

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Identificación de factores asociados a maltrato
al adulto mayor en los casos reportados en el
Instituto de Investigaciones Forenses en las
ciudades de La Paz y El Alto, 2° semestre 2013 y
1° semestre 2014**

**(Propuesta de Protocolo de atención médico forense para
casos de violencia al adulto mayor)**

POSTULANTE: Dra. Patricia Alvarez Maceda

TUTOR: Dr. Fernando Valle Rojas

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Medicina Forense**

La Paz - Bolivia
2015

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS
A MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN LOS
CASOS REPORTADOS EN EL INSTITUTO DE
INVESTIGACIONES FORENSES EN LAS
CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, 2°
SEMESTRE 2013 Y 1° SEMESTRE 2014**

**(PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICO FORENSE AL ADULTO
MAYOR MALTRATADO)**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a Dios por su fidelidad y amor incondicional, expresado en cada uno de los eventos, experiencias y lecciones resultantes de la realización de este trabajo.

Gracias a mi familia, por su comprensión y amor constante, apoyando cada uno de mis sueños y emprendimientos personales.

Agradecer especialmente a mi tutor, por el asesoramiento continuo, su disposición de tiempo y conocimientos para llegar al culmen de este trabajo.

Gracias al personal del Instituto de Investigaciones Forenses, por permitir la realización de este trabajo en dicha institución y por su apoyo y cariño.

Agradecer a la Universidad Mayor de San Andrés por la formación de calidad otorgada y por el respaldo incondicional.

A todas las personas implicadas directa o indirectamente en la realización de este trabajo... ¡Gracias!

| | |
|--|-----------|
| INDICE GENERAL | |
| AGRADECIMIENTOS | i |
| INDICE GENERAL | ii |
| INDICE DE TABLAS..... | v |
| INDICE DE GRÁFICOS..... | vi |
| INDICE DE ANEXOS..... | vi |
| RESUMEN | vii |
| ABSTRACT | viii |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| III. ANTECEDENTES | 5 |
| IV. MARCO TEORICO..... | 9 |
| A. DEFINICIONES PRELIMINARES..... | 9 |
| 1. VEJEZ..... | 9 |
| 2. ENVEJECIMIENTO..... | 9 |
| 3. ADULTO MAYOR | 10 |
| 4. POBLACION ENVEJECIDA..... | 10 |
| B. VEJEZ: ASPECTOS GENERALES | 10 |
| 1. CARACTERÍSTICAS DE LA VEJEZ | 10 |
| 2. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO | 11 |
| a. Teorías estocásticas | 11 |
| b. Teorías no estocásticas | 12 |
| 3. CAMBIOS PROPIOS DE LA VEJEZ | 12 |
| a. Cambios fisiológicos..... | 12 |
| b. Cambios en la esfera cognitiva | 14 |
| c. Enfermedades comunes en la vejez | 14 |
| d. Cambios en el entorno social | 16 |
| 4. VEJEZ Y LA SOCIEDAD..... | 16 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5. | SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL | 18 |
| | a.La vejez a nivel mundial | 18 |
| | b.A Nivel Bolivia | 20 |
| C. | VIOLENCIA | 21 |
| 1. | DEFINICIÓN | 21 |
| 2. | CLASIFICACIÓN..... | 21 |
| 3. | ETIOLOGÍA..... | 22 |
| D. | MALTRATO AL ADULTO MAYOR | 24 |
| 1. | DEFINICIONES..... | 24 |
| 2. | CLASIFICACIÓN..... | 25 |
| 3. | ETIOLOGÍA..... | 27 |
| 4. | FACTORES DE RIESGO | 28 |
| | a.Factores de riesgo de la víctima..... | 28 |
| | b.Factores de riesgo del agresor..... | 29 |
| | c.Factores de riesgo socioculturales | 31 |
| 5. | CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR MALTRATADO | 32 |
| 6. | CONSECUENCIAS DEL MALTRATO..... | 33 |
| E. | EVALUACIÓN MÉDICA FORENSE..... | 34 |
| 1. | LA ENTREVISTA CLÍNICA Y LA ANAMNESIS..... | 34 |
| 2. | EXAMEN FÍSICO | 35 |
| 3. | DIAS DE INCAPACIDAD..... | 37 |
| 4. | VALORACIÓN MEDICO FORENSE AL AGRESOR..... | 37 |
| 5. | VALORACIÓN PSICOLÓGICA..... | 37 |
| F. | MARCO LEGAL..... | 38 |
| 1. | Constitución Política del estado | 38 |
| 2. | Ley 369: Ley General de las personas adultas mayores | 38 |
| 3. | Decreto Supremo N° 1807 | 40 |
| V. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 42 |

| | |
|---|----|
| VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 43 |
| VII. OBJETIVOS | 44 |
| A. OBJETIVO GENERAL | 44 |
| B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 44 |
| VIII. DISEÑO METODOLÓGICO | 45 |
| A. TIPO DE ESTUDIO | 45 |
| B. POBLACIÓN Y LUGAR | 45 |
| C. INSTRUMENTO | 46 |
| D. MUESTRA | 46 |
| E. CRITERIOS DE SELECCIÓN | 46 |
| 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 46 |
| 2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 47 |
| F. VARIABLES | 47 |
| G. PLAN DE ANÁLISIS | 48 |
| H. ASPECTOS ÉTICOS | 49 |
| IX. RESULTADOS | 50 |
| A. Casos de maltrato al adulto mayor por ciudad | 50 |
| B. Casos de maltrato al adulto mayor por grupos étnicos | 51 |
| C. Casos de maltrato al adulto mayor por sexo de la víctima | 52 |
| D. Casos de maltrato al adulto mayor según estado civil de la víctima | 53 |
| E. Casos de maltrato al adulto mayor según tipo de agresión | 54 |
| F. Casos de maltrato al adulto mayor atendidos según agresor | 55 |
| G. Casos de maltrato al adulto mayor según lugar de agresión | 56 |
| H. Casos de maltrato al adulto mayor según tipo de lesiones | 57 |
| I. Casos de maltrato al adulto mayor según días de incapacidad médico legal | 58 |
| J. Casos de maltrato al adulto mayor según valoraciones auxiliares | 59 |
| K. Propuesta de protocolo de atención médico forense al adulto mayor maltratado .. | 60 |
| X. DISCUSIÓN | 61 |
| XI. CONCLUSIONES | 66 |
| XII. RECOMENDACIONES | 68 |
| XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Revisión Bibliográfica | 7 |
| Tabla 2. Cambios estructurales y consecuencias fisiológicas en el adulto mayor | 13 |
| Tabla 3. Enfermedades más comunes de la vejez..... | 15 |
| Tabla 4. Escenarios de Transición Demográfica en América Latina. | 19 |
| Tabla 5. Bolivia. Población de Adultos mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 | 20 |
| Tabla 6. Patrones útiles de detección de maltrato al adulto mayor | 32 |
| Tabla 7. Casos de Maltrato por ciudad..... | 50 |
| Tabla 8. Frecuencia de Edad por grupos etáreos | 51 |
| Tabla 9. Casos de Maltrato al adulto mayor según sexo de la víctima..... | 52 |
| Tabla 10. Casos de Maltrato al adulto mayor según estado civil de la víctima..... | 53 |
| Tabla 11. Casos de Maltrato al adulto mayor según tipo de agresión por ciudad | 54 |
| Tabla 12. Casos de Maltrato al adulto mayor según agresor | 55 |
| Tabla 13. Casos de Maltrato al adulto mayor según lugar de agresión..... | 56 |
| Tabla 14. Casos de Maltrato al adulto según tipo de lesiones | 57 |
| Tabla 15. Frecuencia de Días de incapacidad por grupos | 58 |
| Tabla 16. Casos de maltrato al adulto mayor por tipo de valoración auxiliar..... | 59 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Pirámides Poblacionales 1998 Vs 2050 | 18 |
| Gráfico 2. Modelo Ecológico..... | 24 |
| Gráfico 3. Casos de Maltrato adulto mayor atendido por ciudad. | 50 |
| Gráfico 4. Frecuencia de Edad por grupos etáreos | 51 |
| Gráfico 5. Casos de Maltrato al adulto mayor según sexo de la víctima..... | 52 |
| Gráfico 6. Casos de Maltrato al adulto mayor según estado civil de la víctima..... | 53 |
| Gráfico 7. Casos de Maltrato al adulto mayor según agresor | 55 |
| Gráfico 8. Casos de Maltrato al adulto mayor según lugar de agresión..... | 56 |
| Gráfico 9. Frecuencia de Días de incapacidad por grupos | 58 |

INDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXOS | 79 |
| ANEXO 1. Carta de solicitud de realización del trabajo aceptada..... | 80 |
| ANEXO 2. Planilla de recolección de datos y codificación de variables..... | 81 |
| ANEXO 3. Protocolo de atención médico forense al adulto mayor maltratado..... | 82 |

“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN LOS CASOS REPORTADOS EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES EN LAS CIUDADES DE LA PAZ Y EL ALTO, 2° SEMESTRE 2013 Y 1° SEMESTRE 2014”

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores asociados a maltrato al adulto mayor en los casos reportados en el Instituto de Investigaciones Forenses en las ciudades de La Paz y El Alto durante el segundo semestre de 2013 y el primer semestre de 2014.

En el presente estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo, se revisaron 1622 registros médico forenses de personas mayores de 60 años que acudieron al Instituto de Investigaciones Forenses de las ciudades de La Paz y El Alto desde Julio de 2013 a Junio de 2014 para ser valorados alegando maltrato.

La ciudad de La Paz atendió el 56.4% de los casos y la ciudad de El Alto el 43.6%. El promedio de edad fue de 67 ± 6.6 años, que coincide con el parámetro de edad de otros estudios revisados. El 51.4% de los casos perteneció al sexo masculino, resultado que difiere con la mayoría de los estudios revisados, ya que en ellos el sexo femenino es el predominante. El estado civil más frecuente fue el de casado, con un 61.2%, contrastando con otros estudios ya que la literatura revisada señala que el maltrato al adulto mayor es más frecuente en personas solteras, viudas o separadas. El tipo de maltrato más frecuente fue el físico con un 99.3%, otros estudios tienen como maltrato más frecuente al psicológico y en segundo lugar al físico, el presente estudio no incluyó otros tipos de maltrato ya que la fuente de los datos no contempla estos dato. El agresor más frecuente fue un componente del entorno familiar con el 39.2%, coincidiendo con la totalidad de los estudios revisados. Respecto al lugar donde se suscitó la agresión, el 39.7%, fueron agredidos en su domicilio. Las lesiones más frecuentes fueron las contusiones simples con un 83%, El promedio de los días de incapacidad fue de 5 ± 5.8 días. La valoración más solicitada fue la de exámenes de gabinete con un 14,1% y la especialidad cuya valoración fue más solicitada fue la de Traumatología con el 10.3%.

Palabras Clave. Adulto mayor, Maltrato

"IDENTIFICATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH THE ELDERLY ABUSE IN CASES REPORTED IN IDIF IN CITIES OF LA PAZ AND EL ALTO, 2nd SEMESTER 2013 AND 1st SEMESTER 2014

(Development of Proposed Protocol of Forensic Medical Care in Elderly Abuse's Cases) "

ABSTRACT

The general aim of this study was to identify factors associated with elderly abuse in the cases reported in the IDIF in the cities of La Paz and El Alto in the second half of 2013 and the first half of 2014.

The present study is retrospective, cross-sectional and descriptive. 1622 forensic histories were valued of Elderly cases at sixty years of age or older. This study was develop in "Instituto de Investigaciones Forenses" in the cities of La Paz and El Alto from July 2013 to June 2014, in order to value all the cases related to elderly abuse.

The city of La Paz attended 56.4 % of cases and the city of El Alto 43.6 %. The mean age was 67 ± 6.6 years, which coincides with the age parameter of other studies reviewed. 51.4 % of the cases were male, this result differs from the majority of the studies reviewed, and in them, female is dominant. The most common marital status was married , with 61.2 % , in contrast to other studies and the literature reviewed indicates that abuse of the elderly is more common in separate single or widowed. The most common type of abuse was physical with 99.3 %. Other studies have as the most common abuse, psychological abuse and as the second one, physical abuse; this study did not include other types of abuse because the data source does not provide these data. The most common perpetrator was a component of the family environment with 39.2 % agreeing with all of the studies reviewed. As to where the assault arose, 39.7 % were attacked in their home. The most common injuries were bruises mere 83%, the average disability days was 5 ± 5.8 days. The mayor part of the forensics medical professionals considered that it was no necessary other kind of studies besides the forensic evaluation.

Keywords: Ancient, Elderly Abuse

I. INTRODUCCIÓN

El maltrato o violencia al adulto mayor es un problema social que data de la antigüedad, sin embargo, se empezó a profundizar sobre el tema hace pocos años debido a que este tópico pasaba inadvertido, considerando, además, que muchas de las víctimas no reportan el caso de maltrato por miedo a las represalias, o por incapacidad de reconocer ciertos tratos como propios de violencia.¹

En el futuro cercano, la población de adultos mayores se incrementará y el problema del maltrato crecerá a la par si no se genera una cultura que lo detecte y atienda.

La violencia al adulto mayor es un tema global, presente tanto en países en vías de desarrollo como desarrollados y por lo general existe una infra notificación.²

Pero, evidentemente estamos ante un tema de especial relevancia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 4% al 6% de los adultos mayores son víctimas de malos tratos. Eso significa que de los 600 millones de adultos mayores que hay en el globo, 36 millones son agredidos. Según cinco encuestas realizadas en el último decenio en cinco países desarrollados existe una tasa de maltrato de 4% a 6% en la población de ancianos, coincidiendo con los datos de la OMS.³

Según datos de la Defensoría del Pueblo, durante la gestión 2013 se registró a nivel nacional 3. 243 casos que vulneraron derechos de las personas adultas mayores, de las cuales, 1.391 se cometieron por su condición de tales, siendo el segundo grupo con más denuncias después de las mujeres, evidenciándose un incremento de casi el 30 por ciento en relación a las denuncias del 2012.⁴

Bolivia, se caracteriza por ser un país con múltiples leyes que protegen a la población de adultos mayores, las cuales se han ido instaurando en los últimos años y fueron y están siendo evaluadas y modificadas para cubrir todas las necesidades de este grupo poblacional. Sin embargo, la aplicabilidad de todas y cada una de estas leyes se está realizando de una manera deficiente, siendo incluso, muchas de estas leyes totalmente vulneradas, esto a raíz del desconocimiento tanto de las víctimas como del resto de la sociedad, de los derechos que el estado les otorga y de las maneras como pueden exigir el respeto de los mismos.

El maltrato en este grupo etáreo merecería ser tratado en el mismo nivel de importancia como son tratados temas de violencia a otros grupos poblacionales, inclusive ser tratado de manera particular, puesto que esta población tiene características, necesidades y exigencias muy propias y exclusivas. Estudios profundos sobre el maltrato a personas de la tercera edad y sus alcances son escasos en nuestro país, por lo que son sumamente necesarios datos que reflejen la magnitud del problema.

A través del presente trabajo, se identificaron factores asociados a la violencia al adulto mayor en casos reportados en el Instituto de investigaciones Forenses, factores que una vez identificados, permitieron hacer una evaluación de las características de este problema en nuestra sociedad.

Asimismo, los datos obtenidos a través de este estudio, pretenden ser la base para la elaboración de propuestas que contengan medidas que permitan un mejor abordaje al problema del maltrato al adulto mayor, en este sentido, a través de la elaboración de una propuesta de **protocolo de atención médico forense al adulto mayor maltratado**, se pretende coadyuvar y normar un actuar pericial idóneo y práctico, capaz de cubrir las exigencias que los casos de maltrato al adulto mayor amerita.

II. JUSTIFICACIÓN

El maltrato al adulto mayor en sus diversas manifestaciones es un problema de alta trascendencia en Bolivia, el cual merece un estudio profundo para determinar medidas que aborden a este problema de manera integral.⁵

La población adulta mayor se encuentra en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y normalmente no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, esta situación de vulnerabilidad coloca a estas personas en desventaja respecto al ejercicio pleno de sus derechos y libertades.⁶

Al ser la población adulta mayor, una población con tendencia al incremento, tanto a nivel internacional como nacional y a merced de que las cifras de maltrato se han incrementado, es necesario indagar la raíz del problema para asegurar la protección de los derechos básicos de esta población a través de medidas multidisciplinarias que den solución cabal a este fenómeno latente en nuestra sociedad.

Conocer cada característica asociada a la génesis y producción del maltrato al adulto mayor, permitirá prevenir futuros casos, promover la concientización de la población en general para asegurar el cumplimiento de los derechos humanos de los ancianos, tratar de manera adecuada las lesiones resultantes en caso de existir algún tipo de maltrato y disminuir a la mínima expresión todo tipo de secuela que pueda surgir tras cualquier manifestación de violencia, garantizando así una buena calidad de vida al adulto mayor.

Por consiguiente, los resultados obtenidos a través de este trabajo, pretendieron en primera instancia, evaluar la magnitud de la violencia al adulto mayor a través de los casos reportados en el Instituto de investigaciones Forenses (IDIF), para posteriormente estudiar sus características e identificar los factores asociados a este tipo de violencia.

Estos resultados reflejan asimismo cuán frecuente y urgente de atención es el problema del maltrato al adulto mayor en nuestra sociedad, y que aspectos deben ser tomados al momento de abordar esta problemática.

Además, estos resultados se constituyeron en la base para la construcción de una propuesta de protocolo de atención médico forense al adulto mayor maltratado, el cual puede ser utilizado como una herramienta para estandarizar, educar y difundir conocimientos relacionados a la detección y el manejo del maltrato en el adulto mayor, para responder idóneamente a los requerimientos de la pericia forense en este tipo de casos, en respuesta a leyes emergentes que promueven la protección de los adultos mayores, dando un trato preferencial a los mismos y coadyuvando a erradicar la violencia y discriminación a este grupo.

Los resultados, así como las propuestas producto de este trabajo serán de pleno beneficio primero, para la población directamente afectada por el maltrato al adulto mayor, permitiendo que estos sean tratados de una manera más eficiente, rápida y centralizada; en segunda instancia, para la sociedad entera, a la que se dará a conocer cuan urgente es el abordaje al tema de violencia al adulto mayor y finalmente, para el profesional forense, al cual se le dotará de herramientas útiles en su labor pericial, mejorando el enfoque respecto a las necesidades de la población adulta mayor, respondiendo así de la manera más idónea a la problemática en cuestión.

III. ANTECEDENTES

El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término “*granny battering*”, que podría traducirse como “abuelita golpeada”. Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. En 1986, surgió la convocatoria del Comité Nacional para la prevención del Abuso al Anciano; en el año de 1989 se realizó la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de los ancianos, donde se trataron puntos como la pluri-patología de los adultos mayores y la predisposición a sufrir diferentes tipos de maltrato, por lo que esta declaración velaba por la protección del adulto mayor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 4% al 6% de los adultos mayores son víctimas de malos tratos. Eso significa que de los 600 millones de adultos mayores que hay en el globo, 36 millones son agredidos.⁷

En Canada la investigación sobre los malos tratos en personas mayores se inició hace dos décadas, y entre los estudios más importantes hay que mencionar la primera de todas, de 1979, promovida por la Asociación de Gerontología de Manitoba (Canadá). Belanger (1981) que envió un cuestionario por correo a 140 profesionales, resultando de esa encuesta que, el 25 % de los casos era de abuso físico, el 44% de explotación material y el 30% de violación de los derechos de los ancianos encuestados.⁸

Según el Centro de Control de Enfermedades, (CDC), En Estados Unidos más del 20 % de los ancianos no sólo son maltratados en sus hogares, sino, también, en diversas instituciones nacionales destinadas a su cuidado; existe una evidencia de que estos ancianos tienen mayor probabilidad de sufrir maltrato que aquellos que viven en sus hogares.⁹

En España, se calcula que hay más de cinco millones de personas mayores de sesenta y cinco años, un 14% de la población, de la cual el 8,9%, de una u otra manera, viven en la violencia, pero de ellas sólo el 3,1% establece la denuncia o busca ayuda para resolver ésta situación.¹⁰

En Cuba, La distribución de adultos mayores que sufrieron violencia se observó en casi la mitad de los senescentes entre 60 a 69 años. Más de la tercera parte de los senescentes maltratados eran parte de familias con características psicosociales y cultura sanitaria calificada entre mala y regular. El mayor porcentaje de los adultos mayores maltratados correspondió a familias disfuncionales, siendo el tipo de maltrato más frecuente el causado por negligencia.¹¹

En Brasil, el Consejo Nacional de los Adultos Mayores, afirma que se reportan anualmente más de 70 mil casos de extrema violencia, de los cuales, un 27.1 % de los maltratados son ancianos.¹²

Una investigación realizada en Argentina en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, en junio de 2010, se encuestaron a adultos mayores que residían en hogares familiares y que estaban en contacto con el Programa de Prevención de la Discriminación, el Abuso y el Maltrato hacia los adultos mayores. Se realizaron un total de 1.064 encuestas entre los años 2007-2009. Algunos resultados a destacar: el 36,8% manifestó haber sufrido una situación de abuso y maltrato, de los cuales 68% eran del sexo femenino. El ámbito donde ocurrió el maltrato 41% en su casa y 26% en su barrio. En relación al agresor el 40,5% fue un familiar.¹³

En Chile, en el 2005 se contaban con tres estudios, los que fueron efectuados en Renca, Valdivia y Concepción-Temuco, los cuales arrojan que más del 30% de los adultos mayores encuestados había sufrido algún tipo de maltrato en el hogar o centro de cuidados, siendo las más afectadas las mujeres entre 65 y 74 años, el maltrato más evidenciado lo fue el psicológico con el 75,6% de afectación.¹⁴

En México, el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores, (IAAM), en el Distrito Federal, anota que en la actualidad, en Ciudad de México, 16 de cada 100 adultos mayores, que viven en la comunidad, sufren maltrato, sobre todo, de tipo psicológico, que consiste en infligir angustia mental, (maltrato verbal o emocional), que puede provocar depresión y actitudes suicidas.¹⁵

En Panamá, a través de un estudio realizado por el Programa de atención integral del adulto mayor del Ministerio de la Juventud, la mujer, la niñez y la familia, indicó que en el periodo 2001-2003 el 33.3% de las personas adultas mayores atendidas habían sufrido maltrato.¹⁶

A nivel Bolivia, según datos de la Defensoría del Pueblo, durante la gestión 2013 se registró a nivel nacional 3. 243 casos que vulneraron derechos de las personas adultas mayores, de las cuales 1.391 se cometieron por su condición de tales, siendo el segundo grupo con más denuncias después de las mujeres, evidenciándose un incremento de casi el 30 por ciento en relación a las denuncias del 2013. Los casos reportados se refieren a la vulneración de derechos por despojo de tierras, apropiación indebida de bienes, violencia física y psicológica, además de maltrato institucional, económico, familiar y comunal. Según esta institución, llegaron a la misma 10.240 denuncias por violencia contra los ancianos durante el año 2012 y primer trimestre del 2013.¹⁷

En la ciudad de La Paz, según datos de la Unidad del Adulto Mayor y Personas con Discapacidad, del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, las denuncias de maltrato a las personas mayores de 60 años, se duplicaron desde el 2011, en 2011 se reportaron 256 denuncias; en 2012, 542 casos; en 2013, hasta junio, más de 700 denuncias. El 90% de las denuncias tiene que ver con el entorno familiar, y un 10% con terceros. Cada día Cada se registran al menos diez denuncias de maltrato a personas de la tercera edad en el Centro de Orientación Socio Legal para el Adulto Mayor de La Paz, siendo el maltrato físico el más prevalente en un 55% de los casos; le sigue el psicológico, con 40% y el sexual con 5%.¹⁸

Datos de la Ciudad de El Alto del departamento de La Paz, reportan que en la gestión 2013 la Unidad de Protección al Adulto Mayor (UPAM) de esta ciudad, recibió 900 denuncias de maltrato a ancianos, entre varones y mujeres.¹⁹

Se procedió a la revisión de diversos trabajos similares al presente estudio, cuyos hallazgos más importantes se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Revisión Bibliográfica

| AUTOR Año/País | TÍTULO | OBJETO DE ESTUDIO | POBLACIÓN / MUESTRA | RESULTADOS |
|--|--|---|---|---|
| Maíz M, Solano M. (SEVILLA 2012) | Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011 | Analizar sus características epidemiológicas e identificar factores asociados al maltrato en el anciano. | 122 expedientes: 70 reconocidos en clínica, y 52 en UVFI. | La prevalencia de reconocimientos en guardia /clínica es del 0,41% del total de los practicados en Clínica, y del 4,3% de los practicados en la UVFI. La media de edad de las víctimas es de de 74 años. En los primeros, el agresor es el hijo (55,7%), y en la UVFI el marido (45,7%). ²⁰ |
| Martina M., Nolberto V., Miljanovich M., Bardales O 2010 Lima: Perú | Violencia contra el adulto mayor: Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú. | Describir las características socio demográficas de los adultos mayores víctimas de violencia y de sus agresores, así como los espacios contextuales en los que se realiza dicha violencia. | Se estudiaron 118 casos de adultos mayores víctimas de violencia familiar | La edad promedio fue de 69.02 ± 7.74 años. El 87.29% (103) está constituido por mujeres, en un alto porcentaje sin instrucción y dependientes económicamente. Respecto al agresor; el 55.93% (66) son del sexo masculino, en su mayoría casados, en muchos casos porque se trata de la propia pareja. El hijo(a) es el principal agresor 52.54% (62); mientras la pareja lo es en un 24.58% (29). El 45.76% (54) no tienen trabajo remunerado y otros (as) son desempleados. El 98,31% de los casos de violencia se produce en casa de la víctima. La violencia psicológica es la más alta (77.12%) y en un segundo lugar se encuentra la violencia física sumada a la psicológica con un 16.10%. ²¹ |
| Docampo L, Barreto R, Santana C. 2009 Camaguey: | Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor | Caracterizar el comportamiento de la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en | De un universo de dos mil ciento seis, setenta y cinco fueron | El 3,58% de los senescentes recibieron violencia, de ellos 46,67% con edades entre sesenta a sesenta y nueve años, prevaleció el 60% del sexo femenino. El 86,67% |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Cuba | | el municipio de Nuevitás. | maltratados constituyendo la muestra | correspondió a familias disfuncionales. Las características psicosociales y la cultura sanitaria fueron malas en el 64% y el 34,67% respectivamente. El maltrato que predominó fue por negligencia familiar. ²² |
| Sepulveda G. Arias P. Cuervo M. 2009 Usaquén: Colombia | Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la comisaría primaria de familia en la localidad de Usaquén en el año 2007 | Conocer las características socio demográfico, situación de salud y situación de violencia presentes en el adulto mayor maltratado | 145 expedientes | Se evidenció que el maltrato más frecuente hacia el adulto mayor es el maltrato psicológico representado en un 35,17% seguido por el maltrato físico y psicológico con un 20,69% casos en los cuales se presenta simultáneamente y el maltrato físico se presenta en un 19,31%. En los relatos de denuncia, el maltrato psicológico se presenta en forma de gritos, malas palabras, amenazas, actitudes de rechazo y desprecio. Y las formas de maltrato físico son reportadas como: patadas, contusiones y empujones. ²³ |
| Gaioli C., Oliveira L., Rodrigues R, Aparecida P. 2008 Ribeirao Preto: Brasil | Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio | Verificar la ocurrencia de maltratos a los ancianos, de ambos sexos, en sus residencias, en laudos de exámenes de cuerpo de delito, e identificar ofensores y lesiones causadas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID - 10) | 87 ancianos, de ambos sexos, con edad de 60 años o que presentaron Denuncia en las Comisarías de Policía en 2002. | Los maltratos en la residencia ocurrieron con mayor frecuencia entre ancianos del sexo masculino (58,6%), que fueron ofendidos por familiares como hijos, nietos, yernos y nueras (47,1%). En cuanto a los tipos de lesiones sufridas, el 33,5% presentó traumatismo superficial no especificado de hombro y brazo. ²⁴ |
| Sanchez C. 2007 Puerto Rico | Características del abuso y maltrato de personas ancianas en Puerto Rico | Conocer la prevalencia y el fenómeno del abuso y maltrato en la población mayor de 60 años de edad de Puerto Rico. | De un total de 255 expedientes revisados se utilizó como muestra 246 los cuales respondieron a los criterios establecidos para formar parte del estudio. | La muestra estuvo constituida, en su mayoría (41.4%) por hombres y mujeres entre las edades de 80 a 89 años. Los grupos de edad de 60 a 69 años, 70 a 79 y de 90 a 99 años, obtuvieron un 19.7%, 27.6 y 11.3 % respectivamente. En cuanto al estado civil, el porcentaje mayor, 31.3% era viudo(a), 18.3% casado(a), 14.6% soltero(a), 3.7% divorciado(a), .4% concubino(a) y .4% separado(a). Para fines de la investigación se interesaba conocer el(la) perpetrador(a) del maltrato y su relación con el/a anciano/ a. En el 14.2% de los casos el agresor principal lo fue un hijo(a). Otros maltratadores lo fueron: cónyuge, sobrinos(as), hermanos(as), nietos(as), otros familiares y vecino/amigo. Solo en 66 de los 246 expedientes se identificó algún perpetrador(a) del maltrato. En cuanto al parentesco o relación de la persona que refiere la situación de maltrato se encontró que las fuentes principales son los(las) hijos/as (19.9%), vecinos (11.8%) y centro de salud u hospital (11%). ²⁵ |

IV. MARCO TEÓRICO

A. DEFINICIONES PRELIMINARES

1. VEJEZ

Diversos autores han definido vejez bajo distintos parámetros. Según Molina, es el resultado del sentido que los seres humanos atribuyen a su vida y a su sistema de valores. Luego, la vejez no puede estar estrictamente asociada a la edad cronológica y a sus pérdidas como si fuera solamente un proceso biológico. La vejez se origina en el individuo y presenta un significado más amplio, que abarca un bienestar global: bio-psicológico, económico y social. MOLINA (2008)²⁶

Se puede observar, por todo lo expuesto, que la vejez no podría ser definida por simple cronología, sino por la forma en que el adulto mayor interprete, se adapte y enfrente la vejez.

2. ENVEJECIMIENTO

Diferentes autores trataron de conceptualizar el envejecimiento. En términos generales, el envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Tales cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.²⁷

La OMS en su documento Hombres, Envejecimiento y Salud publicado el 2001, hace una clara diferenciación un envejecimiento sin influencia de los agentes externos y otro que sufre su efecto, acuñando de esta manera dos conceptos nuevos. De esta manera el envejecimiento en proceso, o *envejecimiento normal*, es definido como los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. Mientras que el *Proceso de Envejecimiento* es un proceso muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí.²⁸

Actualmente se trata de ver al envejecimiento no como un evento catastrófico sino como un proceso en la vida que pese a las dificultades, se puede llegar a vivirla dignamente. Es así que la OMS acuña el concepto de *Envejecimiento activo* como “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”²⁹

3. ADULTO MAYOR

Según el acuerdo de Kiev (1979) se clasifica a los adultos mayores según la expectativa de vida del país en que residen. Se considera adultos mayores a personas de 60 años que viven en los países en vías de desarrollo; y de 65 años a los que viven en países desarrollados (ONU)³⁰.

En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajustó la edad de 65 y más para considerar al individuo como adulto mayor. La OPS clasifica el envejecimiento de la forma siguiente:

Tercera edad: 60 años.

Adulto mayor: más de 65 años.

Cuarta edad: 80 años en adelante.³¹

La OMS utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años y a los 80 años.

Mayores: 65+ (a veces 60+)

Muy mayores: 80+³²

En el presente trabajo se considera adulto mayor a la persona mayor a 60 años de edad, tal y como lo reconoce el artículo 2 de la ley general de las personas adultas mayores del Estado Plurinacional de Bolivia³³

4. POBLACION ENVEJECIDA

Operacionalmente, se habla de “envejecimiento de la población” o “población envejecida” cuando se ha alterado la estructura por edades de una población, y se registra un aumento sostenido del peso relativo de las personas de 60 o más años (Chesnais 1990, Morales 2000). Según Naciones Unidas (1985), una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son personas mayores de 65 años, y propone trazar la línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo.³⁴

B. VEJEZ: ASPECTOS GENERALES

1. CARACTERÍSTICAS DE LA VEJEZ

La vejez tiene las siguientes características

Universal: Propio de todos los seres vivos.

Progresiva: Porque es un proceso acumulativo.

Dinámica: Porque está en constante cambio, evolución.

Irreversible: No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.

Declinante: Las funciones del organismo se deterioran hasta la muerte.

Heterogéneo e individual: Porque no sigue un patrón específico³⁵

2. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

a. Teorías estocásticas

Afirman que el proceso de envejecimiento es el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo

Teoría del error catastrófico: Teoría que propone que al pasar el tiempo se produce una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. (ORGEL, 1963)

Si bien se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo, por lo que muy pocos apoyan esta teoría.³⁶

Teoría del entrecruzamiento: Señala que el envejecimiento y enfermedades relacionadas con el envejecimiento, se producen como consecuencia de enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares. Esta teoría tiene más adeptos, sin embargo no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento.³⁷

Teoría del desgaste: Propone que el envejecimiento surge a consecuencia de la acumulación de daño en las partes vitales del organismo y que este se expresa en el ADN. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.³⁸

Teoría de los radicales libres: Propone que el envejecimiento resulta de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Al vivir en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante, el oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria. En este proceso se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido, que es una molécula inestable y altamente reactiva con uno o más electrones no apareados, produciendo daño por reacciones oxidativas causando alteraciones en los cromosomas y macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofucsina, llamada

también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos oxidados.

Faltan más estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento, aunque hay muchas evidencias que son responsables de ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras. (DENHAM HARMAN, 1956)³⁹

b. Teorías no estocásticas

Estas teorías señalan que el envejecimiento es la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Teoría del marcapasos: Donde los marcapasos intrínsecos del envejecimiento o "Reloj del envejecimiento" serían los sistemas inmune y neuroendocrino. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. (Burnet, 1970)⁴⁰

Teoría genética: Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.⁴¹

3. CAMBIOS PROPIOS DE LA VEJEZ

a. Cambios fisiológicos

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas debido a la disminución paulatina de la actividad de los órganos y tejidos. Entre estas modificaciones se encuentra la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. Diferentes causas han sido identificadas como responsables de estos cambios, entre ellos, los de índole genético, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos, las alteraciones hormonales y las condiciones ambientales. Se resume los cambios más importantes en la Tabla 1.⁴²

Tabla 2. Cambios estructurales y consecuencias fisiológicas en el adulto mayor*

| | Cambios estructurales | Consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas |
|---------------------------------|---|---|
| COMPOSICIÓN CORPORAL | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de agua corporal. - Disminución del tamaño de los órganos. - Aumento relativo de la grasa corporal. | <p>Resistencia disminuida a la deshidratación. Alteración en la distribución de fármacos.</p> |
| SISTEMA TEGUMENTARIO | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución del recambio de células epidérmicas. - Atrofia dermoepidérmica y subcutánea. - Disminución del número de melanocitos. - Atrofia de folículos pilosos y glándulas sudoríparas. - Disminución de actividad de glándulas sebáceas. - Disminución de vasculatura dérmica y asas capilares. | <p>Arrugas cutáneas y laxitud. Fragilidad capilar. Telangiectasias. Susceptibilidad a úlceras de decúbito. Xerosis cutánea. Queratosis actínica. Encanecimiento y alopecia.</p> |
| APARATO CARDIOVASCULAR | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución del número de células miocárdicas y de la contractilidad. - Aumento de resistencia al llenado ventricular. - Descenso de actividad del marcapasos AV, velocidad de conducción y sensibilidad de los barorreceptores. - Rigidez de las arterias. - Descenso del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo de la mayoría de los órganos. | <p>Disminución de la reserva cardíaca. Escasa respuesta del pulso con el ejercicio. Arritmias. Aumento de la presión diferencial del pulso. Aumento de la presión arterial. Respuesta inadecuada al ortostatismo. Síncope posturales.</p> |
| APARATO RESPIRATORIO | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la distensibilidad de la pared torácica y pulmonar. - Pérdida de septos alveolares. - Colapso de las vías aéreas y aumento del volumen de cierre. - Disminución de la fuerza de la tos y aclaramiento mucociliar. | <p>Disminución de la capacidad vital. Aumento del volumen residual y de la diferencia alvéolo arterial de oxígeno. Aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración.</p> |
| APARATO RENAL | <ul style="list-style-type: none"> - Descenso absoluto del número de nefronas, disminución del peso renal. - Descenso del tono vesical y del esfínter. - Disminución de la capacidad de la vejiga. - Hipertrofia prostática en hombres y descenso del tono de la musculatura pélvica en mujeres. | <p>Reducción del filtrado glomerular (la cifra de creatinina se mantiene por descenso de producción). Disminución en la habilidad de concentración y máxima capacidad de reabsorción de la glucosa. Incontinencia.</p> |
| APARATO GASTROINTESTINAL | <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la producción de saliva. - Erosión de dentina y del esmalte. - Reabsorción de la raíz y migración apical de estructuras de soporte del diente. - Disminución del peristaltismo. - Disminución de la secreción de ácido y enzimas. | <p>Pérdida de piezas dentarias. Tránsito esofágico prolongado. Reflujo esofágico. Disfagia. Poliposis gástrica y metaplasia intestinal. Constipación y diverticulosis. Incontinencia fecal.</p> |

*Fuente: Modificación propia en base a texto: Gómez Montes JF. Valoración Integral de la Salud del Anciano, ED Manizales: Artes Gráficas Tizan; 2002.

| | | |
|--------------------------|---|---|
| SISTEMA NERVIOSO | <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida neuronal variable. - Disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica. - Disminución del flujo sanguíneo cerebral. - Disminución de la velocidad de conducción. - Alteración en los mecanismos de control de temperatura y de la sed. | <ul style="list-style-type: none"> Alteraciones intelectuales. Lentitud y escasez de movimientos. Hipotensión postural, mareos, caídas. Reaparición de reflejos primitivos. Hipo e hipertermia. Deshidratación. |
| SENTIDOS | <ul style="list-style-type: none"> - Vista: Fisiología alterada del vítreo y retina. - Degeneración macular. Trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino. - Oído: Disminución de la función de células sensoriales en el aparato vestibular. - Gusto y olfato: Descenso en número y función de papilas gustativas y células sensoriales olfatorias.- Disminución en la producción de saliva. - Tacto: Disminución de agudeza táctil y de temperatura. - Receptores de dolor intactos. | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad. Trastorno en la acomodación y reflejos pupilares. Alta frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía. Disminución de la audición (altas frecuencias), discriminación de sonidos y alteraciones del equilibrio. Disminución de la satisfacción gastronómica. |
| APARATO LOCOMOTOR | <ul style="list-style-type: none"> - Estatura: Acortamiento de la columna vertebral por estrechamiento del disco. - Cifosis. - Huesos: Los huesos largos conservan su longitud. - Pérdida universal de masa ósea. - Articulaciones: Disminución de la elasticidad articular. - Degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie. - Músculos: Disminución del número de células musculares. Aumento del contenido de grasa muscular. | <ul style="list-style-type: none"> Descenso progresivo de altura. Osteoporosis. Colapso vertebral y fractura de huesos largos con traumas mínimos. Limitación articular. Pérdida de fuerza muscular progresiva. Disminución de la eficacia mecánica del músculo. |

b. Cambios en la esfera cognitiva

La función cognitiva resulta de la interacción diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. En el adulto mayor esta función se ve deteriorada, deterioro que puede adquirir una connotación de suficiente gravedad como para afectar al funcionamiento social y profesional, cambio que se entiende como demencia.⁴³ El impacto de la demencia es de gran alcance ya que no sólo compromete la salud y el bienestar del anciano, sino que también está asociado a una pesada carga para el cuidador, un aumento del uso de los servicios sanitarios y necesidades de cuidado a largo plazo. La mayor parte de los adultos mayores sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras que otros tienen, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer que deteriora severamente su funcionamiento cognitivo.⁴⁴

c. Enfermedades Comunes En La Vejez

El envejecimiento está caracterizado por un deterioro general de la competencia fisiológica y una pérdida de la reserva funcional, precipitados por una menor capacidad

para responder a situaciones de estrés. Hay una gran variedad en el proceso de envejecimiento de cada persona y, a menudo, es difícil discernir los procesos patológicos del deterioro fisiológico relacionado con el envejecimiento.

Tabla 3. Enfermedades más comunes de la vejez[†]

| | |
|---------------------------------------|--|
| ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | Es la causa única de muerte más común entre la población mayor Los hombres sufren mayor incidencia que las mujeres. La cardiopatía coronaria y el infarto son las principales causas de muerte Se producen aproximadamente 52 millones de muertes al año en todo el mundo. Factores de riesgo no modificables: avanzada edad y el sexo masculino Factores de riesgo modificables: Consumo de cigarrillos, la hipertensión, hipercolesterolemia, y la obesidad. |
| ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR | son una causa principal de mortalidad y contribuye sustancialmente a las cifras de morbilidad y discapacidad en países desarrollados |
| CÁNCER | Cáncer de pulmón. En hombres, el 90% de todos los casos está originado por el consumo de cigarrillos. La edad media para el comienzo del cáncer de pulmón en los hombres era 62,3 años en 1990. En 2020, se prevé que habrá 1.809.000 muertes relacionadas con el cáncer de pulmón Cáncer de próstata. Afecta a hombres mayores de 50 años. Para el año 2020, se prevé un incremento global de las muertes relacionadas con el cáncer de próstata: se prevén 393.000 muertes, 259.000 de las cuales serán de hombres mayores de 69 años y 103.000 de hombres entre 60 y 69 años Cáncer colorrectal. Es el tercer neoplasma maligno más frecuente en todo el mundo. La edad media de detección fue a los 63,8 años. Para el año 2020, se prevé que habrán 457.000 muertes entre los hombres debidas a este cáncer. En general, se reconoce que un elevado consumo de grasas aumenta el riesgo de sufrirlo. Cáncer de Mama. Es el cáncer más frecuente en las mujeres tras los 45 años. El riesgo de padecerlo es mayor cuando se cuenta con el antecedente de ocurrencia en familiares directos. Para tratar de detectarlo precozmente es necesario exámenes auxiliares como la mamografía |
| HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA | Es el crecimiento progresivo y no maligno de la glándula prostática que rodea la uretra masculina. Puede encontrarse en hasta un 10% de los hombres de 40 años y un 80% de los hombres de 80 años. Los síntomas más frecuentes son la frecuencia, urgencia, nicturia, flujo escaso y goteo, dificultad para comenzar a orinar y para continuar, micción incómoda, y la sensación de no vaciarse por completo. En los casos más avanzados, la obstrucción de la uretra puede provocar retención de orina. |
| OSTEOPOROSIS | La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la baja densidad ósea y el deterioro de la matriz ósea, lo que aumenta la fragilidad y el riesgo de fracturas. La osteoporosis se ha considerado un problema femenino que se acelera después de la menopausia. Los factores de riesgo de osteoporosis incluyen la baja ingesta de calcio, el consumo de cigarrillos, el abuso del alcohol y la inactividad física. El primer signo de osteoporosis es frecuentemente una fractura espontánea de la espina lumbar, o una fractura del fémur proximal o del antebrazo distal en una caída |
| DEMENCIA | Consiste en el deterioro adquirido y global de la cognición que tiene importantes efectos sobre la capacidad laboral, social y funcional. Incluye el deterioro de la capacidad para resolver problemas de la vida diaria, de las habilidades perceptivas, del lenguaje y la comunicación, y frecuentemente implica alteraciones de las reacciones emocionales. Se produce en la ausencia de grandes nubes de conciencia que generalmente están relacionadas con estados agudos de confusión, como el delirio. Las demencias más comunes son: la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal, la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia vascular, la enfermedad de Parkinson |
| DEPRESIÓN | La depresión es un trastorno común en las personas mayores de 65 años. En ocasiones puede ser difícil de diagnosticar, pues la depresión en la tercera edad puede a veces estar causada por otros trastornos, como la demencia, la administración concomitante de drogas, y enfermedades y trastornos físicos, como el hipotiroidismo. A pesar del mayor porcentaje de depresión entre las mujeres, son los hombres los que más consiguen suicidarse |

[†] Fuente: Elaboración propia en base a texto: OMS. Hombres envejecimiento y salud. Ginebra :2000

d. Cambios en el entorno social

La vejez, puede percibirse como una pérdida y esa ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por varios factores entre los que se puede citar el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva en la relación con los hijos (el nido vacío), y la escasez en relaciones familiares y amigos fruto de la distancia o muerte, haciendo de la vejez un sinónimo de infelicidad. La jubilación es una medida de varios países que en los últimos tiempos han originado una transición en la función social de las personas que llegan a la edad de jubilación. Según Atchley (1989), la jubilación es un proceso continuo que pasa por una serie de etapas que nos pueden dar una idea sobre cómo se desarrollarán las relaciones sociales. Estas etapas son:

Prejubilación. Caracterizada porque el individuo se orienta hacia sí mismo, hacia la idea de jubilarse, En esta etapa predomina la curiosidad de cómo será la jubilación y su vida a partir de ella

Jubilación. Que conduce a tres tipos de vivencias: Luna de miel, donde el individuo realiza las actividades que no podía por la carga de trabajo, Es un periodo eufórico; Continuidad, Donde el anciano conserva sus grupos sociales y actividades previas a la jubilación, variando únicamente el tiempo de dedicación, que ahora es mayor; Descanso, se caracteriza por una reducción temporal de la actividad

Desencanto y Depresión. Tiene lugar cuando el sujeto percibe que sus fantasías sobre la jubilación no se cumplen

Reorientación. Donde se reevalúa la situación y se construyen percepciones realistas de la jubilación

Rutina. En esta fase, el adulto mayor desarrolla un estilo de vida rutinario que en muchos casos conduce a la satisfacción llegando así a la estabilidad

Fase final. Donde el rol de jubilado pierde relevancia y el adulto asume nuevos roles: el de enfermo, la ama de casa, etc.⁴⁵

4. VEJEZ Y LA SOCIEDAD

La actitud de la sociedad a la vejez y el trato al adulto mayor han evolucionado con la historia, difieren de cultura a cultura y de una corriente de pensamiento a otra.

En textos bíblicos, sobretodo en el libro Génesis, se habla de patriarcas que vivían más de 100 años, los cuales eran venerados y respetados por todos como sabios.⁴⁶

En la antigua Grecia, se tenían diferentes concepciones sobre la vejez. Platón exoneraba de luchar a los ancianos y señalaba que el robo de mercancía y la subversión contra los gobernantes constituían delitos perdonables cuando los cometían personas seniles; sin embargo, Cicerón opinaba que los ancianos tenían mal humor, eran inquietos, caprichosos e irritables y señala 4 razones que hacían de la vejez en un tiempo de desdicha: Apartaba del trabajo activo, debilitaba el cuerpo, privaba de todos los placeres físicos, estaba cerca de la muerte. Por otra parte, Juvenal, maldecía a los senescentes, se criticaba a los que imploraban a los dioses una larga vida y se afirmaba que la vejez era una etapa fea, caracterizada por el olvido y la falta de razón.⁴⁷

Otras civilizaciones se caracterizaron por una veneración a las personas ancianas. Claro ejemplo es China, donde los adultos mayores ocupaban siempre cargos jerárquicos. En sociedades indígenas de sud y centro América, como la cultura aymara y quechua, los ancianos fungían como médicos, brujos y principales sostenedores de las tradiciones, ocupando también grandes cargos y dependiendo de su sabiduría el futuro de la civilización entera.⁴⁸

En 1834 surgió en Gran Bretaña la necesidad de acoger y cuidar a numerosos grupos de ancianos sanos, enfermos y perturbados mentales, con lo cual se iniciaron los asilos de ancianos. En 1903, Meschnikoff crea la rama de la gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento. En 1929 se introdujeron variaciones en los asilos y fue a finales de la década del 30 cuando los pioneros de la medicina geriátrica comenzaron a dar los primeros pasos para el tratamiento de los ancianos en la comunidad. En 1935, Marjory Warren inició la geriatría contemporánea con los siguientes principios:

- La vejez es una enfermedad.
- Es esencial establecer un diagnóstico exacto.
- Son curables muchas enfermedades en la vejez.
- El reposo injustificado puede ser peligroso.

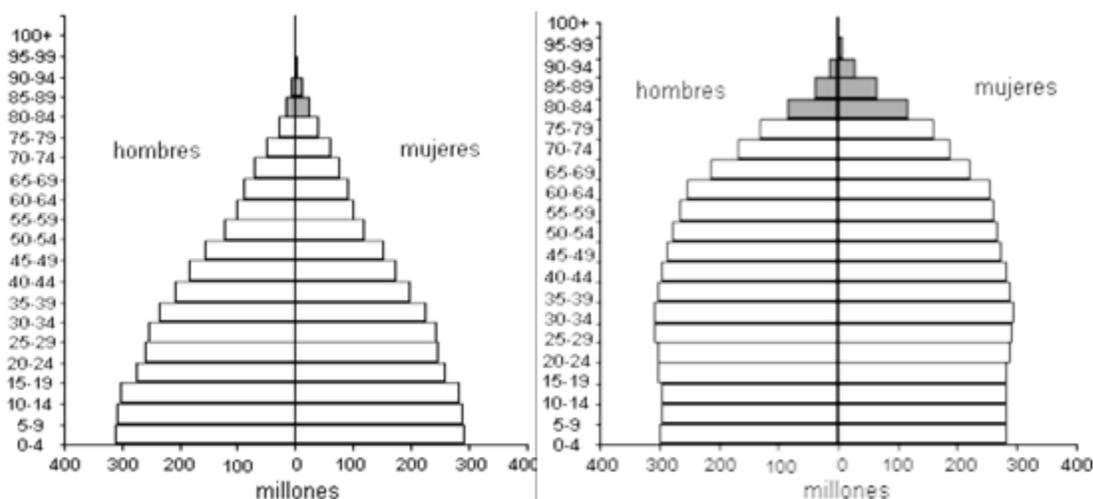
En 1946 quedó constituida la especialidad en el National Health Service del Reino Unido, a pesar de las burlas de la clase médica, y paulatinamente fue extendiéndose hasta que en 1950 se fundó la Sociedad Internacional de Geriatría, a la que se integraron poco a poco diferentes países. En 1982 se celebró en Viena la Asamblea Mundial del Envejecimiento, auspiciada por la OMS.⁴⁹

5. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL

a. La vejez a nivel mundial

Actualmente existen cerca de 600 millones de personas mayores de 60 años. Para el 2025, se espera que este total se duplique y para el 2050 se proyecta alcanzará 2 billones de personas, es decir el 21% de la población total global. Entre los grupos de población de adultos mayores alrededor del mundo, el de más rápido crecimiento es el de los adultos mayores de 80 años.⁵⁰

Gráfico 1. Pirámides Poblacionales 1998 Vs 2050[‡]



El envejecimiento de la población es un tema global. Se debe principalmente a la reducción de la fecundidad. Es por ello que a principios del siglo XX, en muchos países de Europa, surge lo que se ha denominado la "Teoría de la Transición Demográfica". Esta teoría estudia la evolución de la población desde niveles altos de mortalidad y fecundidad hasta otros cada vez más bajos. La hipótesis de esta teoría es que las poblaciones tienden a pasar por ciertas etapas de cambio demográfico determinado por la evolución de la mortalidad y la natalidad, como respuesta a las transformaciones sociales y económicas que trae consigo la modernización industrial. La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Existen dos momentos principales: primero, en que la tasa de

[‡] Fuente: Datos de las Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales <http://www.popin.org/pop1998/9.htm>

crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad y, segundo, en este crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad. En América Latina, los expertos del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE 1996) y otros autores han elaborado un modelo sintetizado de la transición demográfica para la región, distinguiendo cuatro etapas evolutivas según las condiciones de desarrollo económico y los niveles de mortalidad y fecundidad.⁵¹

Tabla 4. Escenarios de Transición Demográfica en América Latina.[§]

| ESCENARIO | DESCRIPCIÓN | CRECIMIENTO | TIPO DE POBLACIÓN | PAÍSES |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------------|-------------------|--|
| Transición Incipiente | Alta natalidad y mortalidad | 2.5% anual | Joven | Bolivia, Haití |
| Transición Moderada | Alta natalidad y moderada mortalidad | Cerca al 3% | Joven | Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay |
| En plena transición | Moderada natalidad y mortalidad | Moderado cerca al 2% | En transición | Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, R Dominicana, Venezuela |
| Transición Avanzada | Baja natalidad y mortalidad | Bajo el 1% | Madura | Argentina, Cuba, Chile, Uruguay |

El envejecimiento de la población es un tema complicado y tiene importantes consecuencias y repercusiones para todas las facetas de la vida humana. En el ámbito económico, el envejecimiento de la población tendrá un impacto en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y otros ámbitos. En el ámbito social, el envejecimiento de la población influye en la composición familiar y vital, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y la necesidad de servicios de salud. En lo político, el envejecimiento de la población puede alterar los patrones de voto y la representación política. El envejecimiento de la población es permanente. Desde 1950, la proporción de personas mayores ha aumentado constantemente, pasando del 8% en 1950 al 11% en 2009, y se espera que alcance el 22% en 2050. Mientras la mortalidad en la vejez siga disminuyendo y la fertilidad siga siendo baja, la proporción de personas de la tercera edad seguirá aumentando.⁵²

Las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todas partes del mundo. Esto se refleja en la mayor proporción de mujeres en los grupos de edad avanzada. Las mujeres constituyen, aproximadamente, dos tercios de la población mayor de 75 años en Brasil y Sudáfrica. Aunque las mujeres cuentan con la ventaja de vivir más años, tienen

[§] **Fuente:** Elaboración propia en base al texto: Chesnais JC. El Proceso de envejecimiento de la población. CELADE-CEPAL. Santiago Chile 1990

más posibilidades de sufrir violencia doméstica y discriminación a la hora de acceder a la educación, a los ingresos, a la alimentación, a un trabajo gratificante, a la asistencia sanitaria, a las herencias, a las medidas de protección social y al poder político. Este cúmulo de desventajas implica que las mujeres sean más proclives a sufrir pobreza y discapacidad en la vejez. Debido a su situación social de inferioridad, la salud de las mujeres ancianas a menudo se descuida o se ignora. Además, muchas mujeres tienen ingresos muy escasos o carecen de ellos, debido a tantos años dedicados a los papeles de cuidadoras sin remuneración. Las mujeres también tienen más posibilidades que los hombres de llegar a la vejez, período en el que las discapacidades y numerosos problemas de salud son más frecuentes. En el grupo de personas mayores de 80 años de edad, el promedio mundial es de menos de 550 hombres por cada 1.000 mujeres.⁵³

b. A Nivel Bolivia

Los resultados de los censos 1976, 1992 y 2001 efectuados por el INE, se observa que la población boliviana está ingresando a un proceso de envejecimiento de su población, es decir que la proporción de personas de edad avanzada aumenta y la proporción de niños y jóvenes disminuye, lo que da como resultado una edad media cada vez mayor⁵⁴, lo cual puede observarse en la evolución de la pirámide poblacional del país a lo largo de estos años. Los resultados del Censo 2001 denotan que la población mayor a 60 años corresponde al 7% equivalente a 579259 Habitantes Según el CEPAL, realizando proyecciones basados en el Censo 2001, para el año 2025 la población adulta mayor alcanzaría el 9%, sin embargo, según los datos del Censo 2012, ya se llegó a ese porcentaje. El censo 2012 indica que la población mayor a 60 años corresponde al 8.92% equivalente a 893696 Habitantes⁵⁵, un crecimiento acelerado que puede verse en detalle a continuación:

Tabla 5. Bolivia. Población de Adultos mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (Miles de personas a mitad del año)**

| | 1975 | 2000 | 2025 | 2050 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Total | 264 | 537 | 1.192 | 2.786 |
| Hombres | 123 | 244 | 537 | 1.280 |
| Mujeres | 143 | 293 | 653 | 1.506 |
| Proporción s/ población Total % | 5.5% | 6.4% | 9% | 16.6% |
| Hombres% | 46.6% | 45.4% | 45.1% | 45.9% |
| Mujeres % | 54.2% | 54.6% | 54.8% | 54.1% |

** Fuente: Bolivia. Población de Adultos mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (Miles de personas a mitad del año)

Este comportamiento desigual entre estas tasas se explica a partir de la evolución de factores como el descenso de la fecundidad, de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, entre otros. Se observa en Bolivia una tendencia decreciente tanto de la natalidad como de la fecundidad. Así, la tasa global de fecundidad, es decir, el número promedio de hijos por mujer, se situaba en el lustro 1970-1975 en 6,5, para pasar en el quinquenio 2000-2005 a 3,96. Se calcula que en el período 2020-2025 el número de hijos se situara en los 2,26 y para el 2045-2050 esta cifra se reducirá hasta los 1,85 hijos por mujer. Por su parte, la tasa bruta de natalidad muestra una tendencia de fuerte descenso en el número de nacimientos por cada mil habitantes. Para el quinquenio 1970-1975 esta variable se encontraba en 45,21 mientras que en el período 2000-2005 la cifra disminuyó hasta los 30,54 nacimientos. Las previsiones estiman que hacia mitad de siglo la tasa bruta de natalidad se ubicará en 13,63 nacimientos por cada mil habitantes. La tasa bruta de mortalidad presenta también una trayectoria descendente: en el quinquenio 1970-1975 esta tasa se encontraba alrededor de los 19 fallecimientos para descender hasta los 8,16 decesos por cada mil habitantes en el período 2000-2005. Se prevé que esta tasa siga descendiendo aunque a un ritmo menor y se sitúe a mitad del presente siglo en torno a las siete muertes por cada mil habitantes. El saldo migratorio presenta valores negativos. Así, en el quinquenio 1970-1975 se registra un valor de -1,78 personas por cada mil habitantes. Este proceso de abandono del país conoce su momento más alto en el lustro 1980-1985, momento en que esta tasa se situaba en -3,53 personas. Para el quinquenio 2000-2005 este flujo migratorio se equilibra y mantiene valores iguales a cero.⁵⁶

C. VIOLENCIA

1. DEFINICIÓN

Según la OMS, puede definirse como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones⁵⁷

2. CLASIFICACIÓN

El informe Mundial sobre la violencia y la salud, Divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento.

Violencia auto-infringida: Que comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.

Violencia interpersonal: La cual puede ser dividida en dos sub categorías: *La violencia intrafamiliar o de pareja*, que sucede entre miembros de la familia o compañeros sentimentales. Incluye la violencia contra la pareja, el maltrato a los niños y el maltrato a los ancianos; *La violencia comunitaria:* Se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no. Incluye la violencia juvenil, violaciones y agresiones sexuales por parte de extraños, la violencia en establecimientos educativos, en lugares de trabajo, prisiones y residencia de ancianos

Violencia colectiva: Es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta formas como los conflictos armados, genocidio, represión y otras violaciones a los derechos humanos, terrorismo, crimen organizado.⁵⁸

3. ETIOLOGÍA

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. La violencia es un fenómeno complejo que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Los factores de riesgo son comunes en ciertos tipos de violencia, pero es más frecuente que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo.

Para explicar el fenómeno de la violencia, el Informe mundial sobre la violencia y la salud recurre al denominado “modelo ecológico” concebido originalmente en el año 1970 para estudiar el maltrato a los menores, aplicándose posteriormente a otras áreas de la violencia. Su principal utilidad reside en ayudar a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan.⁵⁹

El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento clasificándolo en cuatro niveles.

Primer Nivel: En este nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.

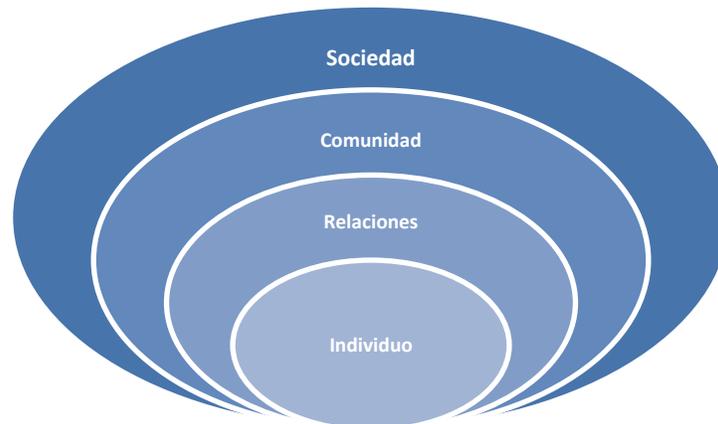
Segundo Nivel: Se abordan las relaciones cercanas como las familiares, amigos, parejas, compañeros, y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.

Tercer Nivel: Donde se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. Este riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia, la densidad de población, niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona.

Cuarto Nivel: Se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad, que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades.⁶⁰

En el modelo, el esquema de los anillo ilustra cómo los factores de cada nivel refuerzan o modifican los de otro. Un individuo de personalidad agresiva tiene más probabilidades de actuar violentamente en el seno de una familia o comunidad que acostumbra a resolver los conflictos mediante violencia que si se encuentra en un entorno más pacífico. El aislamiento social, factor comunitario muy frecuente en el maltrato de ancianos, puede estar influido tanto por factores sociales (como la falta de respeto a los ancianos), como los relacionales (pérdida de amigos y familia).⁶¹

Gráfico 2. Modelo Ecológico^{††}



D. MALTRATO AL ADULTO MAYOR

1. DEFINICIONES

A continuación se exponen una serie de conceptos inherentes al maltrato al adulto mayor. La OMS lo define como “El acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”.⁶²

Sánchez del Corral (2003, citado en Iborra Marmolejo) define al maltrato hacia las personas mayores como “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.”⁶³

En la Declaración de Toronto de 17 de noviembre de 2002 se define al maltrato como “Acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión”.⁶⁴

Otra definición de interés es la que ofrece INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse) y Action on Elder Abuse, que definen al maltrato de personas mayores como “cualquier acto, ya sea aislado o repetido, o la falta de acciones apropiadas, que ocurren en el marco de cualquier relación interpersonal donde existe una expectativa de

^{††} **Fuente:** Elaboración propia en base a documento de la OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. [Citado: 11 Julio 2014] Washington: OPS; 2002. URL Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

confianza y que causa o puede causar daño o malestar (distress) a una persona mayor o viola sus derechos humanos o civiles”.⁶⁵

El centro Reina Sofía define al maltrato como “Cualquier acción voluntariamente realizada, es decir no accidental, que dañe o pueda dañar a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos. (Iborra, 2003)⁶⁶

2. CLASIFICACIÓN

Existen varios autores y formas de clasificar el maltrato al adulto mayor, pudiendo resumirse en los siguientes:

Maltrato físico: es toda acción donde se utiliza la fuerza física provocando daño o lesiones físicas, dolor o discapacidad física en la persona mayor. Los efectos o secuelas suelen ser las más visibles aunque no necesariamente las más graves. Ejemplos: golpear, abofetear, quemar, empujar, zarandear, etc. Consecuencias: arañazos, heridas, marcas, fracturas, luxaciones, abrasiones, quemaduras, pérdida de cabello.

Maltrato psicológico o emocional: el maltrato emocional o psicológico consiste en la acción de infligir angustia, dolor o estrés mediante palabras o actos. Abarca acciones diversas como insultar, gritar e ignorar. Esta última puede ser más dañina que el resto pudiendo generar graves consecuencias en la persona mayor, principalmente depresión. Ejemplos: rechazar, insultar, aterrorizar, aislar, gritar, culpabilizar, humillar, intimidar, amenazar, ignorar, privar de sentimientos de amor, afecto o seguridad. Consecuencias: depresión, ansiedad, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión, tristeza.⁶⁷

Abuso sexual: es cualquier contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Ejemplos: manoseo, besos, penetración, acoso, exhibicionismo, etc. Consecuencias: traumas en genitales, pechos, boca, zona anal, enfermedades de transmisión sexual, marcas de mordiscos.

Maltrato financiero: también llamado abuso material, consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona mayor (en ocasiones los ancianos son obligados a firmar documentos en

contra de su voluntad como testamentos). Ejemplos: apropiación, aprovechamiento o mal uso de las propiedades o dinero del mayor, falsificación de la firma, imposición de la firma de documentos (contratos o testamentos) etc. Consecuencias: falta de servicios, deterioro del nivel de vida.⁶⁸

Abandono: Es el acto de desamparo injustificado hacia el adulto mayor, con el que se tiene responsabilidad que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud. El abandono social es la falta de atención y cuidados por parte de la familia, lo cual afecta el aspecto psicológico y emocional, que se manifiesta con depresión e ideas de muerte

Negligencia: Es considerada como una falta dolosa, a la acción u omisión del incumplimiento voluntario de las funciones propias del cuidador para proveer al adulto mayor. Puede ser de dos tipos:

Activa: Es aquella que de manera intencional no cumple con sus obligaciones.

Pasiva: Es aquella que es producida de manera involuntaria debido a que se ignora las necesidades o se es incapaz de satisfacerlas

Algunos subtipos de maltrato son:

Auto negligencia: Es aquella donde el adulto mayor no se provee a si mismo ya sea por discapacidad o de manera intencional, comida, agua, vestimenta, higiene personal, medicamentos, seguridad, a pesar de contar con las necesidades

Agresividad entre residentes: Manifestado por agresividad física, sexual, verbal en la interacción entre residentes de cuidados prolongados.⁶⁹

3. ETIOLOGÍA

Existen algunas teorías que tratan explicar la causa por la que los adultos mayores son maltratados:

Teoría de interacción Social: La misma prioriza las relaciones entre los adultos mayores y aquellas personas de quienes recibe ayuda y cuidado; este criterio es considerado desde el punto de vista biológico y social del envejecimiento, el cual ubica al adulto mayor en un plano de pertenencia e identidad cuestionable. Esta auto evaluación; le genera incertidumbre y dolor frente a su entorno social, tal es

así que los cambios que denota el envejecimiento, van a influenciar en los aspectos físicos y psicológicos sobre la percepción de sí mismo, y la imagen que proyecta hacia los demás puede ser negativa; estas modificaciones son absorbidas por la sociedad, pudiendo provocar una respuesta de rechazo social, discriminación y abuso. Esta teoría está más enfocada en el comportamiento y adaptación que el adulto mayor responde ante la etapa de la vejez como parte del ciclo vital.^{70, 71}

Teoría de la economía política: Está relacionada con las necesidades del adulto mayor; que han sido desencadenadas por la dependencia, la pobreza, la exclusión forzada del ámbito laboral la misma que conlleva a situaciones indignas, y la institucionalización; esta teoría reconoce la construcción social del abuso y la influencia del mismo sobre las dinámicas familiares y los grupos sociales. La postura de esta teoría, se asienta en que, la vulnerabilidad del maltrato al adulto mayor está, en la predisposición de las personas a maltratar a partir de las fuerzas sociales que discriminan tanto a los adultos mayores como a aquellas personas que los cuidan; por lo que se considera que el problema involucra al plano político, social y familiar completamente.⁷²

Teoría de la violencia transgeneracional: Refiere que en un ambiente de hostilidad, las conductas se aprenden y se transmiten de generación en generación; por lo tanto es probable que en hogares en donde se maltratan a los niños; cuando crezcan maltratarán a sus propios padres.⁷³

Teoría del cansancio del cuidador: Está basa su contenido, en la mala forma como se atiende o cuida al adulto mayor; llamado “cuidado inadecuado” es una incompetencia para cuidar; a esto se denomina maltrato por negligencia.⁷⁴

Teoría del aislamiento: Hace referencia a la ausencia de un entorno social que toman un comportamiento de riesgo para que los adultos mayores sean más vulnerables al maltrato.⁷⁵

Teoría de la dependencia: Involucra a las condiciones como factores de riesgo; determinada por la fragilidad funcional a causa de las enfermedades de base, crónicas, degenerativas y demenciales entre otras.⁷⁶

Teoría de la psicopatología del agresor: Consideran como desencadenante del maltrato; a las conductas y personalidad patológico del cuidador con fondos psiquiátricos.⁷⁷

4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo, son características cuya presencia hace que aumente la probabilidad de que se produzca un fenómeno determinado. Los factores de riesgo de la violencia, en particular, son variables que ponen al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia las conductas y actitudes violentas. Es necesario conocer las características de las personas mayores que las pueden poner en una situación de especial riesgo de sufrir maltrato. No obstante, la perspectiva actual es que el hecho de que una persona se encuentre en riesgo de sufrir maltrato se debe más bien a las características del agresor (Bazo, 2004), especialmente a ciertas patologías y a la dependencia psicológica que el agresor mantiene con la víctima (Pillemer, 1993).

a. Factores de riesgo de la víctima

Entre los factores más relevantes tenemos: Edad avanzada, Estado de salud deficiente, incontinencia, Deterioro cognitivo y alteraciones conductuales, dependencia física, aislamiento social. Se describe en detalle algunos de estos factores.

Sexo La gran mayoría de los estudios son mujeres que varones (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Wolf, 1997). Las mujeres representan del 66 al 100% de los casos, según el estudio. Además, parece que son las mujeres las que sufren los casos más graves de maltrato tanto físico como psicológico (Pillemer y Finkelhor, 1988).^{78,79}

Aislamiento social Las personas mayores víctimas de maltrato tienen menos contactos sociales (Lachs y otros, 1994; Compton, Flanagan y Gregg, 1997; Wolf y Pillemer, 1989; Grafstrom y otros, 1993; Phillips, 1983). Además, es común que la víctima conviva únicamente con su agresor, que en muchas ocasiones es el único cuidador (Pillemer,

2005). Los porcentajes de víctimas que viven en esta situación varían entre el 52 y el 72% según los estudio.⁸⁰

Dependencia Aunque no es un resultado universal, numerosos estudios han encontrado deficiencias físicas o cognitivas en las personas mayores víctimas de maltrato (Davidson, 1979; Hickey y Douglass, 1981; Steinmetz, 1988; Lachs y otros, 1997; Wolf y Pillemer, 1989). Así, por ejemplo, se ha encontrado un porcentaje de maltrato superior a la media entre las víctimas que presentan Alzheimer (14%) (Homer y Gilleard, 1990).⁸¹

Depresión

Varios estudios han encontrado que la depresión, las ideas suicidas y los sentimientos de infelicidad, vergüenza o culpabilidad son comunes entre las víctimas (Bonnie y Wallace, 2003; Muñoz, 2004). No obstante, en el caso de la depresión y el aislamiento social, hay un problema común: la dificultad de discernir si son el resultado de la situación de maltrato o si es que las personas mayores con estos problemas son más susceptibles de ser maltratadas.⁸²

b. Factores de riesgo del agresor

Algunos de estos factores son: Sobrecarga física con pluri-patologías derivadas de los esfuerzos, tensión emocional, Situaciones de estrés, trastornos psicopatológicos, consumo de fármacos, drogas o alcohol, tener pobres contactos sociales, cambios inesperados de vida. Se describe en detalle algunos de estos factores.

Sexo

Diversos estudios han encontrado diferencias en relación al sexo del agresor. Por tipos de maltrato, parece que las mujeres son responsables especialmente de los casos de negligencia, mientras que los hombres lo son de las formas más extremas de maltrato, así como del maltrato físico y del abuso sexual (Sonkin, Martin y Walker, 1995; Muñoz, 2004; Iborra, 2005).⁸³

Aislamiento social

Igual que en el caso de las víctimas, ciertas investigaciones sugieren que los agresores tienen problemas con las relaciones sociales, están más aislados y carecen de apoyo social (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Grafstrom y otros, 1993; Muñoz, 2004).⁸⁴

Dependencia económica

En muchos casos, los agresores son económicamente dependientes de la víctima para su alojamiento, manutención, transporte y otros gastos (Anetzberger, 1987; Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Greenberg, McKibben y Raymond, 1990; Hwalek, Sengstock y Lawrence, 1984; Muñoz, 2004; Pillemer, 1986; Wolf y Pillemer, 1989; Wolf, Strugnell y Godkin, 1982). Esta información parece contradecir la extendida opinión de que las personas mayores son maltratadas cuando son débiles y dependen del cuidado de otros. Lo que sí se observa, sin embargo, en muchos de estos casos es una fuerte interdependencia emocional víctima-agresor (Lachs y Pillemer, 1995).⁸⁵

Psicopatología

Los estudios demuestran, que los agresores de personas mayores presentan más problemas psicológicos y de abuso de sustancias que aquellos cuidadores que no muestran conductas abusivas (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Lachs y Pillemer, 1995; Muñoz, 2004; Pillemer, 2005; Wolf y Pillemer, 1989). El trastorno psicológico que se ha encontrado más frecuentemente entre los agresores de personas mayores es la depresión (Paveza y otros, 1992; Coyne y Reichman, 1993; Homer y Gilleard, 1990; Williamson y Shaffer, 2001; Pillemer, 2005). La gran mayoría de investigadores ha mostrado una alta presencia de abuso de sustancias tóxicas entre los agresores de personas mayores (Bristowe y Collins, 1989; Homer y Gilleard, 1990; Wolf y Pillemer, 1989; Greenberg, McKibben y Raymond, 1990; Anetzberger, Korbin y Austin, 1994).⁸⁶

Relación con la víctima

Muy pocos estudios recogen esta variable. Varias investigaciones realizadas en el Reino Unido y Estados Unidos han encontrado un mayor porcentaje de hijos entre los agresores (38-53%), mientras que en otros estudios de Canadá y Estados Unidos es la pareja de la víctima quien la agrede en la mayoría de los casos (42-48%) (Pillemer y Finkelhor, 1988). Lo que sí parece claro es que la pareja y los hijos son los responsables de casi todas las agresiones (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005).⁸⁷

Estrés

Hay evidencia empírica de que el estrés y el llamado síndrome de burnout predicen con mayor claridad la presencia de maltrato de mayores que medidas objetivas como las

variables demográficas o el número de tareas que debe desempeñar el cuidador (Coyne y Reichman, 1993). Cuidar de un familiar anciano puede ser una importante fuente de estrés para las familias. Además, hay una serie de factores que pueden agravar esta situación, como la escasa información respecto al proceso de envejecimiento, la falta de habilidades de cuidado y unos recursos de apoyo inadecuados.⁸⁸

c. Factores de riesgo socioculturales

Además de las características propias de la víctima y del agresor, hay una serie de factores que pueden estar incidiendo en la presencia del maltrato de mayores. La existencia de una cultura de violencia en la sociedad puede estar sentando las bases para la aparición del maltrato.⁸⁹

La existencia de una cultura violenta

La tolerancia de la violencia por parte de la sociedad en general se hace presente en cuestiones tan dispares como los juguetes de los niños, las películas y los programas de televisión, los deportes o la forma en que las naciones resuelven los conflictos. Esta aceptación o normalización de la violencia hace que ésta impregne nuestras actividades diarias, lo que puede contribuir a la aparición de maltrato.⁹⁰

La violencia intergeneracional dentro de la familia

En algunas familias, la violencia es un patrón de comportamiento habitual. En ellas, las personas aprenden a ser violentas. Aquellos miembros de la familia que hayan aprendido a actuar de forma violenta para conseguir sus objetivos pueden reproducir este mismo patrón de comportamiento en sus propias casas. Según Muñoz (2004), entre cónyuges, una historia de violencia puede predecir abusos posteriores.⁹¹

El edadismo o viejismo (ageism)

Las actitudes y estereotipos negativos hacia las personas mayores hacen que, en cierta forma, se les deshumanice. Los estudios muestran que estos estereotipos negativos sobre lo que conlleva la vejez están presentes tanto en la población joven como en las personas mayores. Entre estas ideas se encuentra, por ejemplo, la de que las personas mayores pierden poder y control sobre sus vidas con la edad, así como la percepción de los ancianos como frágiles, débiles y dependientes. Todo esto facilita que otras personas

abusen de ellos sin un sentimiento de culpabilidad o remordimiento, y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación (Bytheway, 1994).⁹²

5. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR MALTRATADO

La identificación de los signos de alarma y las manifestaciones indirectas de maltrato en el adulto mayor es de gran importancia debido a que en múltiples ocasiones es la única manera de sospechar de una situación de maltrato. Se debe considerar la presentación de otros síndromes geriátricos asociados como manifestaciones indirectas. Entre los síndromes geriátricos más comúnmente relacionados tenemos: Deterioro cognoscitivo, Delirium, Depresión/Ansiedad, Malnutrición, Constipación/Estreñimiento, Úlceras por presión, Síndrome de caídas, Alteraciones del sueño, Polifarmacia, abatimiento funcional/Inmovilidad, Fragilidad, sarcopenia, Colapso del cuidador, entre otros. Las características de los signos de alarma y manifestaciones indirectas dependen del tipo de maltrato. Estos signos pueden englobarse en patrones útiles, que están esquematizados en el siguiente cuadro.⁹³

Tabla 6. Patrones útiles de detección de maltrato al adulto mayor^{††}

| | | |
|--|--|--|
| Hallazgos generales | <ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Delirium • Abatimiento funcional (dependencia para las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria) • Infestaciones (escabiasis, pulgas) • Escoriaciones secundarias a infestaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Pelo desaliñado • Úlceras por presión • Malnutrición • Uñas largas y sucias • Mala higiene corporal • Mala higiene dental • Impactación fecal • Depresión, aislamiento social • Alteraciones del sueño • Alteraciones alimenticias. |
| Hallazgos consistentes | <ul style="list-style-type: none"> • Dermoabrasiones • Marcas de mordeduras, Lesiones múltiples y en estados variables • Quemaduras de bordes bien definidos • Alopecia traumática • Evidencia de restricción física • Fracturas | <ul style="list-style-type: none"> • Hematomas • Laceraciones • Úlceras de presión necróticas o infectadas • Múltiples heridas • Miedo al cuidador, Establecimiento de desordenes psiquiátricos (Trastorno depresivo mayor, estrés post traumático, ataques de pánico) |
| Hallazgos psicológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Depresión • Alteraciones de sueño • Alteraciones de ingesta de alimentos, miedo al cuidador | <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de desordenes psiquiátricos (trastorno depresivo mayor, estrés posttraumático, ataques de pánico), Condiciones de vivienda inadecuadas. |
| Fracturas y sospecha de maltrato | <ul style="list-style-type: none"> • Fracturas espirales de huesos largos • Fracturas en otros sitios diferentes a muñecas, cadera o columna vertebral en adultos mayores no alcohólicos sin datos relacionados con el trauma. | |
| Malnutrición y sospecha de maltrato | <ul style="list-style-type: none"> • Aquel adulto mayor que es incapaz de preparar sus alimentos • Cuando el cuidador no se toma el tiempo suficiente para alimentar al adulto mayor | |

^{††} **Fuente:** Consejo de salubridad General. Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. México DF: CENETEC; 2013

| | |
|---|---|
| Deshidratación y sospecha de maltrato | <ul style="list-style-type: none"> • Aquellos adultos mayores que requieren asistencia para la ingesta de líquidos • Uso excesivo de medicamentos con efecto diurético sin reposición adecuada de líquidos, exposición prolongada a medio ambiente con temperatura elevada. |
| Úlceras de presión y maltrato | <ul style="list-style-type: none"> • Úlceras necróticas, profundas y/o infectadas. |
| Sospecha de abuso sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor o irritación del área genital • Evidencia de enfermedades de transmisión sexual • Sangrado rectal o vaginal • Lesiones en abdomen, parte interna de muslos y brazos • Lesiones de úvula o paladar • Comportamiento alterado (enojo, ansiedad durante el aseo genital, depresión, miedo, insomnio, aislamiento, comportamiento sexual agresivo) |
| Signos de alarma dermatológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones o heridas sin causa evidente • Lesiones en muñecas o tobillos compatibles con uso de restricciones físicas • Patrón bilateral de extremidades superiores que indique presión y sacudida • Múltiples lesiones agrupadas en tronco señal de golpes repetidos • Lesiones patrón (lineal en forma de cinturón, etc.) • Lesiones en la región cubital de antebrazos compatibles con lesiones de defensa • Quemaduras por exposición solar prolongada en pacientes con dependencia severa para actividades de la vida diaria • Equimosis como resultado de la fuerza directa aplicada a la piel con ruptura de vasos sanguíneos subcutáneos sin evidencia o explicación por el cuidador ni exista evidencia de consumo de fármacos antiplaquetarios o anticoagulantes |
| Medicación y maltrato | <ul style="list-style-type: none"> • Errores intencionados en la medicación, administración de medicamentos inapropiados, dosis inapropiadas |
| Distribución anatómica de las lesiones | <ul style="list-style-type: none"> • Según estudios es más frecuente encontrar lesiones en extremidades superiores, 43.9%, Maxilofacial, dental y cuello 22.8%, cráneo y cerebro 12.2%, extremidades inferiores 10.6% y tronco 10.2% |

6. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

El acto de violencia repercute en diferentes aspectos de la vida del adulto mayor maltratado

Daños físicos permanentes: Las consecuencias físicas dependerán del tipo de heridas o daños sufridos, de la intención, gravedad, intensidad, frecuencia y duración de los malos tratos y de la disponibilidad y prontitud del apoyo médico y social. Sin embargo hay que considerar que, para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves debido a su vulnerabilidad y fragilidad, siendo que sus huesos son más quebradizos y los procesos de procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes.

Consecuencias psicopatológicas: Las principales consecuencias del maltrato al adulto mayor son: la depresión y el estrés postraumático. En el caso de los ancianos, la experiencia traumática de maltrato, sobre todo si es continuado, puede ser la mejor caracterización de una situación de indefensión que conduce a la denominada depresión por desesperanza. Sin embargo, no es posible en el estado actual de conocimiento, determinar la verdadera naturaleza de esta depresión, es decir, si esta es la causa o la consecuencia del maltrato. En diversas

investigaciones realizadas en los países desarrollados se encuentra ciertos datos fidedignos que demuestran que la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados.⁹⁴

E. EVALUACIÓN MÉDICA FORENSE

Son diversos los aspectos que deben tenerse en cuenta para la valoración de una posible situación de maltrato a un anciano.

1. LA ENTREVISTA CLÍNICA Y LA ANAMNESIS

Se tratan de pasos fundamentales en esta valoración. Esta nos permitirá correlacionar el relato con los hallazgos físicos.

Durante la entrevista inicial se recomienda un ambiente adecuado, que facilite la empatía entre médico y paciente, evitando juicio de valores, otorgar respeto y privacidad, garantizando la confidencialidad. La entrevista es clave para detectar los factores de riesgo para ello puede ser útil un pequeño cuestionario que consiste en 9 preguntas, donde un ítem es para maltrato físico, uno para abuso sexual, tres para maltrato psicológico, uno para financiero, uno para negligencia y dos para abandono. Una respuesta positiva para cualquiera de estas preguntas se considera como sospecha de maltrato.⁹⁵

- ¿Alguien en su casa le ha hecho daño?
- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha hecho hacer cosas que no quiere hacer?
- ¿Alguien ha tomado sus cosas sin su consentimiento?
- ¿Alguien lo ha regañado o amenazado?
- ¿Ha firmado algún documento sin haber leído su contenido?
- ¿Le tiene miedo a alguien en su casa?
- ¿Pasa mucho tiempo solo?
- ¿Alguna vez ha dejado alguien de ayudarlo a cuidarse cuando ha necesitado ayuda?⁹⁶

Durante toda la entrevista, se debe procurar sostener un contacto visual, mantener un tono de voz audible y suave, evitar las interrupciones en lo posible. Al momento de la anamnesis, debemos tener principal cuidado con el relato del anciano. Por mismos problemas de la edad, como la demencia senil y otros cuadros, el relato puede ser de tipo dudoso. El médico forense debe remitirse a los hallazgos de su valoración registrando

cada uno de ellos con sumo detalle. Ya que el relato puede ser sometido a dudas, los hallazgos físicos serán el mejor testigo de la supuesta agresión. En caso de que el usuario no esté en condiciones de responder a la entrevista, el médico se dirigirá al acompañante, sin perder de vista que pudiese ser el posible agresor. Se debe considerar que muchos ancianos hablan un idioma nativo de manera exclusiva, o si bien tienen cierto conocimiento y manejo del idioma castellano, no pueden expresarse correctamente en el mismo y su narración puede tergiversarse, es por ello que, de surgir un problema similar, es necesario contar con una persona en el equipo médico que sirva como traductor.⁹⁷

2. EXAMEN FÍSICO

Se debe registrar cada lesión de manera detallada, así como las causas probables de origen para finalmente llegar a una conclusión clara. En el examen clínico de las lesiones, se debe revisar detalladamente a la víctima ya que es posible que las agresiones se encuentren cubiertas por la ropa y pasen desapercibidas. Además que se debe considerar que en los ancianos, debido a su fragilidad, un golpe puede tener mayor trascendencia que en una persona joven, así que debe considerarse buscar hallazgos internos a través de medios auxiliares de diagnóstico. La descripción minuciosa puede ser un elemento decisivo para la valoración médico legal. Detalles a incluir en esta descripción serán la localización, la morfología y contorno, que puede llegar a reproducir la forma del objeto con el que se ha contundido a la víctima. También pueden aparecer heridas incisivas o punzantes, frecuentemente realizadas con elementos del propio hogar, como tijeras, cuchillos de cocina o destornilladores. Otro tipo de lesiones frecuentes en el maltrato físico a los ancianos son las quemaduras, la utilización de cigarrillos, fricción de objetos o planchas son habituales. También las escaldaduras por agua excesivamente caliente, especialmente en los casos de ancianos que necesitan la ayuda de terceros para su aseo personal, y en las mucosas, debido a la introducción de la comida en la boca con un exceso de temperatura. Durante la alimentación forzada, pueden producirse otro tipo de lesiones, como erosiones en las encías o fracturas de las piezas dentarias. Otras lesiones que pueden encontrarse son las fracturas múltiples, que se ven favorecidas por posibles patologías osteoporóticas. También es muy frecuente la aparición de estas lesiones en las zonas de defensa, como la cara externa de los antebrazos o de los muslos. En caso de realizar la valoración médico forense por estado de salud, debe exponerse el tratamiento que se le ha realizado al sujeto, así como su pronóstico médico, si va a necesitar otras intervenciones o asistencias facultativas, así como otros tratamientos. Esta información es

necesaria para poder valorar el pronóstico médico legal de estas lesiones, pues de ellos se pueden derivar situaciones diversas, que la afectación sea considerada como un delito, en el caso de una lesión grave, o una falta, si la lesión es leve. En esta labor puede ser muy útil documentos y exámenes complementarios, de atenciones previas, informes médicos, historia clínica, como informes del Servicio de Urgencias, etc. Todo informe médico correctamente identificado y avalado por un profesional especialista, debe ser anexado y mencionado en el certificado médico forense. Ello permitirá comprobar la correspondiente evolución de las lesiones entre su primera exploración médica y la actual y, por tanto, la relación de causalidad, entre la posible causa y las alteraciones finalmente sufridas. Hecho esto, pasará a producirse la entrevista y exploración del lesionado. La descripción de las lesiones debe ser igual de minuciosa. No solamente será importante la descripción de las propias lesiones y del mecanismo más probable que se les atribuye, sino también el seguimiento de las mismas, para poder establecer el momento en que ya se encuentran estabilizadas. Deberán reflejarse los tratamientos que han sido necesarios, ya que estos serán fundamentales para valorar el pronóstico médico legal de la lesión. Se debe considerar la situación en la que el anciano se niegue a que la valoración se realice y, por tanto, se debe constar del desistimiento a la valoración en la historia médico forense e informar a las autoridades judiciales de ello.⁹⁸

3. DÍAS DE INCAPACIDAD

También se describirán los días que se han precisado para la curación o estabilización de las lesiones, diferenciando entre días de hospitalización, días impeditivos para las tareas habituales del sujeto y los días no impeditivos para las mismas. Es posible que se produzca la restitución ad integrum, o que queden secuelas, que deberán también ser minuciosamente descritas. Hay que tener en cuenta que estamos ante personas que suelen padecer importantes patologías previas a la lesión, por lo que evaluar su estado anterior será fundamental para valorar las secuelas, pues en algunas ocasiones pueden deberse a agravaciones de estados patológicos previos.⁹⁹

4. VALORACIÓN MÉDICO FORENSE AL PRESUNTO AGRESOR

En otras situaciones, el perito debe responder ante una petición que le realiza el juez para la valoración de posibles lesiones en el presunto agresor. Es posible que se encuentren lesiones provocadas en actos de defensa de la víctima. Es importante tener en cuenta también la localización y el tipo de lesiones, como erosiones o escoriaciones en las

manos o en la cara por arañazos de la víctima o contusiones, todas ellas durante la defensa del anciano ante el ataque de su agresor. En estos casos es frecuente que estas lesiones sean de muy poca intensidad, debido a la desproporción de fuerzas entre víctima y agresor. También hay que tener en cuenta que puede darse el caso que el propio anciano presente conductas violentas sobre su cuidador, frecuentes en enfermedades como algunos tipos de demencia, provocándole lesiones y, a su vez, siendo el desencadenante de la agresión del cuidador hacia el anciano.⁸³

5. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Aunque nos encontremos ante un caso de maltrato físico, no hay que olvidar que suele acompañarse habitualmente de otras formas de maltrato, especialmente el psicológico, que suele ser el más frecuente. Tampoco debe obviarse que, en muchas ocasiones, el anciano, por su situación clínica, ya sea física y/o mental, se trata de una persona especialmente vulnerable, incluso que puede que el perito se encuentre ante una persona incapaz. La petición de la valoración psíquica es muy frecuente, tanto para la evaluación de las bases psicobiológicas de la imputabilidad como para determinar el estado mental tanto de la víctima como del presunto agresor, es decir, si era consciente de sus actos y actuó voluntariamente. En los casos de maltrato intrafamiliar no es raro que existan diferentes problemas, como trastornos mentales del agresor o que consuma drogas de abuso, especialmente alcohol, que actúen como detonante o agravante de la situación de violencia. La depresión es el principal factor de riesgo en estos casos y suele verse favorecida por el estrés que le supone al agresor el cuidado de su familiar. Si bien profesional en psicología está encargado de la valoración del estado funcional, cognición y problemas psicológicos, se puede realizar una valoración inicial a través de diversas escalas, que nos indique la derivación o no a un profesional más indicado en la valoración y certificación del cuadro. Entre las escalas indicadas para tal valoración se tienen las siguientes, las cuales son breves y concisas.

- Escala Berthel, que evalúa las actividades diarias de la vida diaria
- Escala de Lawton y Brody, que evalúa las actividades instrumentales
- Escala geriátrica de depresión de Yasavage
- Examen mini mental de Folstein, que evalúa el deterioro cognoscitivo
- Escala para evaluar la sobrecarga del cuidador de Zarit.¹⁰⁰

F. MARCO LEGAL

1. Constitución Política del estado

En sus artículos 67 y 68 reconoce los derechos de las personas adultas mayores y prohíbe toda situación de violencia. Esta es la base de las demás leyes promulgadas a favor a los adultos mayores

***Artículo 67 I.** Además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana.¹⁰¹*

***Artículo 68 I.** El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades. II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.¹⁰²*

2. Ley 369: Ley General de las personas adultas mayores

Esta Ley promulgada el 1 de mayo de 2013, Garantiza los derechos fundamentales y privilegios de los adultos mayores. En los principios descritos en su artículo 3, parágrafo 2, hace referencia a que parte de los objetivos de dicha ley es prevenir todo tipo de violencia al adulto mayor. A través de la ley, se modificó el Código Penal en lo referente a los artículos 270 (lesiones gravísimas), 271 (lesiones graves y leves), 273 (lesión seguida de muerte) y 274 (lesiones culposas). Esto significa que la labor del médico forense requiere del despliegue cuidadoso de sus conocimientos en pos de describir cada lesión encontrada y otorgar una incapacidad médico legal correcta. Además en su artículo 7, referente al trato preferente en el acceso a servicios, hace mención a que toda institución pública y/o privada debe otorgar al adulto mayor un trato con eficiencia en tiempos de atención, con capacidad de respuesta institucional, contando con un personal capacitado, atendiendo de manera personalizada, con un trato cálido, en el idioma materno, erradicando todo tipo de maltrato.¹⁰³

***Artículo 2** Son titulares de los derechos las personas adultas mayores de sesenta (60) o más años de edad, en el territorio boliviano*

Artículo 3 (PRINCIPIOS) 2. No Violencia. Busca prevenir y erradicar toda conducta que cause lesión interna o externa, o cualquier otro tipo de maltrato que afecte la integridad física, psicológica, sexual y moral de las personas adultas mayores.

Artículo 7. (TRATO PREFERENTE EN EL ACCESO A SERVICIOS) Las instituciones públicas y privadas brindarán trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Uso eficiente de los tiempos de atención.
2. Capacidad de respuesta institucional
3. Capacitación y sensibilización del personal.
4. Atención personalizada y especializada
5. Trato con calidad y calidez
6. Erradicación de toda forma de maltrato.
7. Uso del idioma materno

Artículo 18 (MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL) Se modifican los Artículos 270, 271, 273 y 274 del Código Penal, con la inclusión de la persona adulta mayor en caso de agravantes, quedando redactados los referidos Artículos de la siguiente forma:

Artículo 270. (LESIONES GRAVÍSIMAS). Se sancionará con privación de libertad de cinco (5) a doce (12) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona, una lesión de la cual resulte alguna de las siguientes consecuencias:

1. Enfermedad o discapacidad psíquica, intelectual, física sensorial o múltiple.
2. Daño psicológico o psiquiátrico permanente.
3. Debilitación permanente de la salud o la pérdida total o parcial de un sentido, de un miembro, de un órgano o de una función
4. Incapacidad permanente para el trabajo o que sobrepase de noventa (90) días.
5. Marca indeleble o deformación permanente en cualquier parte del cuerpo.
6. Peligro inminente de perder la vida.

Cuando la víctima sea niña, niño, adolescente o persona adulta mayor la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo

Artículo 271. (LESIONES GRAVES Y LEVES). Se sancionará con privación de libertad de tres (3) a seis (6) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona un daño físico o psicológico, no comprendido en los casos del Artículo anterior, del cual derive incapacidad para el trabajo de quince (15) hasta noventa (90) días. Si la incapacidad fuere hasta de catorce (14) días, se impondrá al autor sanción de trabajos comunitarios de uno (1) a tres (3) años y cumplimiento de instrucciones que la jueza o el juez determine. Cuando la víctima sea una niña, niño, adolescente o persona adulta mayor la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo.

Artículo 273. (LESIÓN SEGUIDA DE MUERTE). El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor, pero que pudo haber sido prevista, será sancionado con privación de libertad de tres (3) a ocho (8) años.

Si se tratare de los casos previstos en el Artículo 254, párrafo primero, la sanción será disminuida en un tercio. La sanción privativa de libertad será agravada en dos tercios, si la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor.

Artículo 274. (LESIONES CULPOSAS). El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta (240) días o prestación de trabajo hasta un (1) año.

Si la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor se aplicará una pena privativa de libertad de dos (2) a cuatro (4) años.¹⁰⁴

3. Decreto Supremo N° 1807

Tiene por objeto reglamentar la Ley N° 369, de 1 de mayo de 2013, Ley General de las Personas Adultas Mayores, estableciendo mecanismos y procedimientos para su implementación. Hace referencia al trato preferencial al adulto mayor en toda institución pública y privada. Además señala como encargados de aquellos delitos que atenten contra la integridad física y psicológica a los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional y al El Ministerio de Justicia a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades como protector de los derechos constitucionales de los adultos mayores. Este decreto no es específico en cuanto al procedimiento a seguir en caso de situaciones de violencia al adulto mayor. Deriva a distintas instituciones para que estas reglamenten y controlen el resguardo de los derechos de los adultos mayores.¹⁰⁵

Artículo 6. *(Trato preferente)*

I. Las Instituciones públicas y privadas deberán aprobar, difundir e implementar sus reglamentos internos específicos sobre trato preferente, que contemplen todos los criterios establecidos en el Artículo 7 de la Ley N° 369.

II. El Ministerio de Justicia a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades diseñará e implementará un sistema de registro y seguimiento de las instituciones públicas y privadas que brinden trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los criterios establecidos en el Artículo 7 de la Ley N° 369, con la finalidad de velar su cumplimiento.

III. Se constituirán como parte del trato preferente, la habilitación de ventanillas especiales y prioridad en las filas, para la atención de las personas adultas mayores

Artículo 10. *(Asistencia jurídica)*

I. Los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional otorgarán representación y patrocinio legal:

- a. En materias Civil, Familiar, Laboral y Agraria, conforme a Resolución expresa emitida por el Ministerio de Justicia;*
- b. En materia Penal, en los delitos contra la vida y la integridad corporal, contra el honor, contra la libertad, contra la libertad sexual y contra la propiedad.*

II. Los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional brindarán orientación jurídica necesaria a las personas adultas mayores sobre trámites administrativos y procesos judiciales.

III. La resolución de conflictos se realizará a través de la conciliación, entendida como un medio alternativo de resolver conflictos sin necesidad de instaurar un proceso judicial

Artículo 11. *(Promoción de derechos y garantías)* *El Ministerio de Justicia a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, promocionará los derechos y garantías constitucionales establecidas a favor de las personas adultas mayores.*¹⁰⁶

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato de las personas mayores data de mucho tiempo atrás. Este tema fue considerado como un asunto privado, que no debía ventilarse en público, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX.¹⁰⁷

En Bolivia, los casos de maltrato al adulto mayor aumentan considerablemente. Según datos de la Defensoría del Pueblo llegaron 10.240 denuncias por violencia contra los ancianos durante el año 2012 y primer trimestre del 2013.¹⁰⁸

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad. Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 o más años aumentará a más del doble, de 542 millones en 1995 a cerca de 1 200 millones. En Bolivia la población adulta mayor representa el 8.92% de la población total según la última encuesta censal. (CENSO 2012 BOLIVIA)

En cuanto a las medidas que se han tomado para combatir este problema, a nivel internacional son diferentes las agrupaciones que han definido ciertos lineamientos para atender los derechos de las personas adultas. Bolivia, se adhirió a algunos de estos grupos comprometiéndose a velar por esta porción de la población. Gracias a estos grupos internacionales y por la propia iniciativa de la población adulta mayor del país, se logra que en el año 2013, se apruebe la ley de protección a favor de las personas adultas mayores, la Ley N° 369, la cual da pie a la modificación de varios artículos del Código Penal, que permitan agravar la pena en caso de que se verifiquen delitos cometidos en contra de personas adultas mayores, en caso de despojo, abandono, en caso de firma obligada de papeles en blanco, en el caso de bienes que se les pueda quitar a los adultos mayores. Esta ley, tiene el objetivo de regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.¹⁰⁹

Sin embargo, al persistir los factores de riesgo generadores de violencia, el problema de violencia al adulto mayor continúa latente.

Estudios profundos sobre violencia al adulto mayor en todas sus expresiones, no han sido realizados en nuestro medio, siendo estos necesarios para identificar y delimitar la magnitud del problema y, basados en la identificación del mismo, determinar medidas más agresivas para disminuir el porcentaje de violencia al adulto mayor en nuestra sociedad.

Las leyes emergentes exigen que cada institución pública y privada establezca normativas internas para dar un trato preferencial y específico a los adultos mayores, desde la recepción del adulto mayor hasta la otorgación del bien o servicio. No existe un protocolo específico, ni datos actuales específicos sobre los casos de maltrato al adulto mayor atendidos en el Instituto de Investigaciones forenses, por lo que este estudio pretende ser una base para futuros estudios en el área y el génesis de una propuesta de protocolo a partir de los datos bibliográficos y estadísticos investigados.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores asociados a violencia al adulto mayor en los casos reportados en el Instituto de Investigaciones Forenses en las ciudades de La Paz y El Alto, del segundo semestre de 2013 al primer semestre de 2014?

VII. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a maltrato al adulto mayor en los casos reportados en el Instituto de Investigaciones Forenses en las ciudades de La Paz y El Alto, durante el segundo semestre de 2013 y el primer semestre de 2014

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la ciudad que cuenta con mayor frecuencia de atención de casos de maltrato al adulto mayor, en el Instituto de Investigaciones Forenses durante el segundo semestre de 2013 y el primer semestre de 2014.

2. Describir las características socio demográficas de los adultos mayores atendidos por maltrato en el Instituto de investigaciones Forenses de las ciudades de La Paz y El Alto, durante el segundo semestre de 2013 y el primer semestre de 2014.

3. Describir cuál es el tipo de maltrato predominante en los casos de maltrato al adulto mayor atendidos en El Instituto de Investigaciones Forenses de las ciudades de La Paz y El Alto durante el segundo semestre del 2013 y primer semestre de 2014

4. Identificar el principal agresor y el lugar más frecuente de agresión en los casos de maltrato al adulto mayor atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses en el segundo semestre de 2013 al primer semestre de 2014

5. Describir el tipo de lesión más frecuente, el promedio de días de incapacidad médico legal asignadas a las mismas y las valoraciones complementarias requeridas en la valoración lesionológica en los Casos de Maltrato al adulto mayor atendidos en el IDIF de las ciudades de La Paz y El Alto en el 2° Semestre de 2013 y 1° Semestre de 2014

6. Elaborar una propuesta de protocolo de atención médico forense dirigida a la atención de casos de violencia al adulto mayor.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo.

Es un estudio descriptivo puesto se investigó como se distribuye el fenómeno de violencia al adulto mayor en la población de estudio, en un lugar y durante un período de tiempo determinado, identificando su frecuencia y cuáles son los determinantes o factores asociados.

Y es retrospectivo, debido a que estudiaron hechos ocurridos en el pasado, en el periodo de tiempo comprendido entre el segundo semestre de 2013 y el primer semestre de 2014.

B. POBLACIÓN Y LUGAR

El Instituto de Investigaciones Forenses es un órgano dependiente de la Fiscalía General del Estado, encargado de realizar, con autonomía funcional, todos los estudios científico-técnicos requeridos para la investigación y comprobación de los delitos mediante orden judicial, misión que nace por mandato de la Ley No 260, Ley Orgánica del Ministerio Público y la Ley No 1960, Código de Procedimiento Penal.¹¹⁰

El lugar de estudio de este trabajo, son las instalaciones del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF), tanto de la ciudad de La Paz como de la ciudad de El Alto. IDIF La Paz, inaugurado el 30 de mayo del 2005 donde se cuenta con laboratorios y la División de Medicina Forense, cuya dirección en la ciudad de La Paz, la sitúa en Zona Central, calle Indaburo, entre Yanacocha y Jenaro Sanjinés. La sección clínica forense actualmente trabaja con 6 médicos forenses, los cuales están encargados de la revisión de todo tipo de lesiones incluyendo aquellas inferidas a adultos mayores. El IDIF de El Alto, se encuentra ubicado en la zona Santiago segundo de la ciudad de El Alto y actualmente cuenta con 3 médicos forenses en el área clínica.

Los datos se colectaron de la Unidad de Archivo de esta Institución, en sus dos locaciones, previa autorización de las autoridades superiores para la revisión de los certificados médicos forenses en lapso de tiempo delimitado para este estudio. Los

certificados se encuentran ubicados en carpetas de acuerdo al mes y año de valoración. Se revisó cada una de las historias médico forenses correspondientes, llegando a un total de 1622 historias que reunieron cada uno de los criterios de selección.

C. INSTRUMENTO

Los datos se obtuvieron a través de la revisión de los certificados médico forenses, en busca de las variables de estudio. Para ello se hizo uso de la siguiente plantilla de colección de datos:

| CASO N° | EDAD | SEXO | ESTADO CIVIL | TIPO DE AGRESIÓN | AGRESOR | LUGAR DE AGRESIÓN | LESIONES | DIAS DE INCAPACIDAD | OTROS EXAMENES | SEMESTRE | CIUDAD |
|---------|------|------|--------------|------------------|---------|-------------------|----------|---------------------|----------------|----------|--------|
| | | | | | | | | | | | |

La cual se llenó de acuerdo a la codificación explicada en el apartado operalización de variables. Ver ANEXO 2.

D. MUESTRA

Dentro del presente estudio, se trabajó con el universo en su integridad, por lo que la muestra coincide con la población en estudio, 1622 historias médico forenses de mayores de 60 años que acudieron al Instituto de Investigaciones Forenses de las ciudades de La Paz y El Alto para ser valorados por lesiones sugerentes de maltrato.

E. CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Certificados médico forenses de personas de 60 años o más y de ambos sexos
- Certificados médico forenses de personas adultas mayores que hayan recibido atención médico forense alegando agresión física o sexual
- Certificados ubicados en la sección de Archivo del Instituto de Investigaciones forenses al momento de la recolección de datos

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Certificados médico forense que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Certificados médico forenses incompletos

F. VARIABLES

Las variables seleccionadas como posibles factores asociados al maltrato al adulto mayor se eligieron de acuerdo a la bibliografía y aquellos presentes en el Formulario de atención Médico Forense del Instituto de Investigaciones Forenses, fueron:

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | OPERALIZACIÓN | |
|----------------------|-----------------------------------|--|---|
| | | ESCALA | DESCRIPCIÓN |
| Edad de la víctima | Cuantitativa | 60 a más años | Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto de estudio hasta el momento de referencia reportado en los documentos revisados |
| | Cualitativa | Posteriormente se agrupo en rangos de 5 años 1. 60 a 65 años 2.66 a 70 años 3.71 a 75 años 4. 76 a 80 años. 5. 81 a 85 años 6. 86 a 90 años 7. >90 años | |
| Sexo de la víctima | Cualitativa Nominal Dicotómica | 1.Masculino 2.Femenino | Condición biológica que diferencia varón de mujer, reportado en los documentos revisados |
| Estado Civil | Cualitativa Nominal Politómica | 1.Soltero 2.Casado 3.Concubino 4.Viudo 5.Divorciado | Relación de Unión legal o no con otra persona |
| Tipo de agresión | Cualitativa Nominal Dicotómica | 1.Física 2.Sexual | Forma de agresión sufrida por el adulto mayor |
| Presunto Agresor | Cualitativa Nominal Politómica | 1.Familiar 2.Conocido 3.Desconocido 4.Colectivo | Responsable de la agresión y su vínculo con la víctima |
| Lugar de la agresión | Cualitativa Nominal Politómica | 1.Domicilio 2.Vía Pública 3. Espacio público 4. Localidad o provincia 5. No reportado | Lugar donde se suscitó la agresión |
| Tipo de Lesiones | Cualitativa Nominal Politómica | 1.Contusiones simples 2.Contusiones complejas 3.Lesiones por arma blanca 4. Lesiones por agentes físico químicos 5. Lesiones compatibles con agresión sexual 6. Lesiones por arma de fuego 7. Sin lesiones evidentes | Naturaleza de las lesiones encontradas en la valoración dependiendo de un presunto mecanismo de acción: * Contusiones simples: Equimosis, contusiones profundas, derrames de serosidad, derrames cavitarios Erosiones, heridas contusas * Contusiones complejas: Arrancamiento, aplastamiento, mordeduras, caída, precipitación * Lesiones por arma blanca: lesiones producidas por elementos que cuentas con un filo, punta o ambos |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| | | | <p>*Heridas por agentes físicos y/o químicos: Lesiones producidas por ácidos, álcalis o por agentes como el calor, el frío, eléctricos, etc.</p> <p>*Lesiones compatibles de agresión sexual: Lesiones genitales, paragenitales y extragenitales compatibles con posible agresión sexual.</p> <p>*Lesiones por arma de fuego: producidas por instrumentos que lanzan proyectiles</p> |
| Días de incapacidad médico legal | <p>Cuantitativa discreta</p> <p>Cualitativa</p> | <p>1 a más días</p> <p>Posteriormente se agrupa en:</p> <p>1.0 días</p> <p>2.1 a 5 días</p> <p>3.6 a 10 días</p> <p>4.11 a 15 días</p> <p>5. > a 15 días</p> | Tiempo aproximado que requiere una lesión para lograr su reparación fisiológica primaria |
| Otras valoraciones | Cualitativa Nominal Politómica | <p>1.Exámenes de gabinete</p> <p>2.Traumatología</p> <p>3.Otorrinolaringología</p> <p>4.Oftalmología</p> <p>5.Odontología y/o Cirugía Maxilo facial</p> <p>6. Cirugía plástica</p> <p>7. Otras</p> <p>8.Psicología</p> <p>9. Múltiples</p> <p>10. Ninguna</p> | Valoraciones auxiliares que tienen el fin de corroborar los hallazgos clínicos o emitir otros hallazgos que ayuden a la emisión de un diagnóstico definitivo |
| Semestre de producida la valoración | Cualitativa Ordinal Dicotómica | <p>1.2° Semestre de 2013</p> <p>2.1° Semestre de 2014</p> | Semestre de ocurrencia de la agresión, reportado en los documentos revisados |
| Ciudad | Cualitativa Ordinal Dicotómica | <p>1.La Paz</p> <p>2.El Alto</p> | Ciudad donde fue realizada la valoración |

G. PLAN DE ANÁLISIS

Para dar salida a los diferentes objetivos específicos y así poder responder al objetivo central, se realizaron los siguientes procedimientos:

- Para dar salida al primer objetivo específico, se realizó un análisis de frecuencias relativas porcentuales (porcentajes), a efectos de describir adecuadamente la variable ciudad, expresándola en una tabla de frecuencia la cual fue posteriormente graficada.
- Para el segundo objetivo específico se procedió a realizar una caracterización de los datos socio-demográficos (género, edad, estado civil), para realizar un análisis de frecuencias relativas porcentuales (porcentajes) de las distintas variables correspondientes a la totalidad de participantes que ingresaron al estudio, expresando estos resultados en tablas de frecuencia, las cuales fueron posteriormente graficadas
- Para dar salida al tercer objetivo específico se procedió a realizar un análisis de frecuencias relativas porcentuales (porcentajes) de la variable “tipo de agresión”

por ciudad expresando estos resultados en tablas de frecuencia, las cuales fueron posteriormente graficadas

- Para dar salida al cuarto objetivo específico, se procedió a realizar un análisis de frecuencias relativas porcentuales (porcentajes) de las variables “Agresor” y “Lugar de agresión” por ciudad y expresando estos resultados en tablas de frecuencia y contingencia, las cuales fueron respectivamente graficadas
- Para dar salida al quinto objetivo específico, se caracterizaron las variables inherentes a la valoración lesionológica (tipo de lesiones encontradas, Días de incapacidad otorgados, otras valoraciones solicitadas), para realizar un análisis de frecuencias relativas porcentuales (porcentajes) de las distintas variables correspondientes a la totalidad de participantes que ingresaron al estudio, siendo posteriormente graficadas.
- Para dar salida al sexto objetivo específico, se tomaron en cuenta todos los datos obtenidos de la colección, su respectivo análisis estadístico y la revisión bibliográfica colectada, los cuales fueron la base para desarrollar una propuesta de protocolo de atención al adulto mayor maltratado

Para el análisis estadístico del presente estudio, se empleó el programa SPSS en su versión 15, que permitió hacer el análisis de frecuencias de los datos obtenidos, para el análisis correspondiente

H. ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación se cumplieron con las normas básicas de ética en trabajos de investigación científica, respetando siempre los principios de autoría y aspectos de confidencialidad de los datos colectados.

Los datos otorgados por el Instituto de Investigaciones Forenses fueron obtenidos previa presentación y aceptación de solicitud a acceso a estos datos mediante una carta, la cual se adjunta en el apartado de **ANEXOS**.

IX. RESULTADOS

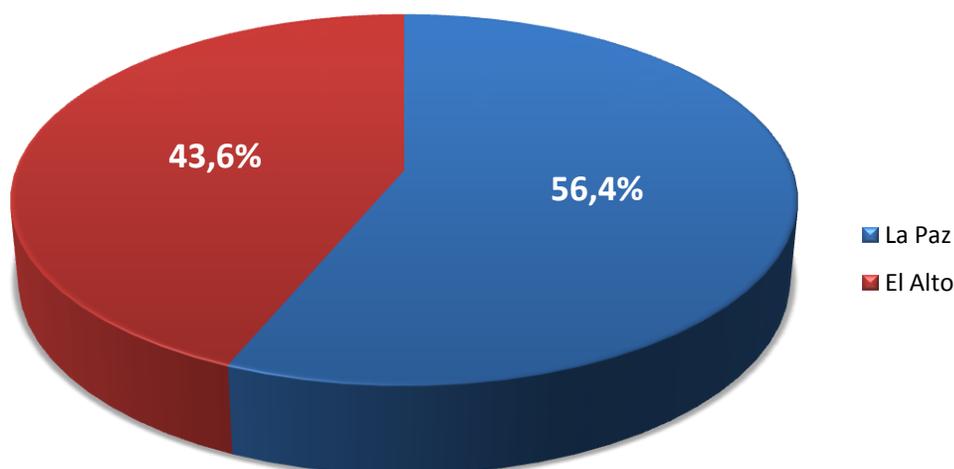
A. Casos de maltrato al adulto mayor por ciudad, La Paz y El Alto segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

Tabla 7. Casos de Maltrato por ciudad, La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

| CIUDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------|------------|------------|
| La Paz | 914 | 56.4% |
| El Alto | 708 | 43.6% |
| Total | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

Gráfico 3. Casos de Maltrato adulto mayor atendido por ciudad; ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.



Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

- De los 1622 casos de maltrato al adulto mayor atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses desde Julio 2013 a Junio 2014, la ciudad de La Paz atendió el 56.4% (914 casos) de los casos y la ciudad de El Alto el 43.6% (708 casos) restante.

B. Casos de maltrato al adulto mayor por grupos etáreos, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

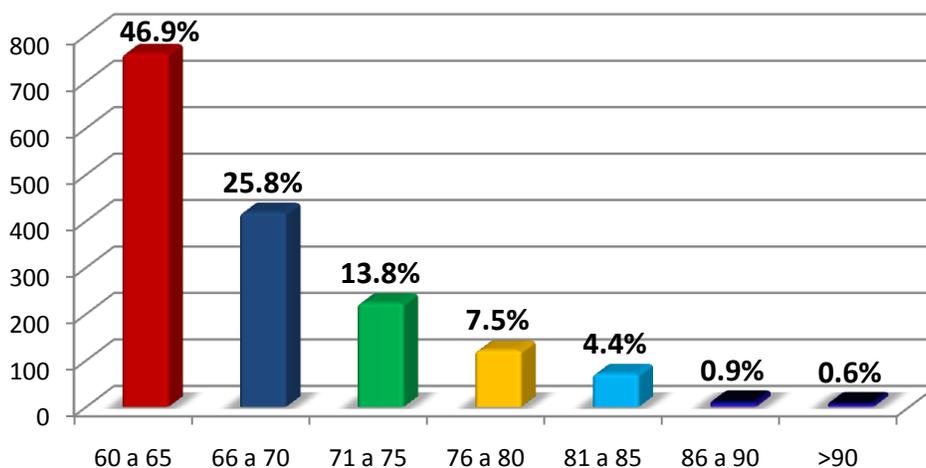
Tabla 8. Frecuencia de Edad por grupos etáreos, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| EDAD (años) | FRECUENCIA | % |
|--------------|-------------|-------------|
| 60 a 65 | 761 | 46.9% |
| 66 a 70 | 419 | 25.8% |
| 71 a 75 | 224 | 13.8% |
| 76 a 80 | 122 | 7.5% |
| 81 a 85 | 72 | 4.4% |
| 86 a 90 | 14 | 0.9% |
| >90 | 10 | 0.6% |
| Total | 1622 | 100% |

(M= 67.15; SD= 6.6)

Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

Gráfico 4. Frecuencia de Edad por grupos etáreos, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2014



Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

- La edad promedio de los adultos mayores en este estudio fue de 67±6 años. El 46.9% (761 casos) de los adultos mayores, tenían una edad entre los 60 a 65 años. El grupo de adultos mayores entre los 66 a 70 años representa el 25.8% (419 casos). Los adultos mayores entre 71 a 75 años representan el 13.8% (224 casos). El grupo comprendido entre 76 a 80 años equivale al 7.5% (122 casos), seguido del grupo de 81 a 85 años de edad con un 4.4% (72 casos). Los grupos comprendidos entre 86 a 90 años y el de adultos mayores con una edad mayor a 90 años, representan el 0.9% (14 casos) y el 0.6% (10 casos) de la población de estudio, respectivamente.

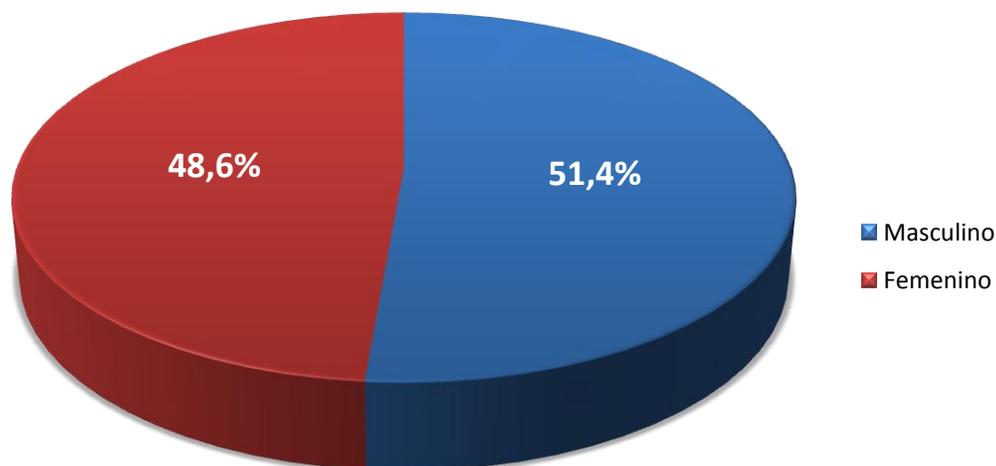
C. Casos de maltrato al adulto mayor por sexo de la víctima, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

Tabla 9. Casos de Maltrato al adulto mayor según sexo de la víctima, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| Masculino | 833 | 51.4% |
| Femenino | 789 | 48.6% |
| Total | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

Gráfico 5. Casos de Maltrato al adulto mayor según sexo de la víctima, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014



Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

- El 51.4% (833 casos) del total de casos de maltrato al adulto mayor valorados en el Instituto de Investigaciones Forenses desde Junio de 2013 a Julio de 2014 corresponde al sexo masculino. Mientras que el 48.6% (789 casos) de estos casos corresponde al sexo femenino.

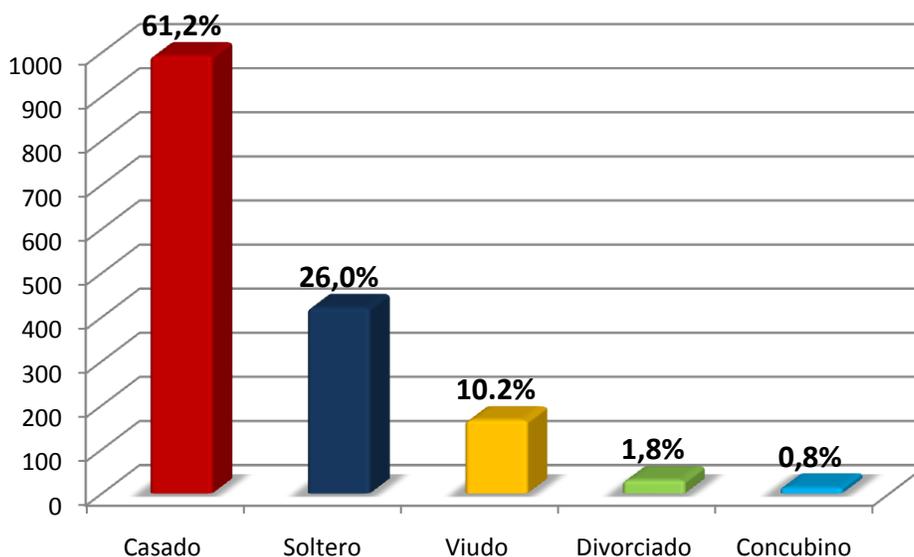
D. Casos de maltrato al adulto mayor según estado civil de la víctima, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

Tabla 10. Casos de Maltrato al adulto mayor según estado civil de la víctima, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| E.CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| Casado | 992 | 61,2% |
| Soltero | 421 | 26,0% |
| Viudo | 166 | 10.2% |
| Divorciado | 30 | 1,8% |
| Concubino | 13 | 0,8% |
| Total | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

Gráfico 6. Casos de Maltrato al adulto mayor según estado civil de la víctima, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014



Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

- El 61.2% (992 casos) de los casos atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses de Julio de 2013 a Junio de 2014 correspondieron a las personas casadas, el 26% (421 casos) a las personas solteras, el 10.2% (166 casos) a las personas viudas. El 1,8% (30 casos) representa a las personas divorciadas y el 0.8% (13 casos) a las personas en unión libre o concubinas.

E. Casos de maltrato al adulto mayor según tipo de agresión, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

Tabla 11. Casos de Maltrato al adulto mayor según tipo de agresión por ciudad, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| TIPO DE AGRESIÓN | LA PAZ | | EL ALTO | | TOTAL | |
|------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % |
| Física | 909 | 99,5% | 701 | 99,0% | 1610 | 99,3% |
| Sexual | 5 | 0,5% | 7 | 1% | 12 | 0,7% |
| TOTAL | | | | | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

- El 99.3% (1610 casos) de casos de maltrato al adulto mayor que fueron realizados en el Instituto de Investigaciones Forenses de ambas ciudades desde julio de 2013 a junio de 2014, correspondieron a maltrato del tipo físico, el restante 0.7% (12 casos) al tipo sexual. En el tiempo mencionado, el 99.5% (909 casos) de los casos atendidos en la ciudad de La Paz correspondieron a maltrato del tipo físico y el 0.5% (5 casos) restante al de tipo sexual. En la ciudad de El Alto el 99% (701 casos) correspondieron a valoraciones por maltrato físico frente a un 1% (7casos) de maltrato de tipo sexual.

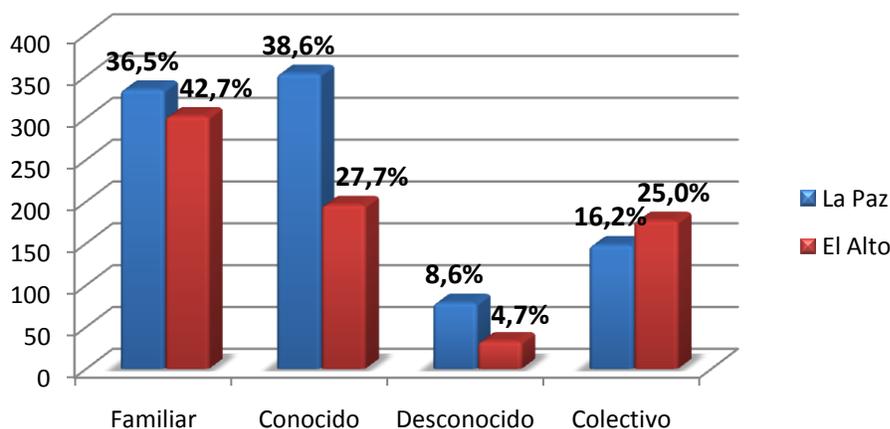
F. Casos de maltrato al adulto mayor atendidos según agresor, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

Tabla 12. Casos de Maltrato al adulto mayor según agresor, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| LA PAZ | | EL ALTO | | TOTAL | | |
|--------------|------------|---------|------------|-------|------------|-------|
| AGRESOR | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % |
| Familiar | 334 | 36,5% | 302 | 42,7% | 636 | 39,2% |
| Conocido | 353 | 38,6% | 196 | 27,7% | 549 | 33,8% |
| Desconocido | 79 | 8,6% | 33 | 4,7% | 112 | 6,9% |
| Colectivo | 148 | 16,2% | 177 | 25,0% | 325 | 20% |
| TOTAL | | | | | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

Gráfico 7. Casos de Maltrato al adulto mayor según agresor, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014



Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

- En la ciudad de La Paz el agresor más frecuente fue un conocido de la víctima con un 38,6% (353 casos), seguido de un familiar con el 36,5% (334 casos). El 16,2% (148 casos) de los adultos mayores en este estudio fue sujeto de violencia colectiva, mientras que el 8,6% (79 casos) restante fue agredido por un desconocido. En la ciudad de El Alto el agresor más frecuente fue un familiar de la víctima con un 42,7% (636 casos), seguido de un conocido con un 27,7% (196 casos). El 25% (177 casos) fue sujeto de violencia colectiva, mientras que el 4,7% (33 casos) restante fue agredido por un desconocido.

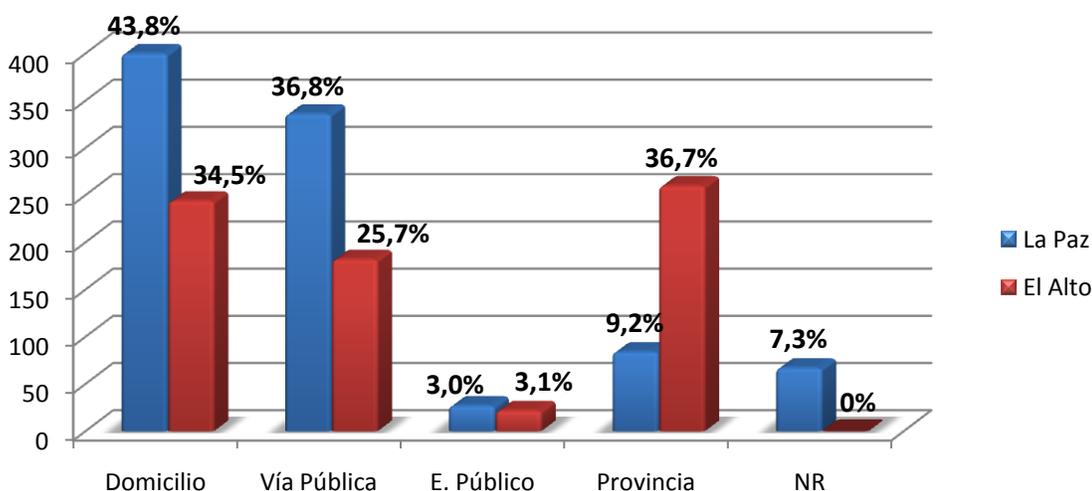
G. Casos de maltrato al adulto mayor según lugar de agresión, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y segundo semestre de 2014

Tabla 13. Casos de Maltrato al adulto mayor según lugar de agresión, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| LUGAR | LA PAZ | | EL ALTO | | TOTAL | |
|--------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % |
| Domicilio | 400 | 43,8% | 244 | 34,5% | 644 | 39,7% |
| Vía Pública | 336 | 36,8% | 182 | 25,7% | 518 | 31,9% |
| E. Público | 27 | 3,0% | 22 | 3,1% | 49 | 3,0% |
| Provincia | 84 | 9,2% | 260 | 36,7% | 344 | 21,2% |
| NR | 67 | 7,3 | 0 | 0,0% | 67 | 4,1% |
| TOTAL | | | | | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

Gráfico 8. Casos de Maltrato al adulto mayor según lugar de agresión, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014



Fuente: Elaboración Propia, Datos IDIF La Paz, El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014.

- En la ciudad de La Paz el lugar de agresión más frecuente fue el domicilio de la propia víctima con un 43,8% (400 casos), seguido de la vía pública con un 36,8% (336 casos). El 9,2% (84 casos) de los adultos mayores en este estudio, viven y fueron agredidos en una localidad de provincia del departamento de La Paz. El 3% (27 casos) de los adultos mayores, fue agredido en un espacio público. En el 7,3% (67 casos) de los casos, esta variable no fue registrada. En la ciudad de El Alto, el sitio de agresión más frecuente fue una localidad de provincia con un 36,7% (260 casos), seguido del domicilio de la propia víctima en un 34,5% (244 casos). El 25,7% (182 casos) fue agredido en vía pública. El 3% (22 casos) fue agredido en un espacio público.

H. Casos de maltrato al adulto mayor según tipo de lesiones, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

Tabla 14. Casos de Maltrato al adulto según tipo de lesiones, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| LESIONES | LA PAZ | | EL ALTO | | TOTAL | |
|--|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % |
| Contusiones simples | 719 | 78,7% | 627 | 88,6% | 1346 | 83,0% |
| Contusiones complejas | 27 | 3,0% | 18 | 2,5% | 45 | 2,8% |
| Lesiones por arma blanca | 25 | 2,7% | 6 | 0,8% | 31 | 1,9% |
| Lesiones por agentes físicos y/o químicos | 1 | 0,1% | 0 | 0% | 1 | 0,1% |
| Lesiones compatibles con agresión sexual | 5 | 0,5% | 7 | 1,0% | 12 | 0,7% |
| Lesiones por arma de fuego | 2 | 0,2% | 0 | 0% | 2 | 0,1% |
| Sin lesiones | 135 | 14,8% | 50 | 7,1% | 185 | 11,4% |
| TOTAL | | | | | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

- En la ciudad de La Paz el tipo de lesión más frecuente fue las contusiones simples con el 78,7% (719 casos). Las contusiones complejas y lesiones por arma blanca obtuvieron 3% (27 casos) y 2,7% (25 casos) respectivamente, el resto de las lesiones contempladas en este estudio obtuvieron porcentajes inferiores al 1%. En un 14,8% (135 casos) no se evidenció lesión alguna. En la ciudad de El Alto el tipo de lesiones más frecuentes fueron las contusiones simples con el 82,6% (627 casos). Las contusiones complejas y las lesiones por arma blanca representan el 2,5% (18 casos) y el 0,8% (6 casos) respectivamente. El resto de las lesiones tienen porcentajes inferiores al 1%. En un 7,1% (50 casos) no se evidenciaron lesiones.

I. Casos de maltrato al adulto mayor según días de incapacidad médico legal, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

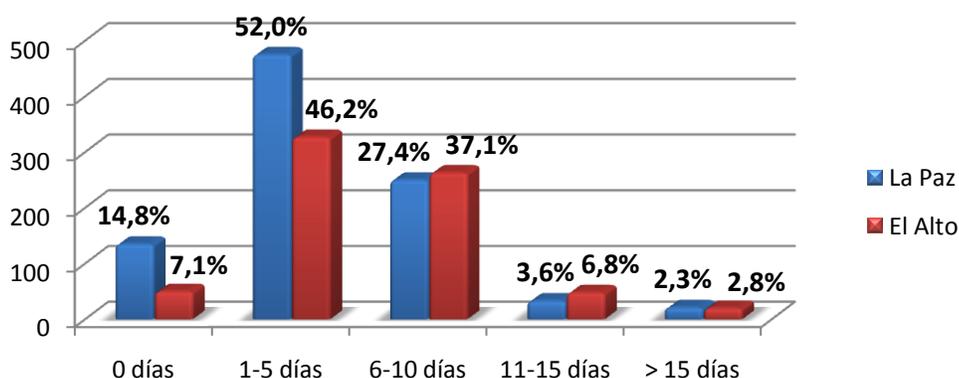
Tabla 15. Frecuencia de Días de incapacidad por grupos, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| D INCAPACIDAD | LA PAZ | | EL ALTO | | TOTAL | |
|---------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % |
| 0 días | 135 | 14,8% | 50 | 7,1% | 185 | 11,4% |
| 1-5 días | 475 | 52,0% | 327 | 46,2% | 802 | 49,4% |
| 6-10 días | 250 | 27,4% | 263 | 37,1% | 513 | 31,6% |
| 11-15 días | 33 | 3,6% | 48 | 6,8% | 81 | 5,0% |
| > 15 días | 21 | 2,3% | 20 | 2,8% | 41 | 2,5% |
| TOTAL | | | | | 1622 | 100% |

(M= 5,04; SD=5,8)

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 9. Frecuencia de Días de incapacidad por grupos, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014



Fuente: Elaboración Propia

- El promedio de los días de incapacidad fue de 5.68 ± 5.8 días. En la ciudad de La Paz se otorgó con mayor frecuencia de 1 a 5 días de incapacidad en un 52% (475 casos), seguido de 6 a 10 días con un 27,4% (250 casos). El 14,8% (135 casos) de los adultos mayores en esta ciudad obtuvo 0 días de incapacidad, el 3,6% (33 casos) obtuvo entre 11 a 15 días y el 2,3% (21 casos) obtuvo mayor a 15 días de incapacidad. En la ciudad de El Alto se otorgó mayormente de 1 a 5 días de incapacidad en un 46,2% (327 casos), seguido de 6 a 10 días de incapacidad con un 37,1% (263 casos). El 7,1% (50 casos) obtuvo 0 días de incapacidad, el 6,8% (48 casos) obtuvo entre 11 a 15 días y el 2,8% (20 casos) de los casos en esta ciudad obtuvo mayor a 15 días.

- J. Casos de maltrato al adulto mayor según valoraciones auxiliares requeridas para el dictamen de lesiones y días de incapacidad, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

Tabla 16. Casos de maltrato al adulto mayor por tipo de valoración auxiliar, ciudades de La Paz y El Alto, segundo semestre de 2013 y primer semestre de 2014

| Valoraciones | LA PAZ | | EL ALTO | | TOTAL | |
|---|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % | FRECUENCIA | % |
| E. Gabinete | 183 | 20,0% | 46 | 6,5% | 229 | 14,1% |
| Traumatología | 149 | 16,3% | 18 | 2,5% | 167 | 10,3% |
| Otorrino laringología | 24 | 2,6% | 11 | 1,6% | 35 | 2,2% |
| Oftalmología | 30 | 3,3% | 12 | 1,7% | 42 | 2,6% |
| Odontología y/o cirugía maxilofacial | 16 | 1,8% | 11 | 1,6% | 27 | 1,7% |
| Cirugía plástica | 3 | 0,3% | 0 | 0,0% | 3 | 0,2% |
| Psicología | 75 | 8,2% | 22 | 3,1% | 97 | 6,0% |
| Otras | 43 | 4,7% | 6 | 0,8% | 49 | 3,0% |
| Múltiples | 21 | 2,3% | 10 | 1,4% | 31 | 1,9% |
| Ninguna | 370 | 40,5% | 572 | 80,8% | 942 | 58,1% |
| TOTAL | | | | | 1622 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

- En la ciudad de La Paz, el 40,5% (370 casos) de los casos, no precisaron valoraciones auxiliares. El 20% (183 casos) de las valoraciones a adultos mayores maltratados, precisó exámenes de gabinete para dilucidar el caso. La especialidad de Traumatología fue la siguiente en ser requerida en un 16,3% (149 casos). El 8,2% (75 casos) requirió de la valoración psicológica. El 4,7% (43 casos) de los casos requirió

de la valoración por otras especialidades, el 3,3% (30 casos) precisó la valoración oftalmológica, el 2,6% (24 casos) por otorrinolaringología. El 2,3% (21 casos) requirió la valoración por más de 2 especialidades, el 1,8% (16 casos) requirió la valoración por odontología y/o cirugía maxilofacial y tan sólo el 0,3% (3 casos) requirió la valoración por cirugía plástica. En la ciudad de El Alto, el 80,8% (572 casos) de los casos, no precisaron valoraciones auxiliares. El 6,5% de las valoraciones a adultos mayores maltratados, precisó exámenes de gabinete para dilucidar el caso. La especialidad de psicología fue la siguiente en ser requerida en un 3,1% (22 casos). El 2,5% (18 casos) requirió de la valoración traumatológica. El 1,7% (12 casos) de los casos requirió de la valoración por oftalmología, Tanto otorrinolaringología como odontología y/o cirugía maxilofacial fueron requeridas en un 1,6% (11 casos) cada una. el 1,4% (10 casos) requirió la valoración por más de 2 especialidades, el 0,8% (6 casos) requirió la valoración por otras especialidades.

K. Propuesta de protocolo de atención médico Forense al adulto mayor maltratado

Se realizó un protocolo de atención médico forense para casos de violencia al adulto mayor. El mismo está basado en la revisión bibliográfica realizada en este trabajo y los datos estadísticos obtenidos que ayudaron a dirigir de una mejor manera, los lineamientos para una atención de calidad a este grupo etáreo. El mismo consta de 8 acápite:

- Introducción
- Objetivo general
- Objetivos específicos
- Justificación
- Marco Conceptual
- Marco Legal
- Antecedentes
- Atención Médico Forense en caso de Violencia al adulto mayor

El mismo se encuentra en la sección **ANEXOS** del presente trabajo.

X. DISCUSIÓN

- La mayor parte de casos de maltrato al adulto mayor, fueron atendidos por el Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de La Paz. Este dato no necesariamente refleja que existan más casos de maltrato al adulto mayor en la ciudad de La Paz, debido a que muchos adultos mayores no denuncian los casos de violencia a los que son sujetos o si lo realizan, no dan prosecución al mismo, ya sea por limitación física y de recursos para llevar a cabo todo el trámite de la denuncia, o bien porque prefieren callar en vista de que el agresor es alguien del entorno familiar cercano, entre otras razones variadas. Otro factor que influencia significativamente a este resultado es la accesibilidad a los centros de evaluación médico forense en cada ciudad. . En la ciudad de La Paz el Instituto de Investigaciones Forenses se encuentra ubicado en la zona central, zona de muy sencilla ubicación y de conocimiento de la mayoría de la ciudadanía, hecho que facilita a cualquier persona a que se aproxime a estas instalaciones y de esta manera solicitar la valoración pertinente. En cambio, en la ciudad de El Alto, el IDIF, en el periodo evaluado por este estudio, se encontraba distante del centro, siendo de localización complicada para aquellos que no viven en las zonas aledañas y desconocida por una gran mayoría de la misma población, situación que determina, que cualquier persona vea grandes obstáculos en recurrir a estas instalaciones para realizar su denuncia, y más aún los adultos mayores, que de por sí tienen más limitaciones físicas, económicas, etc., para trasladarse de un lugar a otro. No se cuenta en la actualidad con estudios anteriores relacionados a este aspecto específico, que nos permitan profundizar la discusión.
- El promedio de edad de los adultos mayores sometidos a maltrato y que fueron atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses de Julio de 2013 a Junio de 2014 fue de 67 ± 6.6 años. Dentro de los estudios revisados que obtuvieron un rango etéreo similar al del presente estudio se encuentran: Martina M., Nolberto V., Miljanovich M. (LIMA 2010), con un promedio de 69.02 ± 7.74 años, Maíz M, Solano M. (SEVILLA 2012) con una media de 74 años, Docampo L, Barreto R, Santana (CAMAGUEY 2009) con una distribución de edades entre los 60 a 69 años, rango de edad en el que coinciden Rodríguez E, Olivera A, Garrido G (LA HABANA 2002). El rango de edad obtenido en este estudio hace referencia a personas adultas mayores que tienen una notable disminución en sus capacidades físicas, cognitivas y sociales que deben ser tomados en cuenta al momento de valorar a esta población.

- A nivel general podemos decir que el sexo masculino fue el sexo más frecuente de consulta de adultos mayores maltratados de Junio de 2013 a Junio de 2014, en el Instituto de Investigaciones Forenses, con un 51.4% de los casos. Contrariamente, Martina M., Nolberto V., Miljanovich M. (LIMA 2010), encontraron que 87.29% de los adultos mayores agredidos pertenecían al sexo femenino. Docampo L, Barreto R, Santana (CAMAGUEY 2009), reportaron que la mayor parte de los casos, un 60%, corresponden igualmente al sexo femenino. Todos estos datos difieren con el patrón encontrado en este estudio, con una predominancia del sexo femenino. La literatura que hace referencia a esta tendencia de distribución de los casos de maltrato, refiere que la vulnerabilidad de la condición de senectud se potencializa al asociarse con la vulnerabilidad que representa el sexo femenino, más aún en sociedades como la nuestra donde la figura del machismo y discriminación aún están latentes. Un solo estudio de los revisados, replica el resultado obtenido en el presente estudio, con un mayor porcentaje de casos de maltrato para el sexo masculino. Gaioli C, Oliveira L., Rodrigues R, Aparecida (RIBERAO PRIETO 2008) describe un mayor porcentaje de casos reportado para el sexo masculino, 58.6%, dentro de sus hallazgos. Este resultado no significa necesariamente que el sexo masculino sea el género más agredido. Existen factores que podrían intervenir en esta distribución, como aquellos asociados a la vulnerabilidad característica de la mujer anciana, por factores sociales como el machismo y discriminación, o porque la anciana tiende a no denunciar las situaciones de violencia por protección de sus agresores al ser estos, parte de su entorno familiar más cercano, entre varias otras posibles explicaciones.
- En referencia al estado civil más frecuente en los casos atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses de Julio de 2013 a Junio de 2014 fue el de Casado, con un 61.2%. Sánchez C. (PUERTO RICO 2007), encontró que el estado civil más frecuente, fue el viudo con 31.3%, seguido del 18.3% que representa a las víctimas casadas. El 14.6% corresponde a los solteros, 3.7% a los divorciados. Según la literatura revisada, entre los casos de violencia al adulto mayor, las personas que son solteras, viudas o divorciadas tienen mayor predisposición a ser víctimas de violencia. En el presente estudio se evidenció que el estado civil predominante fue el de Casado con un amplio porcentaje. Esto podría hallar explicación en que las situaciones de violencia se producen, en la mayoría de los casos, dentro del ambiente familiar, donde el mismo cónyuge se constituye como autor del maltrato.

- De manera contundente, el tipo de maltrato más frecuente en este estudio en ambas ciudades, fue el de tipo físico con el 99.5% en la ciudad de La Paz y el 99% en la ciudad de El Alto. Martina M., Nolberto V., Miljanovich M. (LIMA 2010), encontraron que la violencia psicológica fue la más frecuente con un 77.12% y en un segundo lugar se encuentra la violencia física sumada a la psicológica con un 16.10%. Sepulveda G. Arias P. Cuervo M. (USAQUEN 2009), encontraron que el maltrato más frecuente hacia el adulto mayor es el maltrato psicológico representado en un 35,17%, seguido por el maltrato físico y psicológico con un 20,69% casos en los cuales se presenta simultáneamente y el maltrato físico se presenta en un 19,31%. Villavicencio C. (SANTIAGO 2005) obtuvo que el maltrato más evidenciado lo fue el psicológico con el 75,6% de afectación. La totalidad de los estudios revisados reporta la predominancia del maltrato psicológico, seguidos del maltrato físico en su mayoría. No se consideraron otros tipos de maltrato adicionales al físico o sexual en este estudio, pues su valoración no corresponde a la pericia del médico forense, razón por la cual su valoración no está documentada en el certificado de valoración médica legal, que fue la fuente de datos de este trabajo. Sin embargo, tal como indica la literatura, no hay maltrato físico sin maltrato psicológico, por lo que, de manera implícita, este trabajo evalúa también este tipo de maltrato.
- En nuestro estudio, el agresor más frecuente en la ciudad de La Paz fue un conocido de la víctima sin relación de vínculo familiar en un 38.6%. Mientras que en la ciudad de El Alto, en 42,7% de los casos, el agresor más frecuente fue un familiar. Maíz M, Solano M. (SEVILLA 2012), reportó que los principales agresores son componentes del entorno familiar cercano, siendo un hijo el principal agresor a nivel clínica, con un 55,7% y en la Unidad contra la Violencia predominó el marido como principal agresor con un 45,7%. Martina M., Nolberto V., Miljanovich M. (LIMA 2010) mencionan entre sus resultados que El hijo(a) es el principal agresor con un 52.54%, mientras la pareja lo es en un 24.58%. Gaioli C, Oliveira L., Rodrigues R, Aparecida (RIBERAO PRIETO 2008) mencionan entre sus resultados que los principales agresores fueron familiares como hijos, nietos, yernos y nueras con un 47,1%. Sánchez C. (PUERTO RICO 2007), refiere en sus resultados que el principal agresor en el 14.2% de los casos fue un hijo(a). Como se puede ver, todos estos trabajos apuntan a los familiares como los principales agresores en casos de maltrato al adulto mayor.

- Respecto al lugar de comisión de la agresión, para la ciudad de La Paz, el sitio más frecuente fue el domicilio de la víctima con un 43.8%, seguido de la vía pública con un 36,8% de los casos, mientras que en la ciudad de El Alto, la mayoría de los ancianos vive y fue agredido en una localidad de provincia en un 36.7%, seguido de el propio domicilio de la víctima con un 34.5%. Martina M., Nolberto V., Miljanovich M. (LIMA 2010), encontraron que, al igual que lo que sucede en la ciudad de La Paz, el lugar más frecuente de cometida la agresión al adulto mayor es el domicilio de la víctima, con el 98,31%. Debido a que la mayor parte de los casos de violencia se producen en el entorno familiar, es lógico ver que los resultados del lugar más frecuente de producida la agresión, sea el domicilio del adulto mayor. Un dato que llama la atención es el predominio de adultos mayores reportados en el IDIF de la ciudad de El Alto, que viven y fueron agredidos en localidades de provincia.
- Las lesiones más frecuentes son las contusiones simples, tanto en la ciudad de La Paz como en la de El Alto con un 78,7% y 82,6% respectivamente. Las contusiones simples incluyen equimosis, contusiones profundas, derrames de serosidad, derrames cavitarios, erosiones y heridas contusas. Gaioli C, Oliveira L., Rodrigues R, (RIBERAO PRIETO 2008), mencionan entre sus resultados que los tipos de lesiones sufridas más frecuentes fueron traumatismos superficiales no especificados de hombro y brazo en un 33,5%. El resto de las lesiones consideradas en este estudio, representaron casos aislados con un bajo valor porcentual.
- El promedio de los días de incapacidad es de 5 ± 5.8 días, hecho que explica la distribución de los días de incapacidad en el grupo comprendido entre 1 a 5 días de incapacidad. Este resultado está en directa relación con el tipo de lesiones más frecuentes encontradas, las contusiones simples según lo hallado en este estudio, lo cual concuerda con los protocolos y manuales nacionales e internacionales que sugieren este parámetro de días para tales lesiones. No fueron hallados estudios similares al actual que tomen como variable a los días de incapacidad médico legal, ni su división por grupos.

- La mayoría de los profesionales forenses que realizaron la valoración de adultos mayores maltratados, no precisaron exámenes adicionales para complementar el examen médico forense realizado, hecho que se repite en ambas ciudades con un 40,5% en la ciudad de La Paz y 80,8% en la ciudad de El Alto. Los exámenes de gabinete como radiografía, tomografía, resonancia magnética, se constituyeron en los exámenes más requeridos como medio auxiliar para el dictamen de lesiones por el profesional médico forense en los casos de maltrato al adulto mayor, en ambas ciudades, en la ciudad de La Paz con un 20% y en la ciudad de El Alto con un 6,5%. Respecto a la especialidad de mayor recurrencia, en la ciudad de La Paz fue Traumatología, con un 16.3%, se presume por la sospecha de fracturas y otras complicaciones sobre todo a nivel óseo, que cobra mayor connotación en personas adultas mayores. Mientras que en la ciudad de El Alto la valoración por psicología fue la más requerida de las valoraciones por especialidad, con un 3,1%. No existen otros estudios que consideren esta variable como motivo de estudio. Llama la atención los pocos casos de referencia de los casos de maltrato al adulto mayor a otras especialidades. Esto puede deberse a que las lesiones son lo suficientemente evidentes y no son necesarias otras valoraciones y/o exámenes que avalen el examen médico forense, o bien que el paciente haya acudido a la consulta con todos los informes médicos y exámenes, que sustenten la gravedad y repercusiones de las lesiones que presenta y por las que quiere ser valorado. Destaca la brecha enorme entre ambas ciudades, posiblemente esta se deba a lo limitado que es el acceso a exámenes complementarios y valoraciones por especialistas que cuenten con el aval de la institución. A diferencia de la ciudad de La Paz, La ciudad de El Alto no cuenta con un técnico radiólogo que trabaje en la institución para referir los casos que precisen estos exámenes, un hecho que explicaría de cierta manera este resultado.

XI. CONCLUSIONES

- El Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de La Paz cuenta con la mayor frecuencia de atención de casos de maltrato al adulto mayor, resultado que se ve influenciado por factores como la accesibilidad geográfica del IDIF de la ciudad de La Paz y la difusión de la información del procedimiento de atención en esta ciudad.
- El promedio de edad de los adultos mayores en este estudio fue de 67 ± 6.6 años coincidiendo con el rango de edad obtenido por otros estudios. El género más frecuente fue el masculino, a diferencia de la mayor parte de otros estudios que señalan al género femenino como el más frecuente. El estado civil predominante fue el casado, en contraposición a lo que señala la literatura revisada que señala que estados como el soltero, viudo o divorciado son los más frecuentemente agredidos.
- El tipo de maltrato predominante en los casos de maltrato al adulto mayor atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses de las ciudades de La Paz y El Alto durante el segundo semestre del 2013 y primer semestre de 2014 fue el físico.
- El principal agresor en este estudio lo constituyó un conocido de la víctima sin vínculo familiar en la ciudad de La Paz, mientras que la ciudad de El Alto el agresor más frecuente fue un familiar, coincidiendo con lo referido por la literatura. En cuanto a lugar de agresión más frecuente, en la ciudad de La Paz el domicilio de la víctima fue la locación predominante mientras que la ciudad de El Alto atendió mayor cantidad de adultos mayores que viven y fueron agredidos en una localidad de provincia.
- El tipo de lesiones más frecuente en ambas ciudades en estudio fueron las contusiones simples. El promedio de los días de incapacidad es de 5 ± 5.8 días. El grupo más frecuente de distribución es entre los 1 a 5 días. En la mayor parte de los casos, el profesional médico forense no vio por necesaria la solicitud de exámenes complementarios o valoración por especialidad. En los casos que si precisaron estas valoraciones adicionales, los estudios de gabinete fueron los más frecuentemente solicitados, Traumatología fue la especialidad cuya valoración fue más precisada en la ciudad de La Paz mientras que psicología fue la más solicitada en la ciudad de El Alto.

- De esta manera, se cumple el objetivo general del presente estudio, determinado que los principales factores asociados a maltrato al adulto mayor, de acuerdo a nuestro medio geográfico y realidad nacional, son:
 - Mayor frecuencia de casos atendidos en la ciudad de La Paz, debido a la accesibilidad geográfica además de la propagación de la información y el derecho a la misma que son mejor difundidos en esta ciudad.
 - El perfil del adulto mayor maltratado constituido por un varón de 67 años de edad, casado.
 - La identificación del agresor dentro del entorno familiar
 - La agresión física como tipo de agresión más frecuente
 - El hogar de la víctima como el lugar de agresión más frecuente
 - Las connotaciones médico legales de la atención de estos casos en los que las lesiones más frecuentes fueron las contusiones simples, a las cuales se otorgaron un promedio de 5 días de incapacidad y no se requirieron valoraciones complementarias a la valoración médico forense.

XII. RECOMENDACIONES

- Para futuras investigaciones sobre el tema de maltrato al adulto mayor se recomienda trabajar con fuentes primarias de obtención de datos como encuestas, cuestionarios, además de realizar un estudio de cohorte para determinar el riesgo de ocurrencia de casos de maltrato al adulto mayor en el transcurso de un período de tiempo en función de la presencia o ausencia de los factores de riesgo descritos en la literatura con mira a dilucidar si ésta se asocia con un aumento o disminución del riesgo.
- Para el Instituto de investigaciones Forenses en relación a la atención de casos de maltrato al adulto mayor se recomienda brindar un trato preferencial al adulto mayor evitando que el anciano espere mucho tiempo para su atención, además de Formar a los peritos en medicina forense en temas de gerontología forense y la legislación vigente para la protección del adulto mayor, para que su atención sea aún más enfocada a este grupo, siendo además importante capacitar a todo el personal en el aprendizaje de idiomas nativos evitando intermediarios entre el adulto mayor maltratado que hable un idioma distinto al castellano y el examinador.
- Para las autoridades municipales y departamentales en coordinación con instancias estatales, se recomienda la formación de centros de atención al adulto mayor maltratado, los cuales cuenten con equipos interdisciplinarios donde se designe a un profesional perito en medicina forense para trabajar conjuntamente con peritos en otras áreas como la de trabajo social, psicología, medicina asistencial, derecho y otras afines, de manera que el adulto mayor asista a un solo lugar y reciba todas las atenciones que amerite el caso, sin necesidad de moverse a otros recintos, evitando además la revictimación además de realizar labores persistentes de información al adulto mayor en campañas, spots televisivos, radiales y otros medios de difusión masiva sobre sus derechos y las formas como debe actuar en caso de que estos sean vulnerados.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hombres, Envejecimiento y salud. Informe de la Unidad de envejecimiento y el Curso de la vida. [Boletín en línea]. 2001; 1(1):7-57<
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.rtf>.> [Consultado: 08 agosto 2014].
2. International Monetary Foundation. World economic outlook: The global demographic transition. International Monetary Fund. 2004; 137–80.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Rev Geriatr Geront, 2002; 37: 332-333.
4. Erbol. Unidad de Protección al Adulto Mayor atendió 2.700 casos en 2013. [Biblioteca virtual en línea]. La Paz: Radio noticias Erbol, 2014.25 Marzo:Secc Género. <http://www.erbol.com.bo/noticia/genero/25032014/unidad_de_proteccion_al_adulto_mayor_atendio_2700_casos_en_2013> [Consulta 1 agost 2014]
5. Ibid
6. Organización Mundial de la Salud. Hombres, Envejecimiento y salud. Informe de la Unidad de envejecimiento y el Curso de la vida. Op.cit.,p 55
7. Pillemer, K. y Finkelhor, D. The Prevalence of Elder Abuse: a Random Sample Survey, Rev The Gerontologist, 1988;28(1): 51-57
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Rev Geriatr Geront, 2002; 37: 332-333.
9. International Monetary Foundation. Op.cit., p 140
10. Rueda J. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. 1 ed. Madrid: IMSERSO, 2005.
11. Rodríguez E, Olivera A, Garrido G. Maltrato a los ancianos: Estudio en el Consejo Popular de Belén, Rev Cubana Enfermería. 2002; 18(3):144-153. ISSN 0864-0319.

-
- 12.** Schwarzer H, Da Silva de Paiva L, Ferreira R. Cobertura previdenciária: evolução 1999–2002 e aperfeiçoamento metodológico. *Inf Previdência Social Brasília*. 2004;16: 17-23
- 13.** Roqué, M. La percepción sobre la discriminación, el abuso y maltrato por parte de los adultos mayores. Buenos Aires: Editorial Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, 2010.
- 14.** Villavicencio C. Seminario al adulto mayor en Chile: Realidad y desafíos. Santiago de Chile. Santiago: Ministerio de salud de Chile. 2005.
- 15.** Giraldo M, Montes de Oca V. Encuesta Sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, México DF:EMPAM-,2006
- 16.** Ministerio de la Juventud, la Mujer y la Familia del Gobierno de Panamá. Diagnóstico de la situación de las personas adultas mayores 2003 en Panamá [seriada en línea] Gov Panamá 2003; 1(1): [5 pantallas]. <<http://www.gabsoc.gob.pa>>. [Consulta: 1 Ago 2014].
- 17.** Bolpress.com/agencias. Miles de casos de ancianos maltratados [artículo de periódico en línea]. Diario La Razón. 2013 21 de jun; Secc Gaceta Jurídica. <http://www.la-razon.com/index.php?url=/suplementos/la_gaceta_juridica/Miles-casos-ancianos-maltratados_0_1855014591.html>[consulta: 31 jul 014]
- 18.** Cantoral F. Casos de maltrato al adulto mayor se duplican por año en La Paz [Artículo de periódico en línea]. Diario Aquí 2014 27 de jul; Secc Nuestra Tierra. <<http://www.semanarioaqui.com/index.php/nuestra-tierra/3127-casos-de-maltrato-al-adulto-mayor-se-duplican-por-ano-en-la-paz>> [Consulta: 1° agost 2014]
- 19.** Erbol. Op.cit.,
- 20.** Maíz M, Solano M. Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011[artículo en línea]. *Cuad. med. forense* 2012; 18(3-4): 119-

126.<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062012000300005&Ing=es)

76062012000300005&Ing=es> [Consulta: 24 jul 2014]

21. Martina M, NolbertoV, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia contra el adulto mayor: Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Rev. peru. epidemiol. 2010; 14 (3) 7-17.

22. Docampo L, Barreto R, Santana C. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor [artículo en línea]. Arch Méd de Camagüey. 2009;(13(6) 110-113 <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116129010>>. [Consulta 24 oct 2014]

23. Sepulveda G. Arias P. Cuervo M. Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la comisaría primaria de familia en la localidad de Usaquén en el año 2007 [artículo en línea]. Rev. Col. Enf. 2009; IV(4) 20-27 <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=69887&id_seccion=4200&id_ejemplar=6980&id_revista=245 > [Consulta: 24 Jul 2014]

24. Gaioli C, Oliveira L., Rodrigues R, Aparecida P. Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio [artículo en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2008; 16(3): 465-470. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300021&Ing=en> [Consulta:24 Jul 2014]

25. Sanchez C. Características del abuso y maltrato de personas ancianas en Puerto Rico [artículo en línea]. PuertRicHealthScieJournal 2007;13(1). <<http://www.biomedsearch.com/article/Caracteristicas-del-abuso-y-maltrato/172012344.html>> [Consulta: 4 Jul 2014]

26. Bastos A. Mejorando La Calidad De Servicios Para El Adulto Mayor: Una Aproximación Constructivista [trabajo para optar por la maestría en Ingeniería Industrial] Santiago: Facultad De Ciencias Físicas Y Matemáticas, 2009.

<http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cf-bastos_a/pdfAmont/cf-bastos_a.pdf>

[Consulta: 8 ago 2014].

27. Landinez N, Contreras K, Castro Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia.

Rev Cubana Salud Pública 2012; 3(8):562-580. <

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425049008>>. [Consulta: 28 ago 2014].

28. Organización Mundial de la Salud. Hombres, Envejecimiento y salud. Op.cit., p 57

29. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: Un marco político.

Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS [Publicación en línea].

2002;1(1):3-55

30. United Nations. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs

of the United Nations Population and Development Review. [Libro electrónico] New York:

Population Council; 1998:15-20. <<http://www.jstor.org/stable/2808044>>.[Consulta: 8 ago

2014]

31. López M, Miranda A, Hernández L. Valimiento del adulto mayor en dos consultorios

del Policlínico Docente «Hermanos Cruz»[artículo en línea]. Rev Cubana Med Gen Integr

.2010;26(2).<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125201000020

0004&lng=es> [Consulta: 30 Abr 2014]

32. Organización Mundial de la Salud. Hombres, Envejecimiento y salud. Informe de la

Unidad de envejecimiento y el Curso de la vida. op cit.,p 77

33. Ley 369/2013 Ley General de las Personas Adultas Mayores (Boletín Oficial del

Estado 01-05-2013)

34. United Nations. op.cit., p 25

35. Barraza A, Castillo M. El Envejecimiento [artículo en línea] Rev chilena salud públic.

2006;1(1).<http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf>. [Consulta: 28 ago 2014].

-
- 36.** Rocha L. La vejez en movimiento: Un enfoque integral. Buenos Aires: Editorial Dunken 2013
- 37.** Rodriguez L. Teorías del Envejecimiento. En Conceptos generales para auxiliares geriátricos. España: Editorial MAD; 2006: 37- 53.
- 38.** Mishara B, Riedel R. El envejecimiento físico. En: El proceso de envejecimiento. Madrid: Editorial Morata; 2000: 40 – 45.
- 39.** Feeman W. Vejez: Desarrollo Biosocial. En: Psicología del Desarrollo. 7ma Ed. Madrid: Editorial Panamericana:193- 201
- 40.** Medveded Z. An attempt at rational clasification of theories of aging. Biol Rev. 1990; 65:175-98
- 41 .** Strehler BL. Ageing: Concepts and Theories- En: Lectures on gerontology. 1ra Ed. New York. Editorial SBL; 1982: 1-7
- 42.** Gómez J. Valoración Integral de la Salud del Anciano, Tizan: Editorial Manizales. 2002.
- 43.** Asociación Americana de Psiquiatría. Diagnóstico y manual de desordenes mentales (DSM-IV-TR). 4 ed. Washington, D. C: Editorial APA; 2000.
- 44.** Rockwood K, Middleton L. Physical activity and the maintenance of cognitive Function. Alzheimer's Dementia. Rev Psich 2007; 3:38-44.
- 45.** Melendez J. Percepción de relaciones sociales en la tercera Edad. Rev Geriatrika, Valencia: 1999; 15(1): 18-22
- 46.** Santa Biblia. Reina Valera 1960. Sociedades Biblicas en América Latina. Corea del Sur: Holman Bible Publisher; 2000. Genesis 1-5
- 47.** Fiallo A, Hernández M. Algunas consideraciones históricas y sociales de la tercera edad. En: Temas Trabajo Social. Santiago: Editorial SBL, 1984: 69-73.

-
48. Freeman E. Aging, it's history and literature. Washington DC: Editorial Human Sci Press 1979:161-163.
49. Prieto Ramos O, Vega García E. Envejecimiento y sociedad. En: Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996:11-19.
50. Naciones Unidas, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Informe Naciones Unidas; 2002;1(1)
51. Chesnais J. El Proceso de envejecimiento de la población. Santiago: Editorial CELADE-CEPAL 1990;1(1)
52. Sánchez D. Geografía del envejecimiento y sus implicaciones en Gerontología. En: Contribuciones geográficas a la Gerontología Ambiental y el envejecimiento de la población. Madrid: Editorial Lambert Academic; 2001; 264
53. Help Age. Levantamiento de información sustantiva sobre los derechos de las personas adultas mayores en Bolivia [Libro disponible en línea]. La Paz: Editorial Defensoría del Pueblo; 2011: 17-40.< www.helpagela.org/download/4e5d3f6984d35> [Consulta: 14 Ago 2014].
54. MECOVI. Bolivia: Características Socioeconómicas de la población adulto mayor [libro disponible en línea]. 1 Ed .La Paz: Editorial UNFPA; 2004. <<http://bolivia.unfpa.org/biblioteca/nvej16.pdf>> [Consulta: 14 ago 2014]
55. Instituto Nacional de Estadística (INE). Bolivia: Características de Población y vivienda, Censo Nacional de Población y vivienda 2012. La Paz: INE; 2012. <<http://www.ine.gob.bo:8081/censo2012/PDF/resultadosCPV2012.pdf> >[Consulta: 17 ago 2014]
56. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México [Libro disponible en línea]. La Paz: Editorial OISS; 2008<

http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf
> [Consulta: 20 ago 2014]

57. World Health Organization. Violence: a public health priority. Ginebra: OMS; 1996.

58. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen [Libro disponible en línea]. Washington: OPS; 2002. <
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf>
[Consulta: 11 jul 2014]

59. Garbarino J. Crouter A. Delfing the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. Rev Child Develop. 1978; 49(1):604-616

60. Bronfenbrenner V. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, Editorial Harvard University Press, 1979

61. Garbarino J. Adolescent development: an ecological perspective. Columbus, Editorial OH, Charles E. Merrill, 1985.

62. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C: OPS/OMS. 2002;19-20

63. Iborra I. Manthorpe, J., Pillemer, K., Phillips, L., Rubio, R., Kingston, P., O'Loughlin, A., Kosberg, J., Bazo, M. T. y Sáez, N. Violencia contra personas mayores. Barcelona: Editorial Ariel, S. A; 2005: 30-35

64. Ibid., p 40

65. Kalache, A. Conferencia Global sobre Envejecimiento. Presentado en la 4ta conferencia de la OMS en Montreal: OMS, Canadá; 1999.

66. Iborra I. Op.cit., p 40

67. Acrich R. Violencia Familiar y Vejez. [Tesis Doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Belgrano; 2008.

-
- 68.** Yaffe M, Taztarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. 2012 Dec;58(12):1336-40
- 69.** Bond M, Butler K, Elder Abuse and neglect: Definitions, Epidemiology and approaches to emergency Department Screening. *Clin Geriatr Med* 29 (2013): p 257-273
- 70.** Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual [Editorial] Gov Nac Chile, 2004;1(1)
- 71.** Pereira L. Manuel., Definición conceptual y tipologías del maltrato al Adulto, Mayor, Director Nacional del, Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2005.
- 72.** Ibid
- 73.** Ibid
- 74.** Ibid
- 75.** Ibid
- 76.** Ibid
- 77.** Ibid
- 78.** Cooney, C. y Mortimer, A. Elder abuse and dementia: A pilot study, *International Journal of Social Psychiatry*, 1995;4(4): 276-283
- 79.** Pillemer, K. y Finkelhor, D. Op.cit., p 52
- 80.** Lachs M. Berkman L. Fulmer T. Horwitz A. Prospective Community-Based Pilot Study of Risk Factors for the Investigation of Elder Mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*- 1994; 42(2): 169-173.
- 81 .** Compton S. Flanagan P. Gregg, W. Elder Abuse in People with Dementia in Northern Ireland: Prevalence and Predictors in Cases Referred to a Psychiatry of Old Age Service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997;12(6): 632-635.

-
- 82.** Bonnie R. Wallace R. Risk Factors for Elder Mistreatment, En: Bonnie, R. & Wallace, R. (eds.), Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America, Washington, D.C: The National Academies Press, 2003: 88-103.
- 83.** Muñoz J. Personas mayores y malos tratos, Madrid: Ediciones Pirámide, 2004.
- 84.** Wolf, R., Strugnell C. Godkin, M. Preliminary Findings from Three Model Projects on Elderly Abuse, Massachusetts: University of Massachusetts, 1982
- 85.** Anetzberger G. The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring, Springfield: Charles Thomas, 1987.
- 86.** González, J., Flórez F, González A, García D. Salgado, A. Malos tratos al anciano. En: Sánchez, T. Maltrato de género, infantil y de ancianos, Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 2005: 105-119.
- 87.** Pillemer, Op. cit., p 57
- 88.** Ibid
- 89.** Ibid
- 90.** Ibid
- 91.** Ibid
- 92.** Ibid
- 93.** Consejo de salubridad General. Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. México DF: CENETEC, 2013
- 94.** Pan American Health. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [Libro electrónico]. PAH; 2003. < <http://books.google.com.bo/books?id=t5GbdJM4hz0C>> [Consulta: 10 ago 014]
- 95.** Adam A. Verdú F. Valoración Médico Legal Del Maltrato Físico Sobre El Anciano En El Contexto Intrafamiliar. Gac. int. cienc. Forense. 2014; 2174 (11): 69-74
- 96.** Ibid

97. Ibid

98. Ibid

99. Ibid

100. Ibid.,p 70

101. Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Primera Parte Bases fundamentales del estado, derechos, deberes y garantías. Título II Derechos Fundamentalismos, Derechos fundamentales y Garantías, Capítulo V Derechos sociales y económicos, Sección VII Derechos De Las Personas Adultas Mayores. Art. 67 al 68. La Paz, Bolivia: Gaceta Oficial de Bolivia;2009(Feb. 7, 2009)

102. Ibid

103. Ley 369/2013 op.cit.,

104. Ibid

105. Bolivia: Decreto Supremo N° 1807, 28 de noviembre de 2013. Gaceta Oficial de Bolivia (2013-12-09).

106. Ibid

107. Pillemer. Op.cit.,

108. Bolpres.com/agencias. Op.cit.,

109. Ley 369/2013. op.cit.,

110. Fiscalía General de la República. Instituto de Investigaciones Forenses. USAID: 2005;1(1)

ANEXOS

39M



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POSTGRADO

La Paz, septiembre 26 de 2014
U.P.G. CITE N° 1132/2014

Señor
Dr. Andrés Flores Aguilar
DIRECTOR NACIONAL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES
Presente.-



RECIBIDO

29 septiembre 2014 Hrs 09:00

De mi mayor consideración:

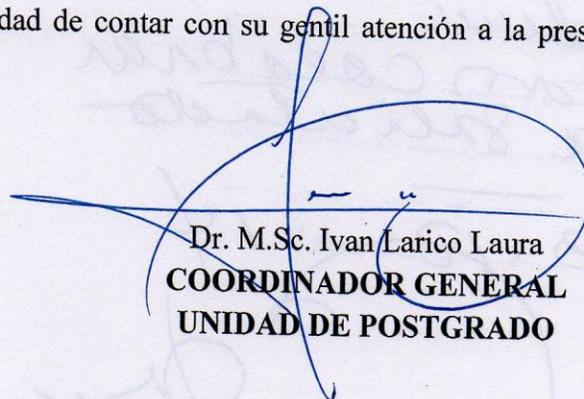
A tiempo de saludarlo, me permito informarle que los cursantes de la Maestría en Medicina Forense - Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., vienen desarrollando Tesis de Investigación, como el caso de:

Dra. Patricia Alvarez Maceda

En ese sentido, solicito a su autoridad, pueda colaborar con la investigación, para la obtención de información necesaria que permita viabilizar y ejecutar el trabajo titulado:

“Identificación de factores asociados a maltrato al adulto mayor en la ciudades de La Paz y El Alto, junio 2013-2014”.

Con la seguridad de contar con su gentil atención a la presente, saludo a usted muy atentamente.


Dr. M.Sc. Ivan Larico Laura
COORDINADOR GENERAL
UNIDAD DE POSTGRADO



c.c.: Arch.
ILL/Lucy

2015

Protocolo de Atención Médico Forense para Casos de Violencia al Adulto Mayor

Propuesta de Dra. Patricia Alvarez Maceda

La Paz- Bolivia

Protocolo de Atención Médico Forense para Casos de Violencia al Adulto Mayor

Contenido

| | |
|---|-----|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| OBJETIVOS..... | 2 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 2 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 2 |
| JUSTIFICACION | 3 |
| MARCO CONCEPTUAL..... | 4 |
| MARCO LEGAL..... | 5 |
| ANTECEDENTES..... | 8 |
| ATENCIÓN MÉDICO FORENSE EN CASO DE VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR..... | 9 |
| Características del examinador | 9 |
| Características del lugar de atención | 9 |
| Desarrollo de la atención | 9 |
| REGISTRO | 9 |
| EXAMEN MÉDICO FORENSE | 10 |
| DIAGRAMA DE FLUJO..... | 13 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 134 |

INTRODUCCION

El maltrato o violencia al adulto mayor es un problema social que data de la antigüedad, sin embargo, se empezó a profundizar sobre el tema hace pocos años debido a que este tópico pasaba inadvertido, considerando, además, que muchas de las víctimas no reportaban el caso de maltrato por miedo a las represalias, o por incapacidad de reconocer ciertos tratos como propios de violencia.

En el futuro cercano, la población de adultos mayores se incrementará y el problema del maltrato crecerá a la par si no se genera una cultura que lo detecte y atienda.

La violencia al adulto mayor es un tema global, presente tanto en países en vías de desarrollo como desarrollados y por lo general existe una infra notificación.

Pero, evidentemente estamos ante un tema de especial relevancia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 4% al 6% de los adultos mayores son víctimas de malos tratos. Eso significa que de los 600 millones de adultos mayores que hay en el globo, 36 millones son agredidos. Según cinco encuestas realizadas en el último decenio en cinco países desarrollados existe una tasa de maltrato de 4% a 6% en la población de ancianos, coincidiendo con los datos de la OMS.

Según datos de la Defensoría del Pueblo, durante la gestión 2013 se registró a nivel nacional 3. 243 casos que vulneraron derechos de las personas adultas mayores, de las cuales, 1.391 se cometieron por su condición de tales, siendo el segundo grupo con más denuncias después de las mujeres, evidenciándose un incremento de casi el 30 por ciento en relación a las denuncias del 2012.

Bolivia, se caracteriza por ser un país con múltiples leyes que protegen a la población de adultos mayores, las cuales se han ido instaurando en los últimos años y fueron y están siendo evaluadas y modificadas para cubrir todas las necesidades de este grupo poblacional. Sin embargo, la aplicabilidad de todas y cada una de estas leyes se está realizando de una manera deficiente, siendo incluso, muchas de estas leyes totalmente vulneradas, esto a raíz del desconocimiento tanto de las víctimas como del resto de la sociedad, de los derechos que el estado les otorga y de las maneras como pueden exigir el respeto de los mismos.

El maltrato en este grupo etéreo merecería ser tratado en el mismo nivel de importancia como son tratados temas de violencia a otros grupos poblacionales, inclusive debiendo ser tratado de manera particular, puesto que esta población tiene características, necesidades y exigencias muy propias y exclusivas. Estudios profundos sobre el maltrato a personas de la tercera edad y sus alcances son escasos en nuestro país, por lo que son sumamente necesarios datos que reflejen la magnitud del problema.

La ausencia de protocolos que normen la atención de casos de maltrato al adulto mayor, que respondan a la exigencia de las nuevas leyes y normas emergentes y, que sobretodo, permitan dar una atención médico forense de calidad, respetuosa y de alta pericia, motivaron a la propuesta del presente protocolo, fruto de una vasta revisión bibliográfica y de un estudio cuyos resultados darán las pautas para una atención eficiente y eficaz.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer pautas para la correcta atención médico forense de casos de violencia contra la población adulta mayor, haciendo de esta rápida y eficiente, coadyuvando en la investigación penal y de otras instancias que requieran la pericia forense.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el conjunto de procedimientos que deben realizar los médicos forenses en el desarrollo de su pericia en la investigación de violencia contra adultos mayores
2. Aportar instrumentos que puedan ser utilizados por los médicos forenses para su peritaje en casos de violencia al adulto mayor
3. Constituirse en una guía para el abordaje forense de casos de violencia al adulto mayor

JUSTIFICACION

La ley N°369 LEY GENERAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Garantiza los derechos fundamentales de esta población En los principios descritos en su artículo 3, parágrafo 2, hace referencia que esta ley tiene como parte sus objetivos, prevenir todo tipo de violencia al adulto mayor. A través de esta ley, se modificó el Código Penal en lo referente a los artículos 270 (lesiones gravísimas), 271 (lesiones graves y leves), 273 (lesión seguida de muerte) y 274 (lesiones culposas). Esto significa que la labor del médico forense requiere del despliegue cuidadoso de sus conocimientos en pos de describir cada lesión encontrada y otorgar una incapacidad médico legal correcta. Además en su artículo 7, referente al trato preferente en el acceso a servicios, hace mención a que toda institución pública y/o privada debe otorgar al adulto mayor un trato con eficiencia en tiempos de atención, con capacidad de respuesta institucional, contando con un personal capacitado, atendiendo de manera personalizada, con un trato cálido, en el idioma materno, erradicando todo tipo de maltrato.

Por tal motivo es necesario determinar lineamientos que se adapten tanto administrativamente como en la unificación de criterios de evaluación para dar a este grupo poblacional una atención eficaz y eficiente.

MARCO CONCEPTUAL

ADULTO MAYOR. Persona mayor a 60 años de edad.

VIOLENCIA. Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

MALTRATO AL ADULTO MAYOR. Acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión

MALTRATO FÍSICO. Toda acción donde se utiliza la fuerza física provocando daño o lesiones físicas, dolor o discapacidad física en la persona mayor.

MALTRATO PSICOLÓGICO. Acción de infligir angustia, dolor o estrés mediante palabras o actos.

ABUSO SEXUAL. Contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual

ABANDONO AL ADULTO MAYOR. Acto de desamparo injustificado hacia el adulto mayor, con el que se tiene responsabilidad que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud

NEGLIGENCIA. Acción u omisión del incumplimiento voluntario de las funciones propias del cuidador para proveer al adulto mayor.

MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Artículo 67 I. *Además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana.*

Artículo 68 I. *El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades. II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores*

Artículo 225. I. El Ministerio público defenderá la legalidad y los intereses generales de la Sociedad, y ejercerá la acción penal pública. El Ministerio Público tiene autonomía funcional, administrativa y financiera.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

Artículo 75. El Instituto de Investigaciones Forenses es un órgano dependiente, administrativa y financieramente de la Fiscalía General de la República. Estará encargado de realizar, con autonomía funcional, todos los estudios científico-técnicos requeridos para la investigación de los delitos o la comprobación de otros hechos mediante orden Judicial

Artículo 206. El fiscal ordenará la realización de exámenes médico forenses del imputado, cuando estos sean necesarios para la investigación del hecho denunciado, los que se llevarán a cabo preservando la salud y el pudor del examinado.

LEY 369: LEY GENERAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 3 (PRINCIPIOS) 2. No Violencia. Busca prevenir y erradicar toda conducta que cause lesión interna o externa, o cualquier otro tipo de maltrato que afecte la integridad física, psicológica, sexual y moral de las personas adultas mayores.

Artículo 7. (TRATO PREFERENTE EN EL ACCESO A SERVICIOS) Las instituciones públicas y privadas brindarán trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Uso eficiente de los tiempos de atención.

2. Capacidad de respuesta institucional
3. Capacitación y sensibilización del personal.
4. Atención personalizada y especializada
5. Trato con calidad y calidez
6. Erradicación de toda forma de maltrato.
7. Uso del idioma materno

Artículo 18 (MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL) Se modifican los Artículos 270, 271, 273 y 274 del Código Penal, con la inclusión de la persona adulta mayor en caso de agravantes, quedando redactados los referidos Artículos de la siguiente forma:

Artículo 270. (LESIONES GRAVÍSIMAS). Se sancionará con privación de libertad de cinco (5) a doce (12) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona, una lesión de la cual resulte alguna de las siguientes consecuencias:

1. Enfermedad o discapacidad psíquica, intelectual, física sensorial o múltiple.
2. Daño psicológico o psiquiátrico permanente.
3. Debilitación permanente de la salud o la pérdida total o parcial de un sentido, de un miembro, de un órgano o de una función
4. Incapacidad permanente para el trabajo o que sobrepase de noventa (90) días.
5. Marca indeleble o deformación permanente en cualquier parte del cuerpo.
6. Peligro inminente de perder la vida.

Cuando la víctima sea niña, niño, adolescente o persona adulta mayor la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo

Artículo 271. (LESIONES GRAVES Y LEVES). Se sancionará con privación de libertad de tres (3) a seis (6) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona un daño físico o psicológico, no comprendido en los casos del Artículo anterior, del cual derive incapacidad para el trabajo de quince (15) hasta noventa (90) días. Si la incapacidad fuere hasta de catorce (14) días, se impondrá al autor sanción de trabajos

comunitarios de uno (1) a tres (3) años y cumplimiento de instrucciones que la jueza o juez determine. Cuando la víctima sea una niña, niño, adolescente o persona adulta mayor la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo.

Artículo 273. (LESIÓN SEGUIDA DE MUERTE). El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor, pero que pudo haber sido prevista, será sancionado con privación de libertad de tres (3) a ocho (8) años. Si se tratare de los casos previstos en el Artículo 254, párrafo primero, la sanción será disminuida en un tercio. La sanción privativa de libertad será agravada en dos tercios, si la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor.

Artículo 274. (LESIONES CULPOSAS). El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta (240) días o prestación de trabajo hasta un (1) año. Si la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor se aplicará una pena privativa de libertad de dos (2) a cuatro (4) años.

ANTECEDENTES

Alvarez P., en su trabajo Identificación de factores asociados a maltrato al adulto mayor en los casos reportados en el instituto de investigaciones forenses en las ciudades de la paz y el alto, 2° semestre 2013 y 1° semestre 2014 identificó los factores asociados a maltrato al adulto mayor en los casos reportados en el Instituto de Investigaciones Forenses en las ciudades de La Paz y El Alto durante el segundo semestre de 2013 y el primer semestre de 2014.

El estudio citado fue de tipo retrospectivo y descriptivo, donde se revisaron 1622 registros médico forenses de personas mayores de 60 años que acudieron al Instituto de Investigaciones Forenses de las ciudades de La Paz y El Alto desde Julio de 2013 a Junio de 2014 para ser valorados alegando maltrato.

Entre sus resultados más notables se puede citar que, la ciudad de La Paz atendió el 56.4% de los casos y la ciudad de El Alto el 43.6%. El promedio de edad fue de 67 ± 6.6 años, que coincide con el parámetro de edad de otros estudios revisados. El 51.4% de los casos, perteneció al sexo masculino, resultado que difiere con la mayoría de los estudios revisados, ya que en ellos el sexo femenino es el predominante. El estado civil más frecuente fue el de casado, con un 61.2%, contrastando con otros estudios ya que la literatura revisada señala que el maltrato al adulto mayor es más frecuente en personas solteras, viudas o separadas. El tipo de maltrato más frecuente fue el físico con un 99.3%, otros estudios tienen como maltrato más frecuente al psicológico y en segundo lugar al físico, el presente estudio no incluyó otros tipos de maltrato ya que la fuente de los datos no contempla estos dato. El agresor más frecuente fue un componente del entorno familiar con el 39.2%, coincidiendo con la totalidad de los estudios revisados. Respecto al lugar donde se suscitó la agresión, el 39.7%, fueron agredidos en su domicilio. Las lesiones más frecuentes fueron las contusiones simples con un 83%, El promedio de los días de incapacidad fue de 5 ± 5.8 días. La valoración más solicitada fue la de exámenes de gabinete con un 14,1% y la especialidad cuya valoración fue más solicitada fue la de Traumatología con el 10.3%.

ATENCIÓN MÉDICO FORENSE EN CASO DE VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR

Características del examinador

- Cuenta con elevada sensibilidad humana
- Escucha atentamente y no emite juicio de valores
- Otorga confianza y un trato cordial
- Informa a la víctima de todo el procedimiento
- Contextualiza la información de acuerdo a la edad, las características de la víctima y su idioma
- Está capacitado en atención al adulto mayor, actualizado en las leyes inherentes a esta población

Características del lugar de atención

- Se hará uso de un lugar adecuado, bien iluminado y ventilado
- Provee un ambiente de confianza y privacidad
- Es amplio, permite la movilización de la víctima así como del profesional médico forense
- Está dotado de instrumentos que faciliten la evaluación médico forense

Desarrollo de la atención

REGISTRO

El adulto mayor que desee ser valorado, debe registrarse en la base de datos. Según la ley 369, se debe evitar las filas y espera prolongada, dando a los adultos mayores una atención preferencial. Por lo que se sugiere una pronta atención a estas personas. Posteriormente será asignado a un consultorio. De ser necesario debería habilitarse un consultorio encargado de la atención exclusiva a la población adulta mayor, donde atienda un profesional capacitado en la atención a esta población y donde todos los recursos estén destinados a una atención personalizada, eficaz y eficiente. Será necesaria la presentación de documentos de

identidad y el requerimiento fiscal u orden fiscal. De no contar con estos últimos, se sugiere que el fiscal de turno en la institución, al comprobar que el individuo es mayor de edad, sin diferenciar género u otras características, otorgue el requerimiento para otorgar una atención más rápida, evitando el traslado innecesaria del adulto mayor de una institución a otra.

EXAMEN MÉDICO FORENSE

1. La víctima puede ingresar sola o acompañada en caso de que necesite alguien que le ayude en su movilización o comunicación.
2. La valoración se inicia con la presentación de requerimiento fiscal u orden judicial bien redactado y de existir puntos de pericia, estos sean claros y concisos.
3. Con todos los requisitos presentados de manera adecuada, es necesario recabar el consentimiento informado de la persona a examinar o de su representante legal, se recomienda que tras la explicación detallada del procedimiento médico legal, el examinado o su representante consten su conformidad o negación con una firma adjunta al documento médico legal
4. La entrevista será sostenida en un marco de respeto, utilizando un tono de voz que se ajuste a la capacidad auditiva de la víctima. Si el adulto mayor tiene una lengua distinta al castellano, el mismo examinador debe dirigir la entrevista en el lenguaje de la víctima, o en su defecto, contar con un miembro del plantel forense que actúe como traductor. Se debe recabar los datos estrictamente imprescindibles para evitar la revictimación. Los datos que se recabarán son:
 - Fecha y hora de la agresión
 - Lugar del hecho
 - Número de agresores
 - Si el agresor era o no conocido. De serlo cual es su relación de nexos

5. Si se encontraba bajo influjo de sustancias embriagantes
6. Posteriormente, se procederá al examen físico, es necesario valorar al anciano en integridad, pues pueden existir lesiones ocultas o que la víctima no menciona y que pueden ser sugerentes de maltrato. Este procedimiento debe ser llevado con mucho respeto al pudor de la persona.
7. Se debe buscar correlacionar el relato de los hechos con las lesiones, además de buscar otros signos sugerentes de maltrato
8. Todas las lesiones deben ser descritas con sumo detalle, describiendo las lesiones en orden céfalo caudal, por regiones.
9. De existir sospechas de agresión sexual, se deben seguir los protocolos correspondientes.
10. Las fotografías de las lesiones deben ser tomadas bajo el consentimiento de la víctima y ser remitidas a las autoridades correspondientes bajo requerimiento.
11. De tomarse muestras biológicas, estas deben ser embaladas y rotuladas de manera correcta y entregadas a la Unidad de Recepción y custodia de evidencias respetando la cadena de custodia.
12. De solicitarse exámenes o valoraciones complementarias, estos deben retornar al evaluador con su respectivo informe y/o certificado médico correctamente emitido.
13. De ser necesario al evaluación cognoscitiva de la víctima utilizar escalas como herramientas
14. Los días de incapacidad deben ser otorgados de acuerdo a los parámetros de incapacidad médico legal establecidos

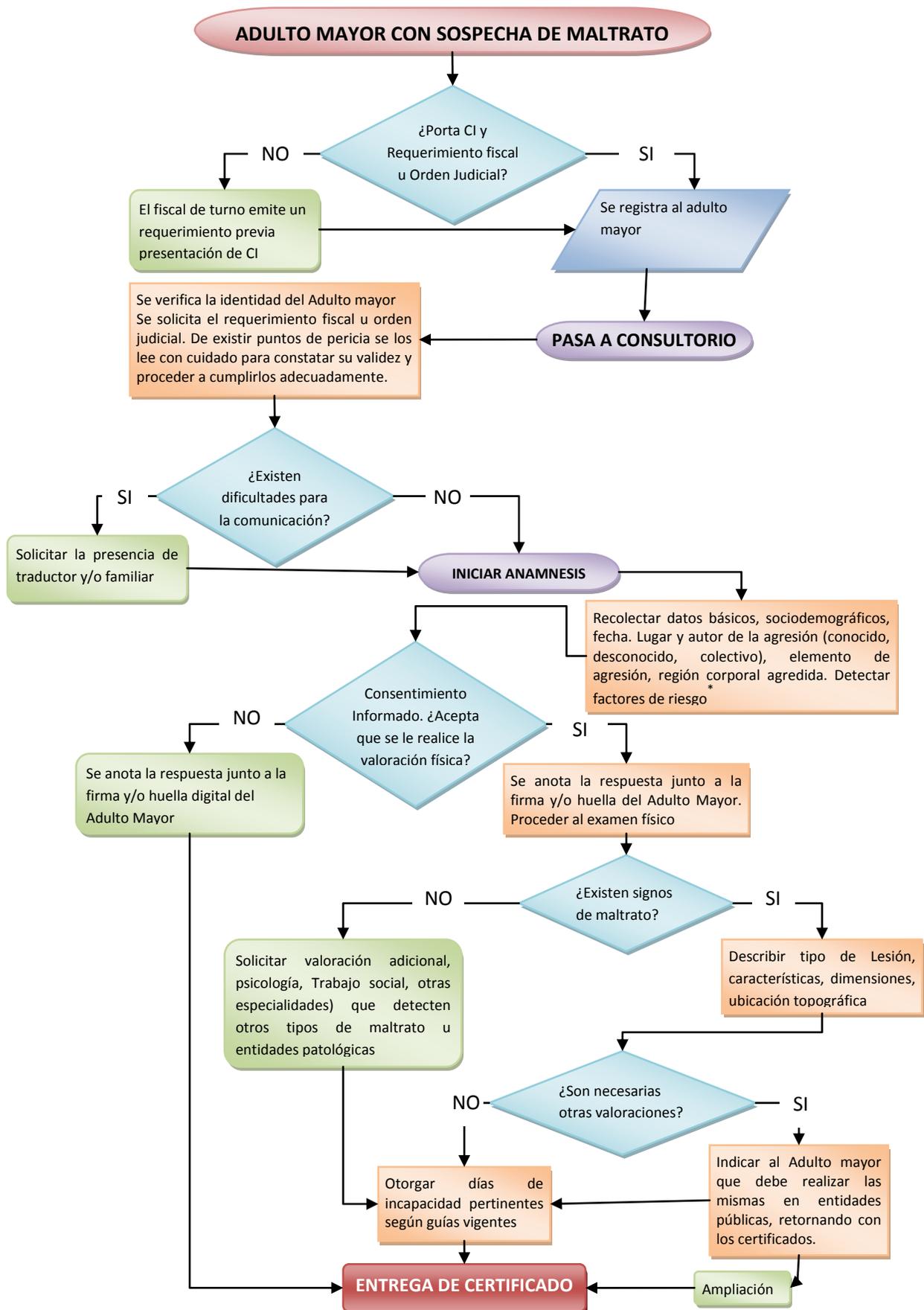
- 15.** Registrar la valoración correctamente redactada, en el certificado médico forense y entregarlo a la brevedad

- 16.** La revisión concluye con la información de los hallazgos a la víctima y/o acompañantes, de las interconsultas necesarias

- 17.** Incentivar la prosecución del trámite de denuncia de maltrato

- 18.** Se emiten 3 copias del certificado, una para la víctima, otra para el archivo de la institución y otro para la constancia del médico forense. Esta última puede ser conservada por el evaluador en formato electrónico.

DIAGRAMA DE FLUJO



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Adam A. Verdú F. Valoración Médico Legal Del Maltrato Físico Sobre El Anciano En El Contexto Intrafamiliar. Gac. int. cienc. Forense. 2014; 2174 (11): 9019-74

Alvarez P. Identificación de factores asociados a maltrato al adulto mayor en los casos reportados en el instituto de investigaciones forenses en las ciudades de La paz y El Alto, 2° semestre 2013 y 1° semestre 2014.[Tesis Magister]La Paz: Unidad de Posgrado Facultad de medicina. Universidad Mayor de San Andrés. 2014.

Cantoral F. Casos de maltrato al adulto mayor se duplican por año en La Paz. Diario Aquí. 27 de julio 2014; Nuestra Tierra. Versión electrónica disponible en: <http://www.semanarioaqui.com/index.php/nuestra-tierra/3127-casos-de-maltrato-al-adulto-mayor-se-duplican-por-ano-en-la-paz>

Consejo de salubridad General. Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. México DF: CENETEC; 2013

Ley 369/2013 Ley General de las Personas Adultas Mayores (Boletín Oficial del Estado 01-05-2013)

Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Primera Parte Bases fundamentales del estado, derechos, deberes y garantías. Título II Derechos Fundamentalismos, Derechos fundamentales y Garantías, Capítulo V Derechos sociales y económicos, Sección VII Derechos De Las Personas Adultas Mayores. Art. 67 al 68. La Paz, Bolivia: Gaceta Oficial de Bolivia; 2009(Feb. 7, 2009)

Organización Mundial de la Salud. Hombres, Envejecimiento y Salud. Informe de la Unidad de envejecimiento y el Curso de la vida. Ginebra: OMS; 2001. URL disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.rtf>. [Consultado: 08 agosto 2014].

Pan American Health. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [Libro electrónico]. PAH; 2003. [Consultado: 10 agosto de 2014]. Sitio URL disponible en: <http://books.google.com.bo/books?id=t5GbdJM4hz0C>

Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988): "The Prevalence of Elder Abuse: a Random Sample Survey", The Gerontologist, 28(1): 51-57

Unidad de Protección al Adulto Mayor atendió 2.700 casos en 2013. Erbol. Martes, 25 Marzo, 2014; Género. Versión electrónica disponible en: http://www.erbol.com.bo/noticia/genero/25032014/unidad_de_proteccion_al_adulto_mayor_atendio_2700_casos_en_2013