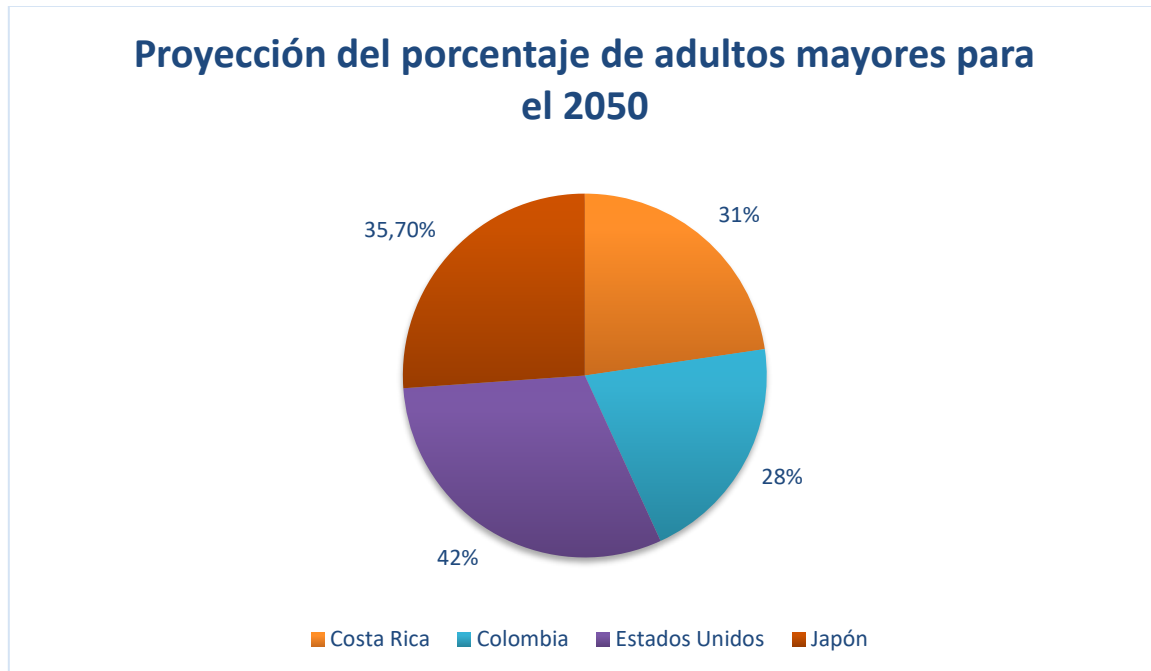
Demografía

Se realiza la primera comparativa importante ante el nivel demográfico. No solo Costa Rica es un país que está envejeciendo, es una situación o hasta puede ser llamada problemática a nivel mundial. Ante lo visualizado e investigado, para el año 2050 se prevé una alta tasa de adultos mayores; Estados Unidos es quien proyecta a tener la mayor cantidad de adulto mayores en un 42%, seguida de Japón con un 35.7%, Costa Rica con un 31% aproximadamente y por último Colombia con un 28%. Se debe tomar en cuenta la extensión territorial de los países mencionados, Costa Rica siendo el más pequeño de ellos se proyecta que 25 de cada 100 habitantes serán adultas mayores (actualmente hay cerca de 5 millones de habitantes y posee una extensión de 51.000 k²) y en los Estados Unidos, quien posee una mayor extensión territorial (aproximadamente de 9, 147.000 k²) se espera que obtenga un alrededor de 22 adultos mayores por cada 100, a sabiendas de que en la actualidad hay cerca de 340 millones de habitantes en dicho país, debemos tomar en cuenta que EE.UU proyecta mayor longevidad en su país.²⁷

Japón por su parte, actualmente cuenta con un alrededor de 122 millones de habitantes contando con la mayor tasa -actualmente- de adultos mayores del mundo (cerca de un 28%) aunándose una tasa de fecundidad baja de 1.38 hijos por mujer del país, esperándose que se aumente la tasa de fecundidad para el 2050. Cabe destacar que la longevidad de este país también aumentará en los próximos años aproximándose a unos 100.6 millones de habitantes con mujeres de hasta 89.22 años y hombres con 80.95 años de edad para el 2050 con un 35.7%

de habitantes mayores de 65 años lo que equivaldría a 1 por cada 2.8 habitantes.⁴¹

Gráfico 2. Proyección del porcentaje esperado de los adultos mayores para el 2050 para los países de Costa Rica, Colombia, Estados Unidos y Japón



Fuente: Elaboración propia, 2025 basado en los documentos del Ministerios de Salud de Costa Rica, National Institute of Population and Social Security of Research de Japón, Cancillería de la República de Colombia y de la Population Reference of Bureau de los Estados Unidos.

Leyes

Sobresalen las Leyes Japonesas en cuanto a la protección y prevención del maltrato en los adultos mayores en comparativa con Estados Unidos, Costa Rica y Colombia. Su Ley N° 124 que fue publicada en el 2005 establece de forma muy amplia que acciones se deben realizar en situaciones en la cuales se sabe o se sospecha de un maltrato dirigido a la población de la tercera edad. De mismo modo, no es una ley única y exclusiva para la ciudadanía, es aplicada -y menciona- la participación del

personal implicado en el cuidado del adulto mayor desde los centros de cuidado hasta los hospitales. En comparativa de los otros países: Estados Unidos, Colombia y Costa Rica quienes se han encargado de sus leyes el propiciar información sobre protección y prevención del maltrato es esta población a la ciudadanía.

Se establece la comparación de las leyes de todos los países en el cual mencionan que se debe de realizar la inmediata denuncia del abuso o la sospecha del mismo que sea perpetrada en un adulto mayor, e instituye que sus Gobiernos deben actuar de forma rápida para la protección y seguridad de la víctima. Cabe enfatizar nuevamente a la nación japonesa, en donde se recalca que la denuncia debe ser totalmente anónima y que no se debe divulgar la información hasta que sea esclarecida e investigada y la cual, de ser divulgada, debe ser bajo sus propias leyes de información. Por otro lado, se han comparado de forma exitosa que tanto las leyes de Japón incluyen el apoyo de la fuerza policial para la protección de la víctima donde Costa Rica y Colombia no hace mención de ello a menos para que sea en capacitación. Estados Unidos No hace mención de ello.

Estados Unidos, Japón y Colombia propician en sus leyes no solo el deber de proteger al adulto mayor, sino también, se comprometen por atender al cuidador y con ello lograr minimizar la sobrecarga de trabajo y estrés en éste logrando que de esta forma se prevenga abuso por parte del mismo, Costa Rica por su parte no menciona en su ley la palabra (as) cuidador (es).

Las leyes de los cuatro países implican bajo que cargos se deben emplear las multas, meses o años de prisión así mismo, esclarece en que situaciones se deben aplicar y bajo que medios, explicándose de forma clara el monto de la multa, así como el tiempo en prisión.

Tabla 8. Registro de características empleadas en las leyes de EEUU, Japón, Colombia y Costa Rica en protección y prevención del abuso en los adultos mayores

| | Costa Rica | Colombia | Estados Unidos | Japón |
|--------------------------------|------------|----------|----------------|-------|
| Ley exclusiva del adulto mayor | ✓ | ✓ | ✗ | ✓ |
| Protección al Cuidador | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ley preventiva | ✗ | ✓ | ✗ | ✓ |
| Castigo con multa | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Castigo con cárcel | ✓ | ✓ | ✓ | ✗ |
| Involucra al servicio médico | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ |
| Denuncia anónima | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ |

Fuente: Elaboración propia, 2025

Tipos de abuso

Según la información que se ha recopilado y bajo la investigación en los mismos, se llegan a comparar el mayor tipo de abuso o maltrato que reciben los adultos mayores en las distintas naciones descritas; se principia de la fragilidad y dependencia que poseen mayoritariamente esta población.

Se describe en muchos de los archivos utilizados que el tipo de abuso que se efectúa con mayor frecuencia es el físico, seguido de abuso psicológico o emocional y el patrimonial. Uno de los tipos de violencia que posee menor registro es el abuso sexual o la privación de la libertad, ya que actualmente muchos de ofendidos en esta área no llegan a reportarlo por miedo a represalias o que no sean tomados en serio.

En estado Unidos para el año 2025 en una muestra de 2,261,166 beneficiarios de *Centers for Medicare & Medicaid Services* del país con diagnóstico de abuso en solo 4648 casos, se diagnosticó el abuso en los mayores de 65 años encabezado por el abuso financiero, seguido de negligencia, abuso psicológico, abuso físico y por último el abuso sexual⁴⁶

Japón para el 2022 realizó un estudio similar con una muestra de 18,263 adultos mayores con 288 identificados especialmente el durante el estado de emergencia por COVID 2019⁴⁷ En este país se encabeza el abuso psicológico, seguido del abuso patrimonial, abuso físico y en menor cantidad de registros el abuso sexual y la negligencia.

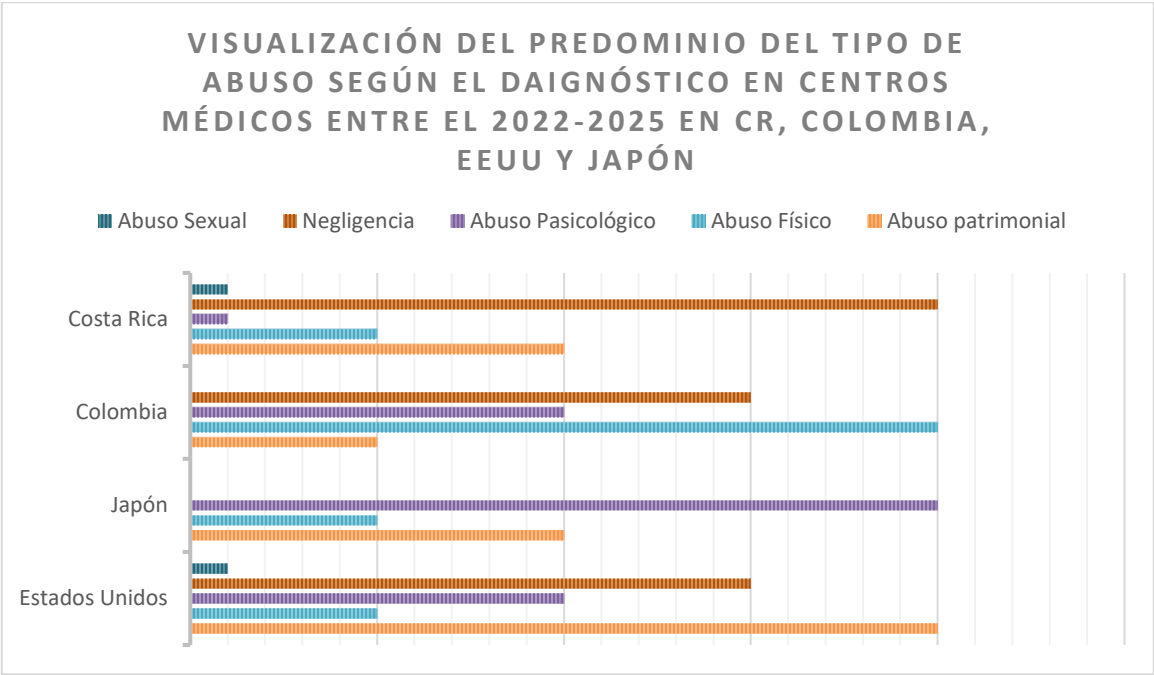
Para el mismo año 2025, Colombia realizó un estudio en la región nororiental del país con una muestra de 543 adultos mayores si ofrecer el dato de cuantos de estos obtuvieron el diagnóstico por algún tipo de abuso. Se documentó que el abuso que predomina es el físico, seguido del psicológico, consecuentemente se encuentran la negligencia y el abuso patrimonial. Se recalcan los factores protectores en los adultos mayores de la muestra que fueron: no practicar una religión, ser adulto independiente funcional y vivir con familiares en zonas más urbanizadas.⁵²

Costa Rica a publicado a través de la CONAPAM lanzó una publicación en el año 2025 con los datos recopilados en el 2022 en donde encontró que ingresaron a la institución 381 adultos mayores en situación

de abandono, desde el 2022 hasta mayo 2025 se han registrado 1,139 casos por abandono/negligencia. Costa Rica hasta el año 2025 no ha emitido un registro con los tipos de abuso, la CONAPAM se dedica a la recopilación de los datos de abandono/negligencia más no hay una publicación de desagregación por tipo específico de abuso. 53

Se demuestra que en los países poseen distintos móviles para ejecutar una agresión contra un adulto mayor. Cada uno de ellos tiene un predominante distinto tipo de abuso: en EEUU es el patrimonial, Japón es del tipo psicológico, Colombia es del tipo físico y Costa Rica la negligencia/abandono

Gráfico 3. Comparativa visual del predominio del tipo de abuso diagnosticado en los adultos mayores entre el 2022-2025 en Colombia, Costa Rica, EEUU Y Japón



Perfiles

En Costa Rica el predominio de agresión es el abandono/negligencia como forma frecuente de maltrato en los registros nacionales (CONAPAM) y en los informes nacionales; los registros muestran un aumento de casos por condición de abandono atendidos por instituciones. Esto señala perfiles con alta dependencia funcional o con redes familiares débiles (personas que quedan sin cuidado en el hogar)⁵³ Se caracterizan por ser adultos de edades muy avanzadas (≥ 80 años), mayor presencia de casos en zonas rurales o en poblaciones con menor acceso a redes de apoyo; el informe nacional y estudios locales describen además la presencia de comorbilidad y limitaciones funcionales en las víctimas 4. Asimismo la alta dependencia funcional, el aislamiento social y la falta de una red de apoyo (familiares o comunitarios) aumentan la vulnerabilidad; la evidencia nacional enfatiza abandono y negligencia más que abuso patrimonial en los registros oficiales 4, 53

Colombia por su parte los estudios de la región nororiental y estudios recientes identifican a personas mayores con dependencia funcional, comorbilidad y limitaciones en actividades diarias como más expuestas al abuso. Además, se reportan factores contextuales (pobreza, convivencia con familiares con tensiones socioeconómicas)⁵². Su predominio es en adultos mayores dependientes que conviven con familiares en situaciones de sobrecarga del cuidador. Estudios locales asocian la baja participación social y los limitados recursos económicos con mayor riesgo de agresión.⁵² Se documentó con mayor frecuencia el abuso físico y psicológico; la investigación local destaca interacción entre fragilidad del mayor y factores estresores del cuidador⁵²

EE. UU identifica con frecuencia a las víctimas con déficit funcional, comorbilidades médicas, deterioro cognitivo y dependencia de terceros;

también hay un subregistro importante en registros clínicos ^{5, 10} La mayor prevalencia detectada es en aquellas personas con bajos ingresos, aislamiento social y presencia de demencia / deterioro cognitivo — factores que aumentan la vulnerabilidad^{6, 22}. En datos de EDs de EE. UU. predominan negligencia y abuso físico en los diagnósticos identificados clínicamente⁵

Las estadísticas y estudios japoneses muestran que muchas víctimas presentan alto grado de dependencia, limitaciones para AVD (actividades de la vida diaria) y frecuentemente demencia, factores estrechamente relacionados con la aparición de maltrato³⁹. Japón existe una alta proporción de casos donde el agresor es un hijo/a (datos de encuestas y reportes), y también se registran casos en instituciones (personal) situación que refleja convivencia estrecha y carga sobre cuidadores familiares. Se menciona que pobreza relativa entre mujeres mayores y elevado aislamiento (personas viviendo solas), lo que incrementa la vulnerabilidad.³¹

La dependencia funcional y deterioro cognitivo aparecen como el factor individual más consistente asociado a la víctima en las cuatro naciones donde en EE. UU. y Japón se habla de forma más amplia por medio sitios oficiales; en Colombia y Costa Rica los estudios locales y reportes institucionales también lo señalan.

Una problemática en común en todos los países, la falta de redes de apoyo y el aislamiento (vivir solo, urbanidad/ruralidad que dificulta apoyo) aparecen como elementos que aumentan el riesgo. En Costa Rica los informes hablan del abandono; en Japón y EE. UU. se enfatiza la soledad entre mayores; en Colombia la debilidad de redes se asocia a sobrecarga del cuidador

Por un lado, la relación con el agresor varía por contexto: en Japón muchos agresores son hijos/as o personal de cuidado; en EE. UU. y Colombia hay mezcla (familiares, cuidadores, ocasionalmente personal institucional); en Costa Rica los datos oficiales muestran más registros por abandono/negligencia y no siempre hay desagregación de agresores en los informes públicos. Por otro lado, la precariedad económica y bajo ingreso (o dependencia económica del agresor) aparecen como factores que acompañan al perfil de la víctima en casi todos los países.

Diferencias notables:

- Costa Rica destaca por un mayor registro administrativo de abandono/negligencia más que por abuso patrimonial reportado
- Japón resalta por la alta proporción de agredidos con demencia y por la frecuente implicación de hijos como agresores; además hay atención institucional robusta en prevención (comités locales)
- EE. UU. aporta datos clínicos que muestran subregistro, pero una identificación relativa de negligencia y abuso físico en entornos sanitarios.
- Colombia vincula factores socioeconómicos locales y sobrecarga del cuidador con mayor riesgo de abuso físico y psicológico.

Tabla 9. Comparación del perfil y características del adulto mayor agredido en las distintas nacionalidades

| País | Características físicas y funcionales del adulto | Características sociodemográficas / culturales | Tipo de abuso más frecuente según registros | Relación con el agresor / contexto de |
|-------------|---|---|--|--|
|-------------|---|---|--|--|

| | mayor agredido | | | conviven cia |
|-----------------------|--|--|---|--|
| Costa Rica | Alta dependencia funcional, fragilidad, comorbilidad, limitaciones para ABVD | Zonas rurales, aislamiento social, redes familiares débiles, vulnerabilidad socioeconómica | Abandono / negligencia (principalmente) | Convivencia con familiares con baja capacidad de apoyo; en muchos casos ausencia de cuidador responsable |
| Colombia | Dependencia funcional, limitaciones físicas, enfermedades crónicas | Contextos de pobreza, sobrecarga del cuidador, convivencia familiar con tensiones | Abuso físico y psicológico | Agresor usualmente conviviente: hijos, familiares cercanos o cuidadores |
| Estados Unidos | Limitaciones funcionales, demencia o deterioro cognitivo, | Aislamiento social, bajos ingresos, dependencia de servicios formales | Negligencia; abuso físico; en algunos reportes abuso financiero | Agresor puede ser familiar, cuidador formal o persona |

| | | | | |
|--------------|---|--|--|---|
| | multimorbilidad | | | cercana con rol de apoyo |
| Japón | Alta dependencia, demencia en proporciones elevadas, discapacidad funcional | Elevado número de mayores viviendo solos; pobreza relativa en mujeres; fuerte rol familiar en el cuidado | Abuso psicológico, patrimonial y en menor grado físico | Agresor con frecuencias hijo/hija; también personal de instituciones de cuidado |

Fuente: Elaboración propia, 2025

Diagnóstico y Prevención

Estado Unidos tiene una de las formas más lineales para la prevención y diagnóstico del abuso en el adulto mayor. Se implementan cuestionarios a usar desde el momento en el que el médico sospecha de abuso, hasta la utilización de herramientas para dar diagnóstico y con ello saber cómo proceder de forma adecuada para y por la protección de la víctima. Un régimen que se implementa en cada uno de los estados del país, cabe destacar que según sea el estado pueden varias ciertas como protocolos usados por paramédico o por el servicio de enfermería que es exclusiva en cada centro médico de su estado respectivo.

Japón conserva, sino el mejor método preventivo en la materia, procura que cada médico o cuidador que trabaje desde un centro de cuidado a largo plazo hasta el centro médico regional (clínica) u hospital esto para que los profesionales de atención tenga totalmente la capacidad de dar

un buen diagnóstico y que sea a tiempo, sin embargo Japón va más allá, procura que el reto de la sociedad tenga en claro este tema, que sepan a donde deben acudir cuando has sido testigos de una violación o sospeche de alguien que esté siendo agredido. La información se publica para toda la nación, sin embargo, cada prefectura o municipio del país las “acomoda” según las necesidades de cada lugar. Un dato importante a recalcar es que en todas las prefecturas del país establecen que se tenga un comité de prevención de maltrato a las personas adultas mayores, así como al equipo de protección del centro de cuidado o salud; no es limitada la protección del adulto mayor solo a los trabajadores sociales poseen un equipo interdisciplinario amplio para la protección del adulto mayor.

Colombia por su parte dispone de una Ley específica para la violencia sexual en la cual el médico tratante pueda valerse para su correcto accionar, en el mismo el se indica el Protocolo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual en el adulto que medicamentos se deben administrar según el caso de que un paciente acepte la vía oral o por el contrario no lo acepte (bajo valoración psiquiátrica)⁵⁴

Japón sobresale con sus métodos excepcionales para la prevención y diagnóstico del abuso en los adultos mayores, no solo se centra en que el médico sepa y se comprometa, sino que involucra a toda la sociedad japonesa, incentiva tanto a los médicos, enfermeras, cuidadores, familiares y demás ciudadanos a denunciar todo tipo de maltrato o si se sospecha de ellos. Ostenta en sus centros médicos y de cuidado excelentes comités de prevención que indican que se debe realizar en una situación como esa y el uso de un protocolo establecido en el caso de un diagnóstico por abuso en la persona adulta mayor que es seguido al pie de la letra. Para proteger a sus adultos mayores de una agresión identificada los japoneses no solo lo cuidan por medio del trabajador social

o la denuncia, sino, que involucran a otras jurisdicciones públicas como la policía municipal para que realicen la adecuada investigación. El proceso que sigue tras la atención del paciente agredido no se queda corta, prefieren trasladar al paciente agredido a un centro especializado a la atención del adulto mayor agredido, dan consultas y seguimiento de forma periódica y tratan de que el paciente esté siempre en las mejores condiciones.

Tabla 9 Métodos de diagnóstico y prevención de abuso al adulto mayor utilizados en los países en estudio.

| Métodos | Costa Rica | Colombia | EEUU | Japón |
|--|-------------------|-----------------|-------------|--------------|
| Capacitaciones al médico general o de emergencias | x | x | x | ✓ |
| Capacitación al cuidador | ✓ | x | ✓ | ✓ |
| Información al público en general | ✓ | ✓ | x | ✓ |
| Uso de guías y protocolos | x | ✓ | x | ✓ |
| Comité de Protección en el centro de salud o cuidado | x | x | x | ✓ |
| Administración médico-legal-jurídico en el | x | ✓ | ✓ | ✓ |

| Métodos | Costa Rica | Colombia | EEUU | Japón |
|---|-------------------|-----------------|-------------|--------------|
| centro de salud | | | | |
| Hospitales cuentan con servicio de protección | x | x | ✓ | ✓ |
| Cuentan con el apoyo de otras instituciones | ✓ | ✓ | x | ✓ |
| Referencia a Trabajo social, psicología | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Fuente: Elaboración propia, 2025

Uso de protocolos

A diferencia de Estados Unidos, Japón y Colombia, Costa Rica no cuenta con un protocolo oficial, estandarizado y de aplicación nacional que permita obtener un diagnóstico certero ante la sospecha de abuso contra la persona adulta mayor. Mientras estos países poseen instrumentos definidos y obligatorios para su detección dentro del sector salud —tanto en el ámbito clínico como en los servicios de emergencia—, Costa Rica carece de herramientas estructuradas de tamizaje, así como de lineamientos clínicos explícitos que orienten al médico general en su identificación.

En Estados Unidos, por ejemplo, se utilizan diversas herramientas de tamizaje, entre las que destacan la EASI y el Hwalek-Sengstock, además de formularios breves aplicados en emergencias y atención primaria. Japón emplea la EASI como instrumento preventivo a nivel nacional y

permite a cada prefectura adaptarla dentro de sus propias guías locales. Colombia, por su parte, implementa el H-S/EAST como método regular de screening y recomienda adicionalmente el uso de la EASI. En todos estos países, el uso de herramientas estandarizadas forma parte del proceso habitual de evaluación, permitiendo así que la sospecha clínica evolucione hacia un diagnóstico más preciso. Costa Rica no posee ningún instrumento de este tipo de forma oficial ni obligatoria, lo que limita la detección temprana.

Asimismo, estos países cuentan con protocolos claramente establecidos para orientar el proceso de detección, intervención y denuncia. Estados Unidos mantiene guías estatales y federales que detallan los signos físicos y conductuales del maltrato, así como procedimientos obligatorios de denuncia. Japón dispone de lineamientos nacionales complementados por guías locales en cada municipio, con comités de prevención que deben actuar ante cualquier sospecha de abuso. Colombia, mediante su normativa sanitaria, establece rutas de denuncia y pautas clínicas precisas para el abordaje, además de exigir legalmente el reporte por parte del personal médico. Costa Rica no dispone de un protocolo clínico nacional semejante: el manejo depende del criterio individual del médico tratante y de la derivación a trabajo social, sin una ruta uniforme de actuación.

Otro contraste importante se observa en la formación profesional. En Japón se imparte capacitación obligatoria dos veces al año para médicos y cuidadores, y se realizan entrenamientos adicionales según necesidad. En Estados Unidos la formación continua es parte del sistema, especialmente para el personal de emergencias y los profesionales que actúan como "*mandatory reporters*". Colombia incluye campañas y procesos de sensibilización institucionalizados. Costa Rica, por el

contrario, no cuenta con programas formales, periódicos o obligatorios de capacitación en detección y prevención del abuso hacia la persona adulta mayor, lo que repercute directamente en la capacidad diagnóstica del médico general.

También resulta destacable que en Estados Unidos, Japón y Colombia se emplean sistemas de registro y codificación obligatoria del maltrato, utilizando los códigos CIE correspondientes que permiten documentar los síndromes de abuso y garantizar la continuidad del manejo clínico y legal. En Costa Rica, aunque puede registrarse la agresión en la historia clínica, no existe un mecanismo nacional que obligue a codificar ni a reportar sistemáticamente estos diagnósticos.

Finalmente, tanto Japón como Colombia y Estados Unidos desarrollan campañas educativas y sistemas de información accesibles al público, cuidadores y personal de salud, facilitando la denuncia y el reconocimiento social del maltrato. Costa Rica no cuenta con estrategias preventivas nacionales de alcance sostenido, por lo que la sensibilización comunitaria es limitada.

En conjunto, Costa Rica presenta carencias significativas en comparación con las herramientas, lineamientos, formación y sistemas de registro que poseen estas naciones. Aunque el país dispone de rutas institucionales generales para la notificación y la intervención social (CONAPAM, IMAS, OIJ), carece de instrumentos clínicos, protocolos estandarizados y programas de capacitación que permitan un abordaje temprano, uniforme y eficaz del abuso contra la persona adulta mayor.

CAPÍTULO V

Conclusiones

El análisis comparativo evidencia que el primer nivel de atención en Costa Rica presenta limitaciones estructurales y metodológicas que dificultan el diagnóstico temprano del abuso en la persona adulta mayor, particularmente por la ausencia de protocolos estandarizados, de instrumentos clínicos de pesquisa y de un sistema interinstitucional sólido para la derivación y seguimiento de casos. Estas deficiencias reducen la capacidad del médico general para identificar situaciones de riesgo y actuar de forma oportuna.

La revisión de modelos internacionales (Estados Unidos, Japón y Colombia) demuestra que la implementación de protocolos clínicos obligatorios, sistemas de reporte formalizados y equipos especializados permite mejorar la detección del maltrato y disminuir la subestimación de casos. La evidencia indica que integrar herramientas de tamizaje y fortalecer las rutas de notificación incrementa la precisión diagnóstica y la protección del paciente.

La comparación entre países evidencia que las estrategias exitosas dependen de la articulación entre legislación, capacitación profesional y vigilancia institucional. Estos hallazgos permiten definir recomendaciones específicas y adaptables al sistema costarricense, entre ellas: la obligatoriedad de la pesquisa de abuso, la capacitación continua en valoración geriátrica y la creación de protocolos homogéneos que aseguren respuestas uniformes en todos los EBAIS.

La literatura internacional confirma que los países con mejores resultados en la identificación del abuso —como Estados Unidos, Japón y Colombia— cuentan con sistemas diagnósticos basados en protocolos uniformes, escalas de pesquisa validadas, capacitación continua al

personal y mecanismos institucionales de respuesta rápida. Estos elementos fortalecen la capacidad clínica para reconocer signos físicos, conductuales y contextuales de violencia.

Los modelos internacionales coinciden en que la detección temprana depende de procesos diagnósticos multifactoriales que integran la historia clínica, la valoración funcional, la evaluación del cuidador y el análisis del entorno sociofamiliar. La evidencia muestra que cuando estos componentes se aplican de forma sistemática se incrementa significativamente la tasa de casos detectados y la precisión en la clasificación del tipo de abuso.

El estudio de las experiencias internacionales revela que la obligatoriedad del reporte, la presencia de profesionales especializados (como trabajadores sociales clínicos en APS estadounidense) y la existencia de organismos nacionales de vigilancia contribuyen a la reducción del subregistro. Asimismo, los sistemas con mayor desarrollo incorporan la detección comunitaria como un complemento clave al abordaje clínico tradicional.

En Costa Rica, el abordaje actual se caracteriza por una dependencia casi exclusiva del criterio del médico tratante, sin herramientas de tamizaje obligatorias ni un protocolo formal para documentar y gestionar sospechas de abuso. Esto genera un riesgo significativo de subdiagnóstico, especialmente en casos de violencia psicológica y negligencia, que constituyen las formas más difíciles de detectar clínicamente.

El análisis del sistema nacional evidencia que, aunque existen leyes orientadas a la protección del adulto mayor, su aplicación no se integra adecuadamente al proceso clínico. La ausencia de rutas de acción claras

dentro de la CCSS —más allá de la referencia a Trabajo Social— limita la capacidad del primer nivel para intervenir de forma inmediata, lo que expone a la víctima a un mayor riesgo de revictimización.

La información demográfica y epidemiológica nacional demuestra que la creciente proporción de adultos mayores, sumada al incremento documentado en casos de maltrato, exige fortalecer urgentemente la capacidad diagnóstica del primer nivel. La evidencia confirma que el tiempo limitado de consulta, la falta de capacitación especializada y el desconocimiento de los factores de riesgo reducen la efectividad del médico en la identificación temprana de agresiones.

La integración de escalas de tamizaje breves, estandarizadas y validadas internacionalmente constituye una de las estrategias preventivas más efectivas para el primer nivel de atención, dado que permiten identificar factores de riesgo, señales de alerta y patrones inconsistentes en la presentación clínica. Su aplicación sistemática es factible dentro del tiempo de consulta y mejora la precisión diagnóstica del médico general.

Los hallazgos indican que la capacitación continua en valoración geriátrica, análisis de factores de riesgo, comunicación con pacientes vulnerables y manejo ético del reporte es fundamental para incrementar la detección del abuso. La evidencia demuestra que los sistemas con personal médico entrenado presentan tasas significativamente mayores de identificación temprana y derivación adecuada.

La revisión comparativa permite concluir que la creación de un protocolo nacional de actuación —que incluya pesquisa obligatoria, rutas claras de notificación, coordinación interinstitucional y seguimiento posterior— es indispensable para fortalecer la respuesta del sistema de

salud costarricense. Esta herramienta reduciría la variabilidad entre centros, homogenizaría la práctica clínica y garantizaría una atención alineada con estándares internacionales de protección al adulto mayor.

Glosario

Comorbilidad: Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona.

Escala de Barthel: Instrumento de valoración que mide la independencia de una persona en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como comer, vestirse, bañarse o incluso caminar. Estima el grado de discapacidad que posee la persona y si requiere ayuda para estas actividades.

Escala Lawton y Brody: Herramienta utilizada para medir la autonomía de la persona adulta mayor en las actividades instrumentales de la vida diarias (AIVD) como usar el teléfono tanto el fijo como el teléfono inteligente, preparar la comida, cuidado de la casa, lavar ropa, manejar las finanzas.

Escala Yesavage: Es la herramienta usada para la detección de depresión en paciente geriátrico diseñado especialmente para ello

Glaucoma: Enfermedad caracterizada por el aumento en la presión intraocular, dureza del globo ocular aunándose la atrofia papilar y ceguera.

Homeostasis: Es el proceso mediante el cual los organismos vivos se mantienen en equilibrio interno estable frente a los cambios que ocurren en el exterior.

Osteoartrosis: Enfermedad articular degenerativa que causa desgaste progresivo del cartílago que recubre los extremos de los huesos en las articulaciones. Se debe al desgaste y

envejecimiento y ruptura de una articulación. Se trata de una enfermedad degenerativa y crónica más común en la vejez y mediana edad con mayor frecuencia en las manos, rodillas, caderas y columna vertebral. Afectación que causa dolor e inflamación de la articulación.

Presbiacusia: Pérdida progresiva de la audición asociada al envejecimiento, causada por cambios fisiológicos degenerativos que ocurren de forma natural en el sistema auditivo

Presbicia: Pérdida progresiva de la capacidad de acomodación del ojo asociada al envejecimiento. Desde el punto de vista fisiológico, ocurre principalmente por cambios degenerativos en las estructuras responsables de enfocar objetos cercanos

Sarcopenia: Síndrome caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular esquelética, fuerza y rendimiento físico, que ocurre principalmente con el envejecimiento y que aumenta el riesgo de caídas, discapacidad, pérdida de funcionalidad y mortalidad

Encamamiento: Situación clínica en la que una persona permanece en cama de manera continua o prolongada, debido a una enfermedad aguda, crónica, discapacidad o deterioro funcional que limita su capacidad para moverse o realizar actividades básicas de la vida diaria.

Auto negligencia: Condición en la que una persona no logra atender adecuadamente sus propias necesidades básicas de salud, higiene, seguridad o funcionamiento cotidiano,

aun teniendo los recursos o la capacidad potencial para hacerlo. En el ámbito clínico, se observa como un patrón persistente de falta de autocuidado que compromete el bienestar físico y emocional del individuo.

Anexos

Esta ilustración muestra la distribución porcentual de la población adulta mayor (≥ 65 años) en distintos países, permitiendo contextualizar el fenómeno del envejecimiento poblacional a escala global. Su incorporación en los anexos complementa la sección demográfica del Capítulo II y respalda la afirmación de que Costa Rica enfrenta una transición demográfica similar a la observada en naciones desarrolladas como Japón y Estados Unidos. La imagen sirve como punto de comparación para demostrar cómo el incremento sostenido de adultos mayores constituye un factor determinante en la aparición y el aumento del abuso en esta población, tal como se analiza en el desarrollo teórico y metodológico de la investigación

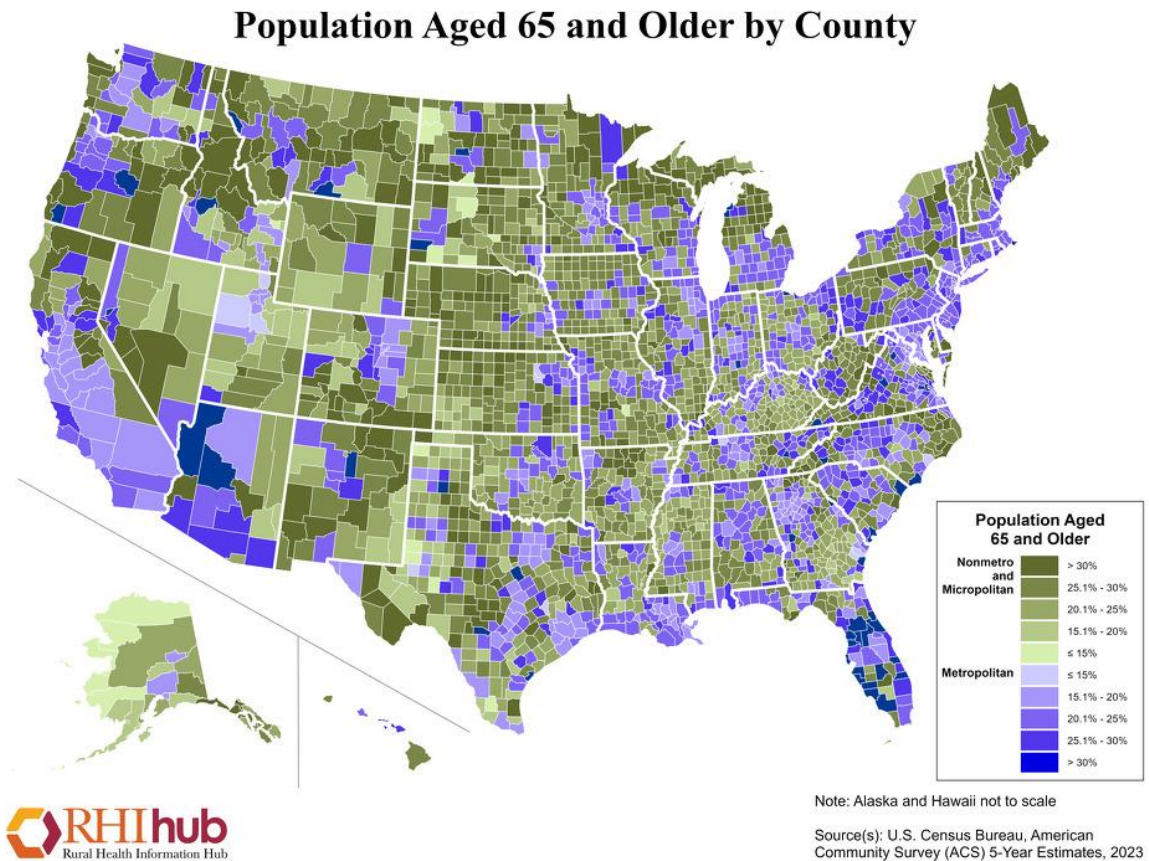
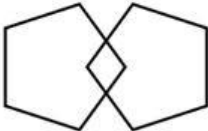


Ilustración 1. Population Aged 65 and Older by Country. Imagen de Rural Health Information Hub, 2015

Ilustración 1. Examen MINI-MENTAL

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

| |
|------------------|
| Name: |
| DOB: |
| Hospital Number: |

| One point for each answer | DATE: | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| ORIENTATION Year Season Month Date Time |/ 5 |/ 5 |/ 5 |
| Country Town District Hospital Ward/Floor |/ 5 |/ 5 |/ 5 |
| REGISTRATION Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct). |/ 3 |/ 3 |/ 3 |
| ATTENTION AND CALCULATION Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW). |/ 5 |/ 5 |/ 5 |
| RECALL Ask for the names of the three objects learned earlier. |/ 3 |/ 3 |/ 3 |
| LANGUAGE Name two objects (e.g. pen, watch). |/ 2 |/ 2 |/ 2 |
| Repeat "No ifs, ands, or buts". |/ 1 |/ 1 |/ 1 |
| Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear"). |/ 3 |/ 3 |/ 3 |
| Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes". |/ 1 |/ 1 |/ 1 |
| Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb. |/ 1 |/ 1 |/ 1 |
| COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons | | | |
|  |/ 1 |/ 1 |/ 1 |
| TOTAL: |/ 30 |/ 30 |/ 30 |

MMSE scoring
 24-30: no cognitive impairment
 18-23: mild cognitive impairment
 0-17: severe cognitive impairment



Ilustración 2. Cuestionario utilizado en Clínica y SEM de EE.UU. ante sospecha de abuso en el adulto mayor.

| | |
|----------------------------------|---|
| In the last 6 months: | |
| PHYSICAL ABUSE | <p>1) Has anyone tried to harm you? Have you been hit, slapped, pushed, grabbed, strangled, or kicked?</p> <p>2) Are there guns or other weapons in your home? Does anyone close to you have access to guns or other weapons?</p> |
| SEXUAL ABUSE | <p>3) Has anyone touched you in ways or places you did not want to be touched?</p> |
| NEGLECT/FUNCTIONAL STATUS | <p>4) Have you relied on people for any of the following: bathing, dressing, shopping, banking, or meals?</p> <p>a. If yes, have you had someone who helps you with this?</p> <p>b. If yes, how often do you receive help? Is this help enough?</p> <p>c. Have they done a good job? Are they reliable?</p> <p>d. What happens if no one is available to help?</p> <p>5) Has anyone prevented you from getting food, clothes, medication, glasses, hearing aids, medical care, or anything else you need to stay healthy?</p> |
| PSYCHOLOGICAL ABUSE | <p>6) Has anyone close to you called you names, put you down, or yelled at you?</p> <p>7) Has anyone close to you ever threatened to punish you or put you in an institution?</p> <p>8) Have you felt sad or lonely at home?</p> <p>9) Have you felt afraid of anyone close to you?</p> <p>10) Do you distrust anyone close to you?</p> <p>11) Does anyone close to you drink or use drugs?</p> |
| FINANCIAL EXPLOITATION | <p>12) Has anyone tried to force you to sign papers against your will, or that you did not understand?</p> <p>a. Has anyone pressured you to give them money or property?</p> <p>13) Has anyone taken money or things that belong to you without asking?</p> <p>14) Does anyone close to you rely on you for housing and/or financial support?</p> |

Esta lámina presenta el cuestionario EASI (Elder Abuse Suspicion Index), una herramienta internacionalmente validada y empleada en Estados Unidos para la detección temprana de sospecha de abuso en adultos mayores en entornos ambulatorios y de emergencias. Su inclusión en los anexos refuerza la discusión desarrollada en el Capítulo IV sobre la importancia de contar con instrumentos estandarizados y clínicamente aplicables para mejorar la precisión diagnóstica en el primer nivel de atención. El EASI ejemplifica cómo los sistemas de salud con protocolos formales logran identificar y abordar el abuso de manera más eficaz,

evidenciando la brecha existente en Costa Rica y justificando la propuesta de estrategias preventivas basadas en modelos internacionales exitosos.

Ilustración 3 Cuestionario EASI (Elder Abuse Suspicion Index) utilizado en clínica y servicios de emergencias en Estados Unidos para la detección de sospecha de abuso en la persona adulta mayor

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX (EASI).

(VERSIÓN ADAPTADA AL ESPAÑOL)

Instrumento breve, con preguntas directas que se aplican junto a la historia sanitaria y social, cuyo objetivo es obtener un nivel suficiente de sospecha de maltrato.

Informe n°

Cdo. n°

TATS n°

Instrucciones a los pacientes:

Ahora voy a hacerle unas preguntas acerca de su vida habitual. (Si hay una persona acompañándole, dígame: Esta entrevista es confidencial y le ruego que nos deje a solas durante un momento, serán entre 5 y 10 minutos. Si la persona acompañante no se marcha, formule las preguntas de todos modos pero informe de su presencia).

A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los últimos doce meses.

Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un SI o un NO

1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?
 Sí No No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?
 Sí No No contesta
2. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidados médicos, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?
 Sí No No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?
 Sí No No contesta
3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?
 Sí No No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?
 Sí No No contesta
4. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?
 Sí No No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?
 Sí No No contesta
5. ¿Alguien le ha amenazado o ahorrizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?
 Sí No No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?
 Sí No No contesta

Médico/Enfermera/Psicólogo/TATS: No haga las siguientes preguntas al paciente. Son para que las conteste usted:

- a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, caídas, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración inadecuada de medicamentos. ¿Ha observado cualquiera de estos signos en el curso de su asistencia?
 Sí No No está seguro
- b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?
 Sí No

DOS RESPUESTAS AFIRMATIVAS SON CONSIDERADAS INDICIO DE MALTRATO

Instrumento breve de tamizaje diseñado para apoyar al personal médico en la detección temprana de sospecha de abuso en personas adultas mayores cognitivamente íntegras. Consta de seis preguntas, cinco de las cuales son respondidas por el paciente y una por el médico tratante. Se utiliza ampliamente en clínicas y servicios de emergencias en Estados Unidos, y forma parte de las estrategias preventivas recomendadas internacionalmente para mejorar la identificación oportuna del maltrato en el primer nivel de atención.

Ilustración 4:

H-S "EAST" The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test *

The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S "EAST") is a short (15 item) questionnaire for use in health and social service agencies to screen for persons who may be at risk for abuse. It was developed at the request of agencies, which felt that a short test such as this would be useful to them in identifying abused or neglected elders or persons at risk. The EAST is listed below. Also see NOTE following the EAST.

1. Do you have anyone who spends time with you, taking you shopping or to the doctor? [no]
2. Are you helping to support someone? [yes]
3. Are you sad or lonely often? [yes]
4. Who makes decisions about your life -- like how you should live or where you should live? [someone else]
5. Do you feel uncomfortable with anyone in your family? [yes]
6. Can you take your own medication and get around by yourself? [no]
7. Do you feel that nobody wants you around? [yes]
8. Does anyone in your family drink a lot? [yes]
9. Does someone in your family make you stay in bed or tell you you're sick when you know you're not? [yes]
10. Has anyone forced you to do things you didn't want to do? [yes]
11. Has anyone taken things that belong to you without your O.K.? [yes]
12. Do you trust most of the people in your family? [no]
13. Does anyone tell you that you give them too much trouble? [yes]
14. Do you have enough privacy at home? [no]
15. Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently? [yes]

* The response associated with "abuse" has been indicated in brackets at the end of each item. "Abuse" is associated with a response of "no" to items 1, 6, 12, and 14; a response of "someone else" to item 4; and a response of "yes" to all others.

Note: The EAST is still in its developmental stages and has not been completely tested. Further tests of its validity and reliability are under way. Consequently, its effectiveness, and limitations for its use are still not completely known. Hence the authors recommend using it only in conjunction with their direct supervision. Professionals who wish to use the EAST are urged to work with the authors of the measure, not only to insure that the measure is being used appropriately, but also to provide further opportunities to test the EAST. Interested parties can contact the publisher for further information: Melanie Hwalek, SPEC Associates, Ford Building, 615 Griswold, Suite 1505, Detroit, MI 48226; or call 313-964-0500 or email: mhwalek@specassociates.org.

See also: Neale, AV, M Hwalek, MC Sengstock, RO Scott, & C Stahl. "Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test." *Journal of Applied Gerontology*, 10 (4): 417-429 (1991).

Referencias

1. Sistema Único de Información Normativa Juricol. [Internet] Ley 1850. 2017 [citado el 2 de junio de 2024] Disponible en <https://www.suinjuricol.gov.co/viewDocument.asp?id=30032533>
2. *California Legislative Information*. CLP Code 3 [Internet]. Legislature.ca.gov. 2010 [citado el 2 junio del 2024] disponible en https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?awCode=PEN&division=&title=9.&part=1.&chapter=13.&article=
3. Universidad de Shizuoka-ken. 18_171 [Internet] Shizuoka (JP): Oshika Campus University of Shizuoka [Citado el 2 de junio del 2024] Disponible en: https://oshika.u-shizuoka-ken.ac.jp/media/18_171.pdf?utm
4. Brenes Camacho G, Masís Fernández K y Rapso Brenes M. "II Informe estado de situación de la persona adulta mayor Costa Rica", [Internet] Cepal.org. 2020 [citado 2 de junio de 2024] Disponible en https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/segundo_Informe_estado_persona_adulta_mayor_CostaRica.pdf
5. Evans CS, Hunold KM, Rosen T. Platts-Mills TF. "*Diagnosis of Elder abuse in U.s emergency departments*". J Am Geriatric Soc [Internet] 2017 [citado el 2 de junio del 2024]; 65(1):91-7 Disponible en [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5258672/#:~:text=Those%20diagnosed%20with%20elder%20abuse,29.4%25\).](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5258672/#:~:text=Those%20diagnosed%20with%20elder%20abuse,29.4%25).)
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maltrato de las personas mayores [Internet] OMS.int 2022 citado 5 junio del 2024] Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). "Envejecimiento y salud" [Internet] WHO.int 2022 [citado el 5 de junio del 2024] Disponible en [Maltrato de las personas mayores \(who.int\)](#)
8. Montero Solano G, Vega Chaves JC y Hernández G. "Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor". Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Mar [citado 5 junio 2024] ;34(1):120-130. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100120&lng=en
9. *Japan Academy of the Prevention* "Elder Abuse /ニューズレタ" [Internet] Nwesletter num 8 [Citado el 5 de junio del 2025] Disponible en: https://japea.jp/wp-content/uploads/2011/02/newsletter_8.pdf?utm
10. *National Institute of Health*. "Maltrato y abuso de las personas mayores" [Internet] National Institute of Aging. 2020 [citado el 5 de junio del 2024] Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/abuso/maltrato-abuso-personas-mayores>
11. Jeannette MM y Brenes Y "Maltrato, negligencia y abandono de la persona adulta mayor costarricense" [Internet] Gerontología.org. 2007 [citado el 05 de junio del 2024] Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/maltrato_persona_adulta_mayor_costarricense.pdf
12. Rubio Acuña Miriam. "Maltrato institucional a adultos mayores". Gerokomos [Internet]. 2012 dic [citado 05 junio del 2024]; 23(4): 169-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400005&lng=es
13. Ávila Chacón L, Semanario ECO Católico, "En la vejez, no me abandones". ECO Católico, Costa Rica [Semanario]; Julio, 2024 [citado el 2 de julio del 2024]

14. Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, P K, Asthana S, Supiano MA, et al. Hazzard's geriatric medicine and gerontology, 7^a ed. New York, United States of America; McGraw-Hill Professional, 2016 [citado el 8 de junio del 2024] Disponible en: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1923§ionid=143987228>
15. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor [Internet]. Pgrweb.go.cr. 1999 [citado el 08 de junio del 2024] Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/23788.pdf>
16. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Ley que penaliza el abandono de las personas adultas mayores. [Internet]. Pgrweb.go.cr. 2020 [citado el 8 de junio del 2024]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=91739#up
17. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Resumen Ejecutivo Cumplimiento de la Política Institucional para la Atención Integral a la persona Adulta Mayor [Internet]. Ccss.sa.cr. 2022 [Citado el 10 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFICIOS/2022/9254/Articulo11/GG-0863-2022-ANEXO.pdf>
18. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Población de 65 años y más en Costa Rica se duplicará en los próximos 20 años [Internet] INEC. 2024 [citado el 11 de junio del 2024] Disponible en: <https://inec.cr/noticias/poblacion-65-anos-mas-costa-rica-se-duplicara-los-proximos-20-anos>
19. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). "INEC apoya a AGECO para visibilizar realidad de la población adulta mayor de

- Costa Rica". [Internet]. INEC, 2023 [citado el 11 de julio del 2024]. Disponible en: <https://inec.cr/noticias/inec-apoya-ageco-para-visualizar-realidades-la-poblacion-adulta-mayor-costa-rica>
20. Organización OMS. Maltrato de las personas mayores [Internet] Who.int. 2022 [Citado el 08 de junio del 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
21. Oxford Medical Education. Mini-mental state examination (MMSE). [Internet]. OxfordMedical Education. 2015 [Citado el 10 de junio del 2024]. Disponible en: https://oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/mini-mental-state-examination-mmse/#google_vignette
22. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: Global situation, risk factors and prevention strategies. Gerontologist. [Internet]. 2016 [citado el 10 de junio del 2024];56 (Suppl 2): 194-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291158/>
23. Rojas Rodríguez J, Barrios Martínez MC, Hernández Rincón EH. Abordaje integral del adulto mayor ante diferentes formas de abuso: un acercamiento desde la medicina familiar en Colombia., Barranquilla [Internet]. 2021 agosto [citado 10 de junio 2024]; 37(2): 506-524. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522021000200506&script=sci_abstract&tIng=es
24. Calvo Alvarado L. "El abuso en las personas mayores". [Internet] Revista Trabajo Social. Publicado el 5 de julio en 2019 en internet; 2001;61(26):41-45 [citado el 10 de junio del 2024] Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v26n612001/art05.pdf>
25. Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales

- características [Internet] Vol 3(1) Saberes del conocimiento; 2019 [citado el 11 de julio del 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788154>
26. INEC. "Enadis. 2023. Población adulta por situación de discapacidad, según año, han experimentado manifestaciones de violencia y sexo, octubre y noviembre 2018 y 2023" [Cuadro vinculado electrónicamente] ENADIS, 2023 [Citado el 11 de julio del 2024] Disponible en: <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-nacional-sobre-discapacidad?filtertext=violencia>
 27. Rakesh Kochhar. "10 projections of the global population in 2050" [Internet] Pew Research Center, 2014 [Citado el 11 de febrero del 2025] Disponible en: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2014/02/03/10-projections-for-the-global-population-in-2050/>
 28. Colby, S y Ortman, J. "Demographics Changes and Aging Population" [Internet] Rural Health Information Hub, 2015 [citado el 11 de febrero del 2025] Disponible en: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/aging/1/demographics#:~:text=The%20U.S.%20population%20is%20aging,65%20years%20old%20and%20over.>
 29. Statistics Bureau of Japan "Una mirada estadística a la población de edad avanzada de Japón-En honor al Día del Respeto a los Ancianos". Statistics Bureau of Japan, 2025 [citado el 3 de octubre del 2025] <https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics146.pdf>
 30. Shinichi Sekine "Ocho adultos mayores mueren en hogares de ancianos en el año fiscal 2022 mientras los casos de abuso alcanzan un récord" [Internet] The Asahi Shimbun. Informe Nacional, 24 de diciembre del 2023. [Citado el 09 octubre 2025] Disponible en: <https://www.asahi.com/ajw/articles/15093803#:~:>

[text=By%20SHINICHI%20SEKINE/%20Staff%20Writer,first%20in%20crease%20in%20two%20years.](#)

31. Iwasaki Ayumu "Sons, daughters make up nearly 60% of abusers of elderly people in Japan: survey" [Internet] The Mainichi, Japan, 5 de agosto del 2025 [Citado el 09 de octubre del 2025] Disponible en: <https://mainichi.jp/english/articles/20250804/p2a/00m/0na/012000c#:~:text=Sons%2C%20daughters%20make%20up%20nearly,local%20bodies%20throughout%20the%20country.>
32. California Advocates for Nursing Home Reform (CANHR). Reconocer y denunciar el abuso de ancianos [Internet]. CANHR; 2025 Jul 22 [citado 09 octubre 2025]. Disponible en <https://canhr.org/es/recognizing-and-reporting-elder-abuse/>
33. Diccionario de la lengua española. "víctima" [Internet] RAE 23ª edición 2014 [Citado el 29 octubre 2025]. Disponible en <https://dle.rae.es/v%C3%ADctima>
34. Diccionario de la Real Academia Española. "victimario, ria" [Internet] diccionario del estudiante RAE 23ª edición 2014 [Citado el 29 octubre 2025]. Disponible en: <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/victimario>
35. Poder Judicial. República de Costa Rica "víctima" [Internet] Diccionario [Citado el 29 de octubre 2025]. Disponible en: <https://dictionariosusual.poderjudicial.go.cr/index.php/diccionario/v%C3%ADctima>
36. República de Colombia Ley 1850 de 2017 [Internet] [Citado el 29 octubre del 2025] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>
37. República de Colombia Ley 2055 de 2020 [Internet] [Citado el 29 octubre del 2025] Disponible en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>

38. Japanes Law Translation “高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律” (Traducción libre: Ley de prevención del maltrato a las personas mayores y apoyo a los cuidadores de ancianos) [Internet] 2021, Japaneselawtranslation.go.jp [Citado el 29 de octubre del 2025] Disponible en: <https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/3929#:~:text=Article%20In%20recognition%20of,care%20facility%20managerial%20staff%2C%20etc.>
39. Tsukada. N., Ikeda N. y Katsumata A. “A new step to prevent elder abuse in Japan” [Internet] noviembre, 2022 Oxford Academic. Innovation in Aging; 6(1) :343-4 doi:10.1093/geroni/igac059.1358. Disponible en: https://academic.oup.com/innovateage/article/6/Supplement_1/343/6937952?searchresult=1
40. California Legislatures. Penal Code (PEN) 368: Crimes Against Elder -Abuse of Elder & Dependent Adults. [Internet] California State Legislature [Citado el 2 de octubre del 2025] Disponible en: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=368.&lawCode=PEN
41. National Institute of Population and Social Security Research (IPSS) “Population Projections for Japan: 2001-2050” Tokyo enero, 2002 [Internet] IPSS.go.jp [Citado el 29 de octubre del 2025] Disponible en: <https://www.ipss.go.jp/pp-newest/e/ppfj02/ppfj02.pdf>
42. Popular Reference of Bureau “Fact Sheet: Aging in teh Inited States” Washington DC [Internet] PRB, 9 enero 2024 [Citado el 29 de

octubre del 2025] Disponible en:
<https://www.prb.org/resources/fact-sheet-aging-in-the-united-states/>

43. Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia (Cancillería) "Personas Mayores" Bogotá [Internet] 2022 [Citado el 29 de octubre del 2025] GOV.co Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/internacional/politica/sociales/personas-mayores>
44. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) "Proyecciones de la Población" Bogotá [Internet] 2018, DANE [Citado el 1 noviembre del 2025] Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion?utm>
45. World Health Organization (WHO) "International statistical classification of disease and related health problems (ICD-10), Version 2019. [Internet] Geneva 2019 [Citado el 1 noviembre del 2025] Disponible en : <https://icd.who.int/browse10/2019/en?utm>
46. Chang ES, Levy BR, "High prevalence of Elder abuse during COVID-19 pandemic: risk and resilience factors" noviembre 2021 [Internet] Am J Geriatr Psychiatry 29(11):1152-1159. doi:10.1016/j.jagp.2021.01.007/ [Citado el 1 nov del 2025] Disponible en:<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8286979/>
47. Rosen T, Stern ME, Elman A, Murcare MR "Identifying and initiating intervention for Elder abuse and neglect in the emergency department" agosto, 2018 [Internet] Clin Geriatr Med 34(3);435-451 [Citado el 1 noviembre del 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30031426/>
48. Koga C, Tsuji T, Hanazato, Sato K, Kondon K. "The association between Elder abuse and refreinment from daily activitis during COVID-19 pandemic among older adults in Japan: A cross-sectional study from the Japan Gerontolical Evaluation Study" [Internet]

- 2010 [Citado el 1 noviembre del 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36119723/>
49. Okinawa-ken 高齢者虐待防止のための指針 (作成例)
) [Citado el 1 noviembre del 2025] Disponible en <https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/koreifukushi/1022351/1007241.html?utm>
50. Itami-shi 養護者における高齢者虐待への対応フロー図 [Internet]
Itami(JP)[Citado el 1 de noviembre del 2025] Disponible en: <https://www.city.itami.lg.jp/material/files/group/32/5-1.pdf?utm>
51. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan ビジネス・労働政策
統括官付高齢者・障害者雇用・福祉部「市町村・都道府県における高齢者
虐待への対応と養護者支援について（国マニュアル）」2025 [Internet]
Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare
[Citado el 1 noviembre del 2025] Disponible en: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000200478_00003.html
52. Pabón-Poches DK, Ortiz-Ramírez HA, Cervantes Henríquez ML,
Barchelot Aceros LJ, Delgado Meza JA, Vallejo Borda JA. "Risk factors
for Elder abuse in the Global South: a case study in northeastern
Colombia" [Internet] Aging Ment Health Junio 2025 20;1-14 [Citado
el 3 de noviembre del 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40538376/>
53. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)
"Alarmante cantidad de casos de personas adultas mayores en
condición de abandono " mayo 2025 [Internet] CONAPAM [Citado
el 3 de Noviembre del 2025] Disponible en:
<https://conapam.go.cr/alarmante-cantidad-de-casos-de-personas-adultas-mayores-en-condicion-de-abandono/>
54. República de Colombia. Ministerios de Salud y Protección Social"
Resolución No. 459 de 2012 Por la cual se adopta el Protocolo y

Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual” marzo 2012 [Internet] GOV.co [Citado el 5 de noviembre del 2025] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF?utm>

55. Unidad para las Víctimas “Conozca la ruta para denunciar el maltrato a personas mayores [Internet] Bogotá Unidad para las víctimas junio 2021 [Citado el 5 de noviembre del 2025] Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/noticias/64890-2/?utm>
56. Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) Cartilla sobre buen trato a las personas adultas mayores” [Internet] OISS agosto 2018 [Citado el 7 de Noviembre del 2025] Disponible en: <https://oiss.org/wp-content/uploads/2019/06/CARTILLA-BUEN-TRATO-2018.pdf>
57. Ministerio de Derecho Humano e Inclusión Social “Protocolo Interinstitucional para la Atención de Personas en Situación de Abandono” San José [Internet] Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión 2017 [Citado el 17 de Noviembre el 2025] Disponible en: https://www.imas.go.cr/sites/default/files/protocolo_interinstitucional_para_la_atencion_de_personas_en_situacion_de_abandono_2017.pdf?utm
58. Pan American Health Organization. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: Décima Revisión (CIE-10), Volumen 1* [Internet]. Washington (DC): PAHO / OMS; 1995 [citado 17 noviembre del 2025] Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>