

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Facultad de Ciencias Médicas

José Assef Yara



**Intervención comunitaria para prevenir la violencia contra el
adulto mayor en una población de Ciego de Ávila.**

Autora: Dra. Neglis García Valdivia.

Tutora: Dra.MsC. Ana Isis Ocaña Leal.

Asesora: Dra.MsC. Yohanka Hernández Díaz.

Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Psiquiatría

2014

RESUMEN



RESUMEN

La violencia contra el adulto mayor, constituye un problema de salud a nivel mundial, el maltrato ocasionado por familiares en muchas ocasiones se produce por desconocimiento. La presente investigación se propone educar a los familiares para prevenir acciones de fuerza contra los gerontes. Se realizó una intervención que permitió la realización de un estudio experimental y prospectivo con un enfoque cuali-cuantitativo que culminó con una intervención educativa para modificar los conocimientos sobre el maltrato contra el adulto mayor en una población del consultorio 35, del policlínico norte de ciego de Ávila, en un período de 2 años. El universo estuvo constituido por 30 personas en edades comprendidas entre 20 a 59 años que viven con los gerontes, según muestreo simple aleatorio. Entre las variables de interés se investigaron el sexo, la edad, la escolaridad. Se aplicó una encuesta al inicio y al final de realizar una intervención educativa con la modalidad de escuela y se utilizaron técnicas participativas en las 10 sesiones de trabajo diseñadas al efecto. La información obtenida se procesó por el programa de análisis estadístico SPSS 15.0 y los resultados finales se agruparon en cuadros donde se plasmaron los resultados alcanzados. Para el análisis se utilizó el por ciento como medida de resumen. Los grupos etarios más frecuentes fueron los de 30 a 39 años y de 40 a 49 años. Las mujeres estuvieron más representadas, con niveles educacionales de secundaria y preuniversitario mayormente. En los temas tratados el nivel de conocimiento era inadecuado antes de la intervención y de forma significativa se convirtió adecuado una vez aplicada esta.

PENSAMIENTO



*La vejez debe ser una manera digna
de llegar al palacio de la sabiduría,
por el camino de la experiencia.*

William Blake

AGRADECIMIENTOS



Agradecimientos

Agradezco a los Doctores León Mármol Soñora y Ana Isis Ocaña Leal por sus enseñanzas y ayuda en la confección de este trabajo.

Al Dr. Yohannis Cajigal Pelegrin, por sus indicaciones metodológicas y su ayuda incondicional en la elaboración de esta investigación.

A las familias que fueron objeto de estudio, por su cooperación durante la investigación y también a los miembros de las organizaciones de masas: CDR,

A todos Muchas Gracias

La Autora

DEDICATORIA



Dedicatoria

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que de una forma u otra me han ayudado para la realización de este trabajo.

A mi familia que me ha apoyado y ha confiado en mí, en especial a mi esposo por el infinito amor que me profesa a cada instante.

A mi tío Hilario quien fue la fuente de inspiración para el estudio de este tema.

A la Revolución, por haberme permitido realizar mis sueños.

ÍNDICE

ÍNDICE



- RESUMEN.
- INTRODUCCIÓN.....1
- OBJETIVO8
- ESTADO DEL ARTE.....9
- DISEÑO METODOLOGICO.....34
- ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....45
- CONCLUSIONES.....57
- RECOMENDACIONES.....58
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....59
- ANEXOS.

INTRODUCCIÓN

A pesar del gran adelanto alcanzado durante el siglo XX, resulta paradójico observar cómo la sociedad aún sigue involucrada en acciones de fuerza, enmarcadas en un término ampliamente difundido: violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: Uso intencional de la fuerza o poder físico; de hecho o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privación (1).

De acuerdo a lo anterior se puede observar como este flagelo mundial es un índice de debilitamiento de lo humano y fortalecimiento de lo animal en el ser social. Según científicos como R. Cuellar (1).

La violencia es una conducta humana que daña los derechos de bienestar e integridad de algunas personas en las diferentes comunidades, se extiende en un círculo que tiende a incrementarse debido a diversos factores y riesgos o vulnerabilidades. No constituye una enfermedad, por tanto no es tributaria solamente de la ayuda médica sino que es una situación social que involucra muchos factores que deben ser atendidos por diferentes disciplinas, entre ellas tenemos educadores, periodistas, medios de comunicación social (2).

La violencia está relacionada con el consumo del alcohol y otras sustancias psicotropas, la agresión intradoméstica es común y sus resultados son destructores desde el punto de vista físico, por las secuelas que deja (traumas, heridas) y también por los efectos psicológicos negativos que marcan a aquellas personas que presencian estos actos dentro del hogar (2).

La violencia o el maltrato es un acto que paradójicamente ocurre en el hogar con frecuencia, en el cual las víctimas son los propios convivientes, los más vulnerables niños y adultos mayores y dentro de ellos los pertenecientes al grupo de mayores de 80 años por las características tanto físicas como mentales que presentan los mismos (3).

En este sentido, se define la violencia intrafamiliar como: violencia que se produce sobre todo entre familiares y que por lo general sucede en el hogar. Este concepto engloba una nueva dimensión, puesto que para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas y evitar lugares peligrosos. Para otros, en cambio, no hay escapatoria, porque la amenaza de la vida está detrás de esas puertas, oculta de los ojos de otros (1,4).

La violencia se ha convertido en parte de la experiencia humana, más de 1.6 millones pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales por violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. Es una de las principales causas de muerte y un problema de gran magnitud que preocupa a la sociedad.

En los Estados Unidos de América (EUA) la violencia comunitaria y familiar ha adquirido características epidémicas, y las intervenciones para erradicar los comportamientos violentos no han sido bien establecidos. En los EUA 4-6% de la población mayor es maltratada (5).

Desde principios de la década de los años 80 las autoridades de salud han invertido recursos en programas contra la violencia, según la crítica situación que genera: 11-25 % de la población mundial sufre lesiones discapacitantes y 2 % son discapacitados por lesiones ocasionadas por accidentes o violencia; así pues, la violencia es la peor amenaza a la paz y la seguridad social y además elimina la posibilidad de alcanzar la salud mental (1).

El imperio de la violencia, con sus diferentes manifestaciones, producto de una profunda crisis integral, política, social, y económica, trata duramente a amplios sectores sociales, particularmente a los excluidos, entre los que se encuentran los adultos mayores. Referirse al maltrato del geronte en su hogar es difícil, puesto que implica dos conceptos de importante valor social: hogar y familia (1).

El maltrato al adulto mayor se remonta a las últimas décadas del siglo XXI, se comenzó a considerar como un problema social, a finales de las mismas. Así mismo, en esta época, se comienza a tomar conciencia de esta realidad, pues se observa que los familiares y cuidadores de estos adultos, intentan ocultar los malos tratos (6). Cada vez está más extendida la convicción de que el maltrato a las personas mayores por sus parientes u otros cuidadores es un problema social grave.

Si se tiene en cuenta que se prevé que entre 1995 y 2025 la población mayor de 60 años se duplique y pase de 542 millones a 1 200 millones aproximadamente, entonces el problema cobra dimensiones mayores. En todo el mundo un millón de personas cumplen 60 años en un mes cualquiera, de éste el 80% pertenece a los países subdesarrollados (7).

El deterioro propio de la edad avanzada puede promover en algunas familias el maltrato al adulto mayor, debido a falsos criterios con relación a estas personas, el estigma de la mayoría de edad puede provocar sufrimiento en el geronte, con dificultades en su manera de vivir (8).

En distintos países del mundo se estudian las características de la población senescente y las medidas principales para lograr una longevidad satisfactoria, los científicos han expuesto teorías para explicar las causas de la prolongación de la vida, dentro de las más destacadas se encuentran los postulados que se refieren a la herencia, también se plantea la alimentación sana, con suficientes aportes de vegetales y otros anti-oxidantes , así como una vida tranquila, sin estrés, el empleo del optimismo y el buen humor, considerados fuentes de bienestar; promover la equidad dentro del hogar es otro de los factores que pueden favorecer el bienestar del adulto mayor con la consiguiente prolongación de la vida (9).

Desde el punto de vista histórico se recoge el dato que en 1958 las autoridades de salud emiten un documento oficial en el cual orientan y recomiendan medidas específicas para la atención del geronte en la comunidad (10).

En Cuba a partir de 1985 se comenzó el programa de atención, prevención y control de la conducta alcohólica, que indirectamente trata la conducta violenta, que afecta fundamentalmente al adulto mayor (11,12). Existe además un programa para la atención a las personas mayores, con una vocación humanística que privilegia la protección de la salud de quienes sobrepasan los sesenta años y enfatiza la estimulación del bienestar del individuo y su familia.

El maltrato al geronte es una conducta destructiva que según su intensidad o frecuencia, puede producir efectos nocivos de diferentes tipos (según el National Aging Resource Center) (4,6).

Otra definición que incluye cuestiones sociológicas más profundas implica: el maltrato del adulto mayor es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida para la persona mayor (13).

La violencia no sólo se presenta en forma de golpes. Puede expresarse como una mirada de reproche hasta la violación y en caso extremos, la muerte. Puede incluir: burlas, insultos y menosprecios, humillaciones en público y en privado, abandono y negligencia en la atención a necesidades básicas, pellizcos, gritos, silencios hirientes, amenazas, lesiones, abusos sexuales y muerte.

En distintos grados y momentos, la mayoría de las familias incurre en alguna situación de violencia. Sin embargo, esta situación se torna en problema cuando de manera cotidiana se recurre a la violencia como la forma habitual para establecer contacto entre los miembros de la familia.

En Cuba 13.9% de la población tiene 60 años o más, con una expectativa de vida de más de 75 años, lo que expresa un elevado número de personas susceptible de maltrato. Según estudios realizados por científicos como R. Cuellar (1).

En Camagüey, científicos revelaron que en 86 familias violentas del policlínico Agramónite, el 19.51% eran adultos mayores (1).

En la provincia de Ciego de Ávila se trabaja en la atención al adulto mayor, debido al aumento de las expectativas de vida y por tanto aumentar el bienestar. En 2000 se inauguraron los centros comunitarios de salud mental que dentro de sus objetivos se encuentran la atención a la población mayor de 60 años. Además la provincia avileña cuenta con la línea confidencial antidrogas y otros espacios en la comunidad tales como la Casa de Orientación a la Mujer y la familia que sirve de ayuda para disminuir la violencia intrafamiliar y ofrece una atención especial a las personas mayores(14).

Justificación del estudio

Se ha podido observar la frecuencia con que se presenta la violencia en la población geronte y el médico de familia no cuenta con un conjunto de actividades con participación comunitaria que conformen una intervención educativa orientada a modificar actitudes contra la violencia al adulto mayor. Tal situación ha sido asumida por la presente investigación como problema científico.

Problema científico:

¿Cómo modificar las actitudes de los familiares para evitar la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor, en un grupo de familias del policlínico Norte de Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

GENERAL

- Aplicar una intervención educativa para prevenir el maltrato contra el adulto mayor, a familiares de gerontes con riesgo de violencia intrafamiliar pertenecientes al Policlínico Norte de Ciego de Ávila.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la muestra según variables socio-demográficas y socio-culturales.
2. Determinar el nivel de conocimientos y actitudes iniciales de los miembros de las familias antes de la intervención educativa.
3. Diseñar una metodología para la atención de familias con adultos mayores en riesgo de ser maltratados.
4. Aplicar y evaluar la intervención diseñada.

ESTADO DEL ARTE

Antecedentes históricos y conceptualización.

La violencia posee un origen plurifactorial y manifestaciones multifacéticas, que se caracterizan fundamentalmente por su condición de construcción social de entidad histórica-cultural. Como situación social fue engendrado por el proceso mismo de evolución del hombre y la sociedad. La actualidad planetaria se distingue por el recrudecimiento de la violencia, debido a la crisis política, social y económica que aflige a la humanidad y más concretamente a los sectores más empobrecidos y vulnerables de los diferentes países; es además una entidad social negativa en crecimiento como consecuencia de los esquemas socio-económicos deshumanizadores de la sociedad capitalista actual (15).

La violencia o abuso se ha convertido en un problema de extraordinaria magnitud que requiere de la máxima preocupación de los gobiernos y la sociedad civil de las diversas naciones; y a tenor con su complejidad reclama respuestas de entidad multidisciplinaria que incluyan los enfoques: psicológico, psiquiátrico, criminológico y sociológico; con vistas a prevenirlo, por lo que se establecen acciones protectoras y reguladoras que mejoren las condiciones de vida social, comunitaria y familiar (15).

Su exacta frecuencia es desconocida, en parte porque no hay una definición del término común para todos, se estima de 2 a 5%, pero probablemente esta cifra esté subestimada aproximadamente en 50%.

Características generales

La situación de la violencia o abuso, se refleja en las tradiciones, peculiaridades y manifestaciones de los pueblos, constituye una de las afectaciones negativas más prolongadas que ha conocido la humanidad; del análisis de sus niveles de expresión en el orden individual y colectivo, de los factores que intervienen en ella y de las consecuencias que provoca, se puede afirmar que la violencia es un problema social complejo (16,17).

Se conoce que este síndrome se caracteriza por: daño físico, emocional o psicológico causado a un adulto mayor en general se produce por acciones deliberadas, pero también por no deseadas la mayoría de los casos se producen en el domicilio y no dentro de las instituciones el geronte que no puede vivir por sí solo, es más vulnerable al maltrato están descritas varias formas: agresiones físicas, abuso emocional o psicológico, abuso sexual, manipulación económica o negligencia en la mayoría de los casos.

Los perpetradores de los abusos suelen ser personas conocidas o personas que están en contacto continuo con el individuo dependiente, también pueden ser personas afines a la familia que se han convertido en cuidadores o los cuidadores profesionales; el abuso por parte de un cuidador puede estar intensificado por una psicopatología previa (una necesidad patológica del perpetrador de controlar a otro ser humano), una violencia transgeneracional, una dependencia; también participan otros factores como el estrés, la ignorancia del buen cuidado, la frustración, la desesperación o la incapacidad de proporcionar cuidados

apropiados afecta a personas de todos los grupos socioeconómicos, las personas afectadas desarrollan con frecuencia sentimientos insuperables de miedo, aislamiento e ira; el estrés de cuidar a una persona se considera el factor desencadenante y no la causa del abuso (17).

El abuso, produce una variedad de enfermedades no observables, ni ostensibles. También se puede asociar a varias condiciones muy comunes en los pacientes geriátricos (P. Ej.: inanición, problemas de dinero, lesiones, aislamiento, deshidratación, insomnio), o con la depresión y otros tipos de manifestaciones psiquiátricas. Además hay enfermedades que se ven frecuentemente en los niños, también puede presentarse en la población geriátrica como las quemaduras, fracturas, equimosis, fobias, negligencia higiénica, polifarmacia, incumplimiento de los tratamientos en un paciente dependiente y por el aislamiento social. Lamentablemente, no siempre es el médico la persona del equipo de salud que está con mayor frecuencia en contacto con este tipo de situaciones, restándole fuerza a una mejor evaluación o control (17).

El maltrato y su clasificación.

Varios términos son utilizados en la literatura para describir situaciones insatisfactorias hacia el buen cuidado de los adultos mayores: pobre calidad de cuidado, maltrato, negligencia, abuso y victimización. Estos términos, son usados a veces en forma similar y algunas veces como situaciones diferentes.

Desde el punto de vista de salud, generalmente se habla de pobre calidad de cuidado que es definida como una mezcla de fallas en las técnicas de cuidado y del arte de cuidar (17).

Las dimensiones técnicas del buen cuidado se relacionan con el uso de instrumentos diagnósticos y terapéuticos correctos. El arte de cuidar se refiere a la atmósfera de cuidado y a la comunicación entre el cuidador y el receptor. La calidad del cuidado puede ser medida por indicadores directos de calidad como equipamiento apropiado, extensión o aumento de personal entrenado. También esta calidad de cuidado puede ser medido con relación a estándares previamente establecidos, como son la limpieza personal, higiene oral, resolución de problemas visuales con el uso de anteojos. Es básico comprender que el buen cuidado, es la realización de todo lo que una persona mayor necesita dentro de su hogar o de una institución (18).

Maltrato físico:

Es el uso de fuerzas físicas no accidentales para coaccionar y es la forma más obvia y fácil de definir pero una de las menos comunes. Se pueden apreciar por la existencia de heridas, golpes y golpes con objetos contundentes. En general se relaciona más con las características del abusador y no tanto del abusado. Se ha correlacionado también con la ingesta excesiva de alcohol, deterioro de la personalidad y escasa comunicación (18).

Maltrato verbal:

Depende en gran medida de las malas relaciones interpersonales previas a la situación mórbida actual. Se asocia con depresión y ansiedad de los cuidadores. Por ejemplo la agresión verbal crónica, los insultos repetidos y las amenazas (18).

Maltrato psicológico:

Se define como la secuela que deja en el maltratado por el daño que provoca en la integridad emocional, es el acto que afecta directamente la psiquis del hombre y su desarrollo emotivo, de lo que se infiere directamente el uso del recurso emocional. Las formas de materializarse esta clasificación que se presenta con mayor frecuencia son: maltrato verbal, acoso, amenaza, reclusión, privación de recursos físicos y personales, silencios, celos patológicos, abandonos y negligencias de diverso tipo (alimentaria, sanitario, económico e higiénico), degradación mental, discriminación, humillación, aislamiento, presiones psíquicas o afectivas, intolerancia.

Maltrato financiero o patrimonial:

Es la forma inapropiada o ilegal de usar el dinero, propiedades y otras; es la más común. A los efectos de la presente clasificación se asume el concepto de patrimonio para referirnos a las propiedades personales que posee la víctima, i.e. bienes adquiridos que se reconocen como pertenencia personal.

También se considera que dentro del patrimonio se encuentran la totalidad de derechos y obligaciones de carácter económico y los bienes a que estos se refieren, pertenecientes a una persona, destinados a satisfacer necesidades o a cumplir determinados fines. Por tanto, la agresión que tratamos se materializa mediante el despojo patrimonial impuesto a la víctima.

Las formas más comunes de expresarse son: el desalojo de las viviendas o habitaciones de los propietarios, la sustracción de las chequeras de jubilación, la usurpación de vehículos, el cambio forzoso de equipos electrodomésticos, sustracción de los beneficios financieros recibidos en concepto de crédito por el adulto mayor.

Abandono:

Es la privación de las necesidades básicas de servicios como alimentos, medicamentos, transferencia al baño, aseo personal y acceso a la salud.

Abuso sexual:

Se concreta mediante la realización de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona, es el uso de la sexualidad agresiva como manifestación peculiar de esta variante de violencia. Las representaciones más utilizadas son: las caricias impuestas, la penetración sexual no deseada de cualquier carácter (oral, vaginal o anal), la pornografía, la prostitución forzada, el acoso sexual, la intimidación en el sexo, las exigencias de prácticas sexuales no apetecidas, las críticas al cuerpo, el hostigamiento sexual y los abusos lascivos.

Clasificación del maltrato según los actos.

- **Actos por omisión:**

- ✓ negligencia pasiva.

- ✓ negligencia activa.

- **Actos por comisión:**

- ✓ Abuso: Físico, Psicológico

- ✓ Violencia de los Derechos y Libertades o por Explotación:

- ✓ Financiero, Personal

Dentro de los actos por omisión las negligencias pasivas ocurren cuando las necesidades del residente son desconocidas por el cuidador o no son dadas con propiedad, algunos v.g son el no atender problemas visuales o auditivos; los cuales van en contra de la falta de cuidado de parte de los cuidadores, de la existencia del problema o falta para suplir planes correctivos como anteojos, dentaduras, audífonos y bastones.

La negligencia activa ocurre cuando el cuidador deliberadamente altera el bienestar del residente por limitaciones o renuncia en la satisfacción de las necesidades básicas, v.g. cuando no se le suministra alimentos suficientes, faltos en la ayuda en la transferencia a la cama desde la silla de ruedas y falla para suministrar ropa o medicación.

El maltrato por comisión es la forma de abuso en las cuales incluyen el abuso físico o el trato con violencia hacia el residente por parte del cuidador y en la forma de violación de derechos y libertades, v.g. reglas restringidas a los residentes en el uso de su propia ropa poseer sus propias pertenencias, estar solo, cerrar su puerta, entrar y salir libremente del hogar de ancianos y acostarse cuando lo desee.

Casos de explotación pueden ser también encontrados en los hogares, v.g. el residente puede ser obligado a trabajar sin remuneración, otro ejemplo es el pago por mejores servicios. Tanto la pobre calidad de cuidado y maltrato apuntan hacia una negligencia o deficiencia en el cuidado del residente e impacta en el bienestar de éstos. Chávez Burga (19).

Estos conceptos difieren, ya que el foco de análisis del concepto de pobre calidad de cuidado es en el sistema integral de cuidado, mientras que el concepto de maltrato afecta y enfoca a una víctima individual.

Los factores que contribuyen a la producción de maltrato, pudieran ser los mismos que participan en los casos de violencia intrafamiliar. No hay una causa única sino que son numerosas, complejas e interactúan entre ellas, muchas veces existe una situación mutuamente abusiva previamente y por largo tiempo. Hay una cierta relación de cómo han sido tratados los abusadores cuando eran niños y como tratan en forma abusiva posteriormente a otros.

En general ocurren distintos tipos de abuso y por diferentes razones, se estima que sólo uno de cada cinco personas es reportada a las autoridades. Los datos de 29 estados del año fiscal 1990 y de 30 estados en el año fiscal de 1991 sugieren que 20% de las personas recibieron abusos físicos, mientras que 45% fueron por negligencia.

En general la víctima es mayor de 70 años, viuda, con una disminución progresiva de sus capacidades físicas o mentales, aislado socialmente, además, puede presentar problemas de comportamiento y ser dependiente del abusador. Obviamente la dependencia por sí sola no es suficiente para explicar el abuso (19).

Poco de los sujetos abusados se quejan, se estima que lo manifiestan uno de cada siete de los abusados físicamente y nueve de veintiuno de los abusados verbalmente. Los datos que se disponen permiten concluir que no existe buena correlación entre los signos externos observados y el abuso físico, no hay asociación entre la cantidad de servicios ofrecidos por la comunidad y los tipos y frecuencia del abuso, no se correlaciona con el estado de demencia del abusado y el uso indebido de alcohol es un factor que contribuye significativamente (19).

El trabajo para la prevención del problema del abuso y maltrato al adulto mayor conlleva la atención, tanto de este como de su familia, que en estas situaciones pueden ser víctimas cualquiera de los componentes de este binomio y, por lo tanto, los dos son sujetos susceptibles de ser demandantes de atención.

En este aspecto es necesario que los miembros de la comunidad observen y se sensibilicen frente a la necesidad de los gerontes, de recibir apoyo y de orientar a las familias de éstos a no abusar de ellos y crearles mejores condiciones para su vejez (20).

Clasificación según los contextos de ocurrencia de la violencia.

En la búsqueda de una superior comprensión de la violencia se optó por realizar un análisis que supere las agrupaciones de la violencia tradicionalmente reconocidas por la literatura especializada en este tema; en ese sentido elaboramos un sistema de ordenamiento que parte del criterio estructurador asociado al contexto espacial de ocurrencia (20), dicho juicio clasificatorio toma como referencia organizativa las categorías de lo general, lo particular y lo singular, a los efectos de establecer tres niveles de incidencia socio-ecológicos de la violencia. A cada una de estas categorías organizativas referenciales (lo general, lo particular y lo singular) le corresponde un tipo de violencia concreta según el contexto espacial de ocurrencia.

Se establece correspondencia entre el nivel general y la violencia social, el nivel particular coincidirá con la violencia comunitaria y el nivel singular se identifica con la violencia intrafamiliar como tipo más específico de espacio socio-ecológico de incidencia del comportamiento agresor (21).

Como toda clasificación científica, la sistematización realizada responde a criterios gnoseológicos de análisis, pues en la realidad objetiva no resulta posible establecer límites donde cada tipo de violencia se desarrolle independientemente de otra modalidad de la situación (21), tal ausencia de fronteras de manifestación se explica porque el entramado social constituye una densa gama de relaciones que implican interconexión e interdependencia perenne; asumir la violencia social influye en la violencia comunitaria, en tanto los grupos de convivencia que estructuran la comunidad se instituyen en focos de la agresividad estructural del nivel social.

Como otra evidencia de interrelación de las tres formas de violencia expuestas en esta clasificación aparece la manifiesta conexión de la violencia intrafamiliar con la comunitaria, pues la misma se puede concretar en espacios comunitarios y no necesariamente en el hogar como entorno más frecuente de las relaciones entre los miembros de la familia (22,23).

La violencia social se ha conceptualizado como una agresión maligna o destructiva (Mezerville López), podemos definirla también como la comisión de actos violentos motivados por la obtención o mantenimiento del poder social, que causa daño y muerte, hay que subrayar el carácter multifacético de este problema y la variedad de contextos en que se manifiesta, tanto en el ámbito privado como público (23).

La violencia comunitaria sería la relación socio-comunitaria caracterizada por el uso de métodos innecesariamente agresores en la solución de conflictos y por la existencia de estilos de vida marcados por la rudeza y la coacción.

Como manifestaciones frecuentes de la violencia comunitaria aparecen: la violencia escolar y laboral; expresiones violentas que se cometen con el uso de disímiles medios, tales como; el recurso físico, emocional, sexual; esto propicia que en una natural superposición o entrelazamiento de expresiones clasificatorias violentas pueda existir la coexistencia de muchas de ellas, v.g. la violencia escolar física o la laboral de entidad sexual.

La violencia intrafamiliar ha sido estudiada por diferentes autores, los que coinciden en señalar que la misma consiste en las acciones existentes en el seno de la familia que afectan la independencia y la individualidad de cada persona, perjudican la integridad corporal y psicológica de sus miembros.

También, se concibe como una relación donde se han agotado las posibilidades de interacción y comunicación, se expresa básicamente por tres factores; la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente (24).

Clasificación según los grupos de riesgo victimal que afecta la violencia.

El término sector social interesa por su aplicabilidad a determinados grupos humanos más sensibles a la violencia, los llamados grupos de riesgo o predisposición victimal, sectores sociales de mayor debilidad ante el tema en estudio; integrados por las mujeres, los niños y los adultos mayores; dicha vulnerabilidad responde a sus propias características de dependencia, debilidades biológicas y físicas; no obstante, existen otros sectores que de igual forma requieren atención, entre ellos se encuentran las personas con capacidad especial y los inmigrantes, los primeros concuerdan con los rasgos antes mencionados y los inmigrantes muestran rasgos de indefensión, en muchos por su condición de legales son explotados y discriminados (24).

Conclusivamente se ratifica que de acuerdo con los grupos de riesgo victimal que afecta la violencia se pueden clasificar en: violencia sobre las mujeres, violencia sobre los niños y violencia contra los adultos mayores; manifestaciones clasificatorias que, a su vez, se presentan en los contextos social, comunitario e intrafamiliar (25).

Clasificación según el sexo del sujeto comisor de la violencia.

Al analizar la definición de la condición de victimario, se entiende este término como la persona que ejecuta o comete la agresión violenta. Al establecer que el sexo del victimario constituye uno de los criterios de sistematización clasificatoria de la violencia, se presume la existencia de un desbalance de género presente en la comisión de las agresiones violentas.

De hecho en la cotidianidad social se manifiestan mucho más sucesos violentos ejecutados por el sexo masculino que los cometidos por mujeres; lo anterior se explica por poseer la sociedad una formación patriarcal, con concepciones predominantemente masculinas, tal y como asevera Morillas (26) cuevas al señalar que se encuentra enraizada la violencia en las más profundas tradiciones del dominio masculino.

En relación con el predominio del género masculino en la comisión de hechos violentos vale afirmar que a partir de finales de la década de los años 70 del pasado siglo, tomaron auge los estudios científicos sobre el hombre abusivo, con dichos estudios se fue revelando la alta incidencia de la actitud violenta del hombre como manifestación de una cultura que asocia la masculinidad con la agresividad destructiva.

La violencia no solo posee como victimario al hombre, también la mujer comete acciones violentas aunque en menor medida; por lo que resumidamente se distinguen dos grandes grupos en este criterio clasificatorio: la violencia cometida por hombres y la cometida por mujeres.

Desde una perspectiva general vale sintetizar que existe la carencia de un enfoque complejo y multifacético para concebir la violencia, pues el tema no se analiza desde la duplicidad o triplicidad de posibilidades clasificatorias de una misma manifestación; por ello insistimos que atendiendo a su complejidad se debe valorar la posibilidad de una clasificación mixta o compleja, a partir que la violencia afecta a determinado sujeto o grupo social.

Se comete mediante un recurso específico (físico o emocional) y se materializa en cualquiera de los espacios contextuales de ocurrencia social, comunitario e intrafamiliar.

El adulto mayor como grupo de riesgo victimal frente a la violencia.

A finales del siglo XX comenzaron a desarrollarse algunos estudios sobre la temática de la violencia en la etapa de la vejez, asunto que hasta ese momento resultaba un tema virtualmente ignorado; este interés por la materia respondió a los altos índices de agresión que se producían contra ese grupo de riesgo victimal, incremento de la victimización asociado al envejecimiento acelerado de la población.

Con el objetivo de lograr una visión profunda del tema, conviene esclarecer las características del momento de la vejez en el ciclo vital humano, a tales efectos existe una clasificación de cuatro etapas de la vida humana, identificadas como: dependencia y socialización, independencia y responsabilidad, realización personal, y por último dependencia final y decrepitud.

Además se asume cuatro momentos importantes en el comportamiento humano: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez (27).

De acuerdo a lo anterior, el período de la vejez es entendido como la etapa de la vida en que se presentan síntomas de involución en el aspecto somático y psíquico, produciéndose un proceso determinado en cierto modo por las condiciones previas del organismo de la persona envejecida.

El significado de la condición de vejez ha variado y seguirá transformándose en el tiempo, pues varía en un mismo momento histórico de una cultura a otra, de una región a otra, de un país a otro. Dentro de un mismo país, la salud, la situación económica, social y familiar y sus implicaciones para el bienestar de los adultos mayores son claramente diferentes según las condiciones socioeconómicas, género, etnia y lugar de residencia (28).

El proceso de envejecimiento depende en gran medida del contexto sociocultural y económico en que se desenvuelve la persona, no todos envejecemos de la misma forma, ni con el mismo ritmo temporal; se envejece paulatinamente como parte de un componente individual, conformado de forma disímil en cada sujeto a partir de las diferencias en su interacción con el medio y sus concretas condiciones de vida (29).

El adulto mayor constituye un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores. En esta etapa el cuerpo se deteriora y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que está jubilada y tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina). La tercera edad es un término, que desde la óptica del Sistema de Salud cubano, se utiliza para valorar a las personas comprendidas entre los 60 años y 74 años de edad (30).

Existe una distinción entre los términos tercera edad y adulto mayor, el primero se construye a partir de lo psicológico, mientras adulto mayor es un término demográfico usado para definir a un segmento de la población, en oposición a la antigua denominación de viejo, cuya connotación peyorativa se asociaba a la incapacidad, la invalidez y la enfermedad (31, 32).

Se reconoce por Beauvoir (33) tres etapas de la ancianidad en las que puede resultar variable la edad de aparición, de acuerdo con la individualidad de la persona: la fase inicial del envejecimiento o inicio de la misma; aproximadamente entre 60 y 70 años de edad, el cuadro florido del envejecimiento (aproximadamente desde 70 años hasta 85 años de edad) y la declinación o fase terminal del anciano (más de 85 años de edad).

La variabilidad en la concepción del adulto mayor se encuentra en relación con la edad cronológica y a los factores biológicos, económicos y sociales, por ello el criterio etario delimitador de la adultez mayor posee gran movilidad de una cultura a otra. La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural, pues cada sociedad instituye la edad a partir de la cual una persona se considera adulto mayor, la que depende en gran medida de la pérdida de ciertas capacidades biológicas y físicas para conservar la independencia y funcionalidad.

Se define que a pesar de existir en la doctrina una tendencia a considerar adulta mayor a una persona a partir de los 60 años de edad, a los efectos y teniendo en cuenta la realidad cubana se valora que en Cuba, por sus características actuales, se debe considerar un adulto mayor a partir de los 65 años de edad (34).

El análisis del maltrato por violencia contra los adultos mayores debe clasificarse a partir del estudio de tres elementos asociados a la acción dañosa violenta: la voluntad del agresor, las causas que originan la agresión y las consecuencias que provoca.

En la primera variable mencionada se evidencia la intencionalidad del abuso, el deseo o placer que desarrolla el victimario de hacer valer su autoridad o criterio mediante el acto despiadado hacia las personas de este sector poblacional; en el segundo elemento referido a las causas que propician la violencia hacia los adultos mayores, se representan las fuentes, procedencia y fundamentos en los que basan las agresiones, puede significar que se han desarrollado muchas teorías para explicar la conducta injusta, desmedida hacia las personas adultas mayores y existe un número de factores psicológicos, sociales, económicos que interrelacionan en este asunto.

El tercero de los elementos que se propone en el análisis del maltrato se dirige a las consecuencias que provoca la violencia, en la mayoría de los casos sus secuelas provocan serios daños contra la salud, bienestar o integridad física.

Al ahondar en los diversos temas asociados a la violencia sobre este grupo etario, vale mencionar que los factores incidentes en el maltrato al adulto mayor han sido divididos en cuatro grandes categorías: deterioro físico y mental del paciente, estrés de quien lo cuida, violencia transgeneracional y psicopatología del abusador.

Una de las ciencias que más ha abordado el maltrato por violencia sobre los adultos mayores es la Bioética, a partir del desarrollo de los principios éticos destinados a proteger al adulto mayor en el contexto de las relaciones sociales, dichos principios son: el principio de que no exista maleficencia, de justicia, de autonomía y de beneficencia (35,36).

Se aprecia ante la complejidad de la violencia contra los adultos mayores que en su conceptualización existe un denominador común el acto violento en contra de estas personas con limitaciones propias, debido al normal envejecimiento por el transcurso de los años.

Lo ideal es prevenir, para ello hay que anticiparse antes de la crisis. Las actividades de prevención deben incluir educación poblacional masiva, consejos prácticos a los familiares y adultos mayores, asistencia lo más personal posible; además, hay un mayor énfasis para lograr alivio de los cuidadores e intervención pronta en las crisis.

Por último, se debe resaltar que este es un tema actual y en que la investigación gerontológica juega un rol muy importante para un mejor diagnóstico y futura educación a la población en general (37- 38).

El abuso hacia los gerontes ocurre probablemente hace siglos, en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Adquiere, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan.

Las primeras publicaciones al respecto en el ámbito médico aparecieron en 1975 cuando se describió en Reino Unido el síndrome del samarreo del anciano o Granny Battering, con lo que se demostró, que era un problema substancial. La inicial incredulidad respecto a los reportes sobre abuso en el adulto mayor fue posteriormente reemplazada por un creciente interés sobre el tema.

Cada cultura y época histórica ha elaborado su propia concepción sobre vejez. Para los ambunes, una etnia de la región de Kuilo, en la república de Zaire, una persona era considerada anciana en el momento que tenía canas o se convertía en abuelo. En cambio para los mexicas, en los que el tiempo era sumamente importante, se llegaba a la ancianidad a los 52 años, una vez que la persona había recibido la influencia de las 52 combinaciones posibles de los 13 numerales y los 4 signos de su año calendárico. La cultura occidental en la época actual define a la vejez como el periodo de vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se acentúa cada vez más en comparación con anteriores épocas de existencia (39).

El siglo XXI tiene como uno de los mayores triunfos de la humanidad, el progresivo envejecimiento de la población a nivel mundial, y representa un enorme desafío, en función de mayores exigencias económicas y sociales, que aún no son del todo satisfechas para esta población en muchos países, se considera en vías de desarrollo, países que no tendrán el tiempo suficiente para responder a estas demandas si no se toman las políticas adecuada (39, 40).

Cada año, más de un millón de adultos mayores norteamericanos son lesionados físicamente, psicológicamente y explotados económicamente por un miembro de la familia. Las mujeres y hombres mayores, quienes proceden de todos los medios económicos, étnicos o religiosos y para quienes sus habilidades funcionales son más vulnerables de abuso y negligencia (41).

En Alemania científicos como Brinch realizaron estudios en los adultos mayores en el que se reportaron experiencias de violencia familiar, durante los últimos cinco años (2009-2010), los más frecuentes tipos de violencia son la psicológica y económica (42).

En la población de Estados Unidos de América se presentó un incremento en la incidencia de violencia en los adultos mayores. Entre las causas se encontró: abuso físico, abuso sexual, explotación económica, negligencia, abuso psicológico y violación. El abuso en los adultos mayores ocurre con mayor frecuencia con las personas con quienes viven, y esto puede ser violencia intergeneracional (43).

En España, en la actualidad se calcula que hay más de cinco millones de personas mayores de 65 años, 14% de la población ,60% son mujeres y 40% varones. Alarmante resulta las cifras de 8,9% de adultos mayores que de una u otra manera viven en la violencia, pero sólo 3,1% establece la denuncia o busca ayuda para resolver ésta situación.

Esto obliga a replantearse políticas y estrategias de actuación, que van más allá de las meras mantenedoras de bienestar de dichas personas y que pasan por medidas sociales, económicas, jurídicas y de protección, que han de superar también la tutela de los derechos genéricos de todos los ciudadanos para incrementarlos con el reconocimiento explícito de los derechos de las personas mayores (22).

Estudios realizados por científicos como Clarke, Melissa, Dettmeyer, resaltan que la mayoría de los casos de maltrato a personas mayores ocurre en el entorno doméstico. Así mismo, existen estadísticas que expresan una aproximación de la magnitud de este problema, el cual no siempre es posible cuantificar en su dimensión (44, 45).

El maltrato al adulto mayor es relevante y ha significado una preocupación permanente. Cuando se habla de colaborar en el mejoramiento de la calidad de vida se debe considerar los factores que evitan hacer del gerónte una persona vulnerable frente al maltrato: pérdida de rol social, baja autoestima, niveles de dependencia derivados de algunas enfermedades y bajos niveles de ingreso, lo que les obliga a vivir con otros o a depender económicamente de ellos (46,47).

El acelerado envejecimiento de la población mundial en el siglo XXI crea una situación singular, cada día más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha enmarcado como etapa de la vejez, de manera tal, que el envejecimiento ha dejado de ser una exclusividad de algunos para convertirse en la oportunidad de muchos.

Esto es un logro de la humanidad, que puede transformarse contradictoriamente en un problema social de envergadura, en un serio desafío, si las diferentes sociedades no son capaces de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan (48).

Según los datos ofrecidos por la Organización de Naciones Unidas, la población mundial continúa en ascenso de una manera alarmante, en la actualidad existen 7 000 millones de personas y para 2050 se pronostica 9 500 millones de habitantes (15).

En informes mundiales sobre violencia y salud realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se preocupan por el análisis de las estadísticas en los adultos mayores, en las que se predice que el número de personas mayores de 65 años en el planeta se triplique, de 650 millones en la actualidad a 2 000 millones en 2050 (49).

El envejecimiento es más que una cuestión de cifras. Las personas mayores plantean desafíos específicos, al constituirse como una población heterogénea en términos de salud, discapacidad y demanda de servicios, lo cual insta y reclama atención priorizada y especializada desde toda la sociedad. Se debe tomar en cuenta que junto al progresivo proceso de envejecimiento, aumentan los índices de dependencia de estas personas, por ello, las salidas a este problema demográfico transitan por el desarrollo atemperado y evolutivo de las estructuras sociales, económicas y culturales (50).

El envejecimiento poblacional, situación que nunca antes había enfrentado la humanidad, origina necesidades económicas, sociales, y culturales con énfasis en las socio-sanitarias, para la promoción y mantenimiento del bienestar de las personas mayores (50).

Cuba es uno de los países Latinoamericanos más envejecidos, 16,4 % de los cubanos tiene 60 años o más, y aumentará 20% en 2025, con una expectativa de vida actual al nacer de 75 años (51, 52). El adulto mayor, en cualquier escenario, representa un importante rol en la creación y desarrollo de la familia, él requiere de una atención integral que le permita gozar de una óptima salud para el logro de una vida plena, e insertarse en las diferentes actividades de la sociedad, e incidir positivamente en el mantenimiento y equilibrio de ésta.

En Cuba, el envejecimiento poblacional se produce por la acción combinada de dos connotadas transformaciones sociales que poseen una fuerte relación entre sí: la transformación demográfica y la transformación epidemiológica o de salud. Definidas brevemente, la transformación demográfica se refiere a los cambios en las estructuras de la población, debido esencialmente a las bajas tasas de fecundidad y de mortalidad existentes en nuestro país (53). La transformación epidemiológica responde a los avances de Cuba en materia de salud humana, progresos caracterizados por la existencia de menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes.

Según la proyección evolutiva del envejecimiento poblacional de Cuba para el año 2025, los ciudadanos se convertirán en los más envejecidos de la región latinoamericana (54). Tomando como base los datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (55), Cuba posee una población general de 11 241 161 habitantes y 1 434 973 habitantes mayores de 65 años de edad, lo que demuestra la alta esperanza de vida en el país, que alcanza los 78 años (56).

La provincia de Ciego de Ávila registra cifras interesantes con respecto a los adultos mayores al contar con 50 726 personas que superan los 65 años, lo que representa 12,0 % del total poblacional, con una esperanza de vida de 78 años (56). Mientras que la importante evolución demográfica que se atraviesa en el municipio de Ciego de Ávila refleja un proceso de envejecimiento de la población que asciende a 17 197 habitantes mayores de 65 años para 11,8 %, provocado tanto por el incremento en la esperanza de vida como por los bajos niveles de natalidad en el territorio (56).

Lo expresado con anterioridad resulta de especial actualidad e importancia en el tema de la protección a este grupo etario enfocado a garantizar que las situaciones violentas, que proliferan en la vida cotidiana actual no afecte este sector poblacional, pues por el contrario debe procurarse el aumento de las satisfacciones durante este período de la vida y debe propiciarse que esos años transcurran de forma agradable, sana, útil y tranquila; pues la tercera edad constituye una etapa del desarrollo humano en la cual se despliegan numerosas potencialidades de aprendizaje y contribución social (57,58).

DISEÑO METODOLÓGICO

Características generales de la Investigación:

Se realizó un estudio experimental y prospectivo con un enfoque cuali-cuantitativo que culminó con una intervención educativa para modificar los conocimientos y actitudes para evitar y prevenir la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en un grupo de familias del Policlínico Norte de Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido de octubre de 2012 hasta octubre de 2014.

Procedimientos muestrales.

La población objeto de estudio estuvo constituida por los 15 núcleos familiares pertenecientes al consultorio 35 del área norte del municipio Ciego de Ávila en los cuales se encontró identificada la violencia intrafamiliar en personas de más de 60 años por medio de un estudio anterior en esta área. La muestra de estudio fue de 30 familiares seleccionados por un muestreo intencional que ofreció la ventaja de seleccionar familias que cooperaron con el desarrollo del estudio y cumplieran el siguiente criterio de inclusión, dentro de las cuales se trabajó con la totalidad de familiares de más de 20 años de edad.

Criterios de Inclusión: Familiares en disposición para participar en la investigación.

Criterios de exclusión: familiares con antecedentes de trastornos psiquiátricos menores o mayores.

Criterios de Salida: Personas que abandonaron el estudio por diferentes causas.

Control semántico: para evitar el estigma que subyacen la palabra anciano, se ha evitado este término y en su lugar se utiliza, geronte, adulto mayor o persona mayor.

Métodos

Para la realización del presente estudio se utilizó un sistema de métodos de investigación formado por métodos empíricos, teóricos y estadísticos.

Los métodos empíricos permitieron la observación del objeto de estudio así como la recogida de datos mediante dos encuestas aplicadas por el autor durante su labor médica en el consultorio, ambas fueron destinadas a caracterizar las familias de los adultos mayores y a identificar los conocimientos y sus actitudes sobre la violencia intrafamiliar respectivamente, para ello se utilizaron preguntas cerradas en varios ítems y se informó a los participantes del estudio sobre la finalidad de las mismas.

Los métodos teóricos tales como el hipotético-deductivo, el análisis y la síntesis, así como el histórico lógico permitieron la construcción del marco teórico, la interpretación de resultados propios y de otros investigadores así como las bases para el análisis y la discusión de los mismos.

Los métodos estadísticos permitieron la realización de la técnica de muestreo, la operacionalización de variables con el diseño de escalas, la distribución de frecuencias absolutas y relativas, así como la representación en tablas estadísticas. Se utilizó el por ciento como medida de resumen y se calculó el por ciento de variación en los casos que fue posible emplear la fórmula:

Diferencia / valor actual – anterior

$$\% \text{ de variación} = \frac{\text{Diferencia / valor actual – anterior}}{\text{Valor Anterior}} \times 100$$

Valor anterior: El valor encontrado inicialmente, antes de la investigación.

Valor actual: El valor encontrado después de la intervención.

Para la validación de los resultados se empleó la prueba de Mc Nemar con un nivel de significación de 0.05 se tomó en cuenta un resultado significativo cuando la P sea menor de 0.05 y un resultado no significativo cuando la P sea mayor de 0.05.

Prueba de Mc Nemar

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{(b-c)^2}{b+c}$$

Sigue una distribución Ji al cuadrado con un grado de libertad y proporciona el mismo valor de la p asociado. Además se emplearon técnicas propias de la investigación cualitativa, se consideró que estas constituyen un conjunto de procedimientos encaminados a la modificación de conocimientos, aptitudes y prácticas así como la elevación de la conciencia de salud tanto individual como colectiva. Dentro de ellas se emplearon técnicas de presentación y animación (42).

Escuela: Modalidad de intervención educativa comunitaria caracterizada por el empleo de varias técnicas en su desarrollo tales como: entrevistas, conferencias, discusión grupal y técnicas participativas. Además tiene como característica fundamental que los grupos no deben de ser de más de 20 personas con un número de sesiones no inferior a cuatro, los conocimientos así como las opiniones y los criterios sobre el comportamiento individual y la forma de modificarlo se evalúan sin ser dogmáticas sin tratar de imponer criterios médicos con el propósito de transmitir al participante aptitudes para aumentar en él la fuerza de voluntad y el nivel de responsabilidad (41).

Técnicas de presentación y animación: Son aquellas que se utilizan al inicio de la jornada para permitir la interrelación de los participantes así como después de momentos de intensos trabajos para hacer descansar a los participantes y reintegrarlos a las tareas.

Se utilizaron técnicas participantes como procedimientos útiles en la modificación de conocimientos, entre ellas:

- ✓ **Técnica del solapín:** la cual consiste en que cada uno de los participantes coloque su nombre, o la forma en la que le gusta lo llamen en un papel que luego se coloca en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y se procederá a presentarse.
- ✓ **Técnica de grupo focal:** la misma consiste en el conocimiento de los nombres de cada cual y su interacción directa, de modo que el grupo adquiera un nivel de aproximación emocional que permita el intercambio y la incorporación de los conocimientos impartidos.
- ✓ **Dinámica de grupo (lluvia de ideas):** en la misma cada miembro expone con sus palabras la forma de maltrato que conoce, además sus características, antes de comenzar se escoge un participante que actúa como relator y se encarga de anotar todos los datos que se exponen en una pizarra y la autora actúa como coordinadora.
- ✓ **Tormenta de ideas:** cada uno de los participantes dará su criterio sobre lo que crean sea el maltratado y sus diferentes formas de presentación.
- ✓ **Retazos musicales:** consiste en cada participante entonará un fragmento de una canción y el resto deberá identificarla.
- ✓ **Regalo y utilidad:** la misma consiste en que los participantes se dividen en dos grupos, uno expresa un regalo al oído de su compañero y en sentido inverso se regala una utilidad, al finalizar cada participante dice qué regalo y cual utilidad se le dio.

Variables

En el presente estudio se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas que fueron operacionalizadas según los intereses del autor y en correspondencia con el cumplimiento de los objetivos.

❖ Edad: (En años cumplidos)

20 a 29 años.

30 a 39 años.

40 a 49 años.

50 a 59 años.

❖ Sexo

Masculino

Femenino

❖ Escolaridad:

Primaria sin terminar.

Primaria.

Secundaria.

Pre-universitario y Universitario.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	20 a 35 años 36 a 59 años 60 y más años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de edad
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según género de pertenencia	Número y porcentaje según grupo de edad
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria sin terminar Primaria Secundaria Pre-universitario Universitario	Según último grado de escolaridad vencido.	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación del cuestionario	Número y porcentaje según categoría de pertenencia

Por ser una investigación del tipo de intervención educativa, la misma contó de tres etapas:

I. Etapa de Diagnóstico:

Para responder el objetivo 2, se realizó una encuesta sobre conocimientos titulada. Prevención de la violencia contra el adulto mayor (Anexo 1), a los familiares de los gerontes que participaron en la investigación a fin de saber cuáles son los conocimientos que poseían sobre el tema de investigación en sí; sirvió para evaluar inicialmente; además un punto de partida para la realización de las actividades.

Para la aplicación de la misma se tomo en cuenta: que fuera en un lugar adecuado, con privacidad, lenguaje claro y coherente, no usar terminología médica y aplicar de forma independiente a cada uno de los familiares.

Criterios para evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes de los familiares de los adultos mayores.

Se establecieron los criterios de respuestas adecuadas e inadecuadas en cada una de las preguntas, resultando:

Pregunta 3.

Adecuadas: B, E

Inadecuadas: A, C, D

Pregunta 4:

Adecuado: 4.1, 4.3 y 4.4.

Inadecuado: 4.2 y 4.5.

Pregunta 5:

Adecuado: 5.1

Inadecuado: 5.2 y 5.3

Pregunta 6

Adecuadas: 6.1, 6.2 y 6.3

Inadecuadas: 6.4

Pregunta 7:

Adecuada: A

Inadecuada: B

Pregunta 8:

Adecuadas: D, E, G; H

Inadecuadas: A, B, C, F

Pregunta 9:

Adecuadas: A, C

Inadecuadas:

Se considera adecuado el conocimiento cuando respondieron 4 o más ítems de forma correcta.

Inadecuado cuando respondieron menos de 4 cuatro correctos o los incorrectos.

Para evaluar el nivel de conocimiento, habilidades y actitudes general.

Se consideró adecuado cuando respondieron adecuadamente 4 o más de las preguntas formuladas en la encuesta de conocimientos e inadecuados cuando respondieron 3 o menos.

I. Etapa de Intervención:

Durante esta etapa y para poder alcanzar el objetivo de la investigación; después de aplicada la primera encuesta se realizaron 10 sesiones de trabajo (objetivo 4); las mismas fueron una vez cada 7 días, en un lugar adecuado, en el horario que se estableció por acuerdo con el grupo de familiares, cada grupo estuvo conformado por un total de 15 familiares, con una duración de 50 minutos cada sesión hasta llegar a las 10 sesiones prevista (58).

En cada una de las sesiones se desarrollaron los temas, así como se aplicaron técnicas participativo afectivas tanto al inicio de las actividades como al finalizar las mismas.

Procesamiento de la información

Se elaboró un fichero de datos con la utilización del programa Microsoft Excel, previo al procesamiento de los mismos y la obtención de los resultados a través del programa de análisis estadístico SPSS 15.0.

La información obtenida fue procesada en un computador con instalación del sistema Windows XP. Los métodos empleados fueron estadísticas descriptivas de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas, en las que se resumió la información con el fin de responder o satisfacer cada objetivo específico planteado; se realizó posteriormente un análisis de la situación estudiado, que permitió, por medio del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Aspectos Bioéticos

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos implícitos en los estudios con seres humanos.

Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para la entrevista (ver Anexo I). Se les explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y la atención anónima de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Del mismo modo, se sostuvo una interacción justa y benéfica con las familias, pues en los protocolos del tratamiento médico están implícitas las acciones de educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Familiares según grupos de edades y sexo. Ciego de Ávila 2014.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 a 29 años	2	16,7	3	16,7	5	16,7
30 a 39 años	5	41,7	8	44,4	13	43,3
40 a 49 años	4	33,3	5	27,8	9	30,0
50 a 59 años	1	8,3	2	11,1	3	10,0
Total	12	100,0	18	100,0	30	100,0

Fuente: Entrevista al familiar

Como se aprecia los grupos etarios mayor representados fueron los de 30 a 39 años y de 40 a 49 años con 43.3% y 30 % del total de familiares. Resulta importante brindar información sobre violencia familiar en estas edades ya que según Mendo Alcolea (59,60) muchos de los victimarios en este tipo de situación suelen ser hijos, nietos y sobrinos de los gerontes.

Con relación al sexo las mujeres estuvieron más representadas en esta investigación. En un estudio realizado en Matanzas (61) se encontró que 54 % de las familiares mujeres del estudio eran víctimas de algún tipo de maltrato. Así como muchas mujeres en su rol de cuidadoras son a su vez autores de violencia psicológica (62). (tabla1).

Tabla 2. Familiares según escolaridad y sexo.

Nivel de escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria sin terminar	1	8,3	0	0,0	1	3,3
Primaria	1	8,3	3	16,7	4	13,3
Secundaria	4	33,3	5	27,8	9	30,0
Pre-universitario	3	25,0	6	33,3	9	30,0
Universitario	3	25,0	4	22,2	7	23,3
Total	12	100,0	18	100,0	30	100,0

Fuente: Entrevista al familiar

El trabajo para la prevención del problema del abuso y maltrato al adulto mayor conlleva la atención, tanto del geronte como de su cuidador, y en el caso de estos últimos los que tienen mayor nivel educacional son capaces de tomar decisiones más acertadas en el bienestar de la persona mayor (29). Los niveles educacionales con mayor presencia en este trabajo fueron la secundaria y preuniversitaria ambas con 30 % del total, algo satisfactorio resultados en un programa de intervención educativa (tabla 2).

Tabla 3. Familiares según nivel de conocimientos sobre formas más frecuentes de maltrato contra el adulto mayor.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes.	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	6	20,0	21	70,0
Inadecuado	24	80,0	9	30,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

El nivel de conocimiento sobre las formas de maltrato al adulto mayor fue adecuado en 20 % de los participantes antes de la intervención mejoró hasta un 70 % luego de esta. Shefet en una investigación sobre violencia domestica encontró que solo 18 % de los participantes reconocían la violencia verbal como una forma de maltrato (63). En un trabajo realizado en la provincia de Camagüey se encontró que en 86,67% de los gerontes que reportaban actos de violencia pertenecían a familias disfuncionales y con muy bajo conocimiento de cuáles eran las formas de maltrato familiar (64). En una investigación realizada en Ciego de Ávila se encontró que en las familias grandes hay mayor frecuencia de malas relaciones (65), lo cual deriva en varias ocasiones en violencia familiar donde casi están involucrados los adultos mayores (tabla 3).

Tabla 4. Familiares según nivel de conocimientos sobre formas de comunicación como maltrato contra el adulto mayor.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	36,7	28	93,3
Inadecuado	19	63,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

El nivel de conocimiento y actitudes fueron adecuado en 11% antes de la intervención y luego de esta se mejoro el conocimiento adecuado en el 93.3 % de los participantes. En una investigación en España se encontró que de entre todos los tipos de maltrato, los participantes consideraron el psicológico como el más común sufrido por los gerontes, ejercido tanto por las personas de su entorno, en forma de menosprecio, infantilización, aislamiento social, como por el propio sistema, y se consideró una carga social, dada su improductividad (tabla 4).

Determinadas situaciones habituales en la sociedad, como los cambios de domicilio periódicos (abuelos mochila) se consideraban una forma de maltrato psicológico en caso de ser mal aceptados por el adulto mayor.

Un trabajo realizado en Cuba (66), arrojó que el conocimiento sobre violencia psicológica en gerontes era inadecuado antes de la intervención 85 % y adecuado solo en 15 %. Al igual que en este trabajo el conocimiento y actitudes positivas se incrementaron favorablemente luego de la intervención.

Tabla 5. Familiares según nivel de conocimientos sobre la exigencia en las tareas asignadas al adulto mayor.

Nivel de conocimientos, actitudes y habilidades	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	36,7	28	93,3
Inadecuado	19	63,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

El nivel de conocimiento adecuado y las actitudes positivas hacia el adulto mayor sobre la exigencia en las tareas asignadas se elevó hasta 93,3 % luego de la intervención. En un trabajo sobre aprendizaje del cuidador principal del geronte con enfermedad mental se demostró la importancia de valorar adecuadamente las limitaciones de este, para no llevarlo a situaciones vergonzosas y que puedan realizar tareas que estimulen sentimientos de utilidad (67). Brenes (68), en su estudio enfatizó el rol de la familia en el trato y apoyo al adulto mayor en sus quehaceres sin estigmatizarlo o limitarlo. Según Díaz Fernández (66) logró incrementar aquellas actividades que solo formaban parte del tiempo libre del adulto mayor con un programa educativo sobre conductas asertivas. Esto es prueba de lo positivo que podría resultar el apoyo de la familia en todas las labores que realizan los gerontes (tabla 5).

Tabla 6. Familiares según nivel de conocimientos sobre causas de depresión en el adulto mayor.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	10,0	29	96,7
Inadecuado	27	90,0	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

Se muestra el conocimiento sobre causas de depresión en el adulto mayor, 10 % de los familiares tenía un conocimiento adecuado y una vez realizada la intervención esto mejoro hasta 96,7 %. En lo que respecta a los síntomas afectivos, el 80.0% de los adultos mayores frágiles sufren de depresión (69,70) según esta investigación hecha en Ciego de Ávila. En los adultos mayores el abuso emocional es intenso, lo cual contribuye a que los mismos se aíslen aún más y se depriman con frecuencia (71), por lo que es importante identificar el estado depresivo en estas personas (tabla 6).

Tabla 7. Familiares según nivel de conocimientos sobre dependientes del alcohol
conviviendo con adulto mayor.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	36,7	30	100,0
Inadecuado	19	63,3	0	0,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

En un trabajo realizado en España se encontró que en opinión de los participantes, el perfil del maltratador respondía a una persona con problemas psiquiátricos, de dependencia (alcohol u otras drogas) (67), 63.3 % de los participantes antes de la intervención tenían un conocimiento inadecuado de lo desafortunada combinación de una persona con uso indebido de alcohol que convive con el adulto mayor. En una investigación realizada con gerontes en Santiago de Cuba se reconoció la frecuencia y la estrecha relación entre violencia intrafamiliar y la presencia de dependientes del alcohol en la familia, con un alto por ciento de actos con violencia física (72) (ver tabla 7).

Tabla 8. Familiares según nivel de conocimientos sobre síntomas de depresión del adulto mayor.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	10,0	24	80,0
Inadecuado	27	90,0	6	20,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

Se encontró que solo 10% de los participantes antes de la intervención conocían adecuadamente los síntomas de depresión en el adulto mayor. Esto mejoro hasta 80 % luego del programa educativo realizado. En una investigación realizada en Matanzas se pudo apreciar que el síntoma más identificado fue la tristeza, representada en 94 %. Este dato coincide con los tipos de maltratos recibidos, así como la pérdida de espacios en el hogar, la pérdida de autoridad, la desvalorización, pérdida de hijos o de su pareja, entre otras razones (ver tabla 8).

La insatisfacción con la vida se expresó en 90 %. Los pacientes estudiados se auto inculpaban de los sucesos y hasta justificaban las actitudes violentas de los familiares (62), podría señalarse la relación que existe en esta conducta con el Síndrome de Estocolmo , que no es más que el sujeto maltratado justifica la violencia y protege al victimario, con quien mantiene una relación afectiva.

Cruz Barbán (72) halló que el miedo estuvo presente en 82 % de sus entrevistados, es un factor que paraliza al individuo de pedir cualquier tipo de ayuda, puesto que temen que el maltrato recibido sea mayor como medida de represión. Estos síntomas sufridos a consecuencia del maltrato recibido influyen en detrimento de la salud de los pacientes.

Tabla 9. Familiares según nivel de conocimientos sobre procedimientos para evitar el maltrato en el adulto mayor.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	1	3,3	19	63,3
Inadecuado	29	96,7	11	36,7
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

Se relaciona el nivel de conocimiento de los familiares sobre cómo evitar el maltrato al adulto mayor antes y después de la intervención y se pudo apreciar que antes solo 3,3 % de las personas tenían un conocimiento adecuado y que luego del programa mejoró hasta 63,3 %.

Según Cordero Jiménez (73) para llevar a cabo una buena prevención, una detección lo más precoz posible y una eficiente coordinación entre los distintos servicios, resulta imprescindible disponer de indicadores de factores que intervienen en las situaciones de maltrato que ayuden a los profesionales a reconocer las situaciones potencialmente de riesgo, o para detectar el maltrato con la mayor prontitud posible.

En el adulto mayor la ayuda se concreta con la educación sanitaria y la formación de los cuidadores y familiares (74). En estudio realizado en Suecia se encontró que el 84% de gerontes y familiares con mayor información sobre el tema tenían menor incidencia de maltrato recibido, así como mejor manejo de los adultos mayores por parte de sus cuidadores (75). (Ver tabla 9)

CONCLUSIONES

1. Los grupos etarios mayor representados fueron los de 30 a 39 años y de 40 a 49 años.
2. Con relación al sexo las mujeres estuvieron más representadas en esta investigación, los niveles educacionales con mayor presencia en este fueron la secundaria y preuniversitaria.
3. Con relación a formas más frecuentes de maltrato, las de comunicación como maltrato, la exigencia en las tareas asignadas al adulto mayor, causas de depresión, sobre convivientes con uso indebido de alcohol, síntomas de depresión y procedimientos para evitar el maltrato, se encontró que antes de la intervención el nivel de conocimientos era inadecuado.
4. La metodología aplicada cumplió su objetivo ya que una vez aplicada se reversionaron los niveles de conocimientos en los temas antes señalados los cuales resultaron adecuados.

RECOMENDACIONES

- Enfatizar en las diferentes áreas de salud la búsqueda de familias con factores de riesgo para incurrir en el maltrato al adulto mayor, para brindarle el apoyo y el conocimiento adecuado que influya sobre el bienestar de los gerontes.
- Realizar campañas a través de los medios de comunicación social, plegables y murales de instituciones donde se atiendan a pacientes adultos mayores sobre los temas relacionado con el maltrato en esta etapa de la vida.
- Propiciar la realización de otras investigaciones sobre maltrato en el adulto mayor que nos permita realizar un mayor análisis y brinde una mayor visión de esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuellar R. Caracterización de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. [tesis]. Ciudad de La Habana: ISCM de La Habana y Camagüey, 2003.
2. Artilles de León, I. ¿Aprendemos la violencia? *Sexología y Sociedad* 2006 Abr, 2(4): 17 – 18.
3. Muñiz MC, Jiménez y Ferrer D, Gonzáles J. La Violencia Familiar ¿Un problema de salud? *Rev. Cubana Medica Genética Integral* 2008; 14 (6): 538 – 41.
4. Motilva R. Violencia con el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002, 4.
5. Reus V. Mentals Disorders. In: Fauci A et al, editors. *Harrison`s Principles of Internal Medicine*, 15th edition. New York: McGraw-hill, 2001, pp. 2542-2556.
6. De Bartolo D. Evaluación del maltrato en el adulto mayor en la unidad geriátrica "Carlos Fragachán", Ciudad Bolívar. Estado de Bolívar. <http://centrosantateresita@yahoo.com>.
7. Fromme K. "Brief interventions with adults. *Clinical and experimental research*, 28(6):966-975, 2009.
8. Lowell. *Brain problems on deteriorated old age persons*: Guilford Press, New York, 2009.
9. Bundio F. *¿Cómo son realmente los cerebros de los adultos mayores?* , Editorial Masson, Madrid, 2009.

10. Organización Mundial de la Salud. Schedules for Clinical Assessment Psychiatry. Cuestionario para la Evaluación Clínica en psiquiatría. Versión Ginebra, OMS, 2000.
11. Polar M. Prevalence of traumatic events and posttraumatic symptomatology among old age population. Polish Psychological Bulletin, 33(2): 13-20, 2007.
12. Martínez C. Violencia Familiar. En: Temas de Psiquiatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.p. 93 – 103.
13. Ferri F. Consultor clínico. Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. 1ª edición. Barcelona: Harcourt Brace de España, 1999, p. 10.
14. Dirección Nacional de Asistencia Social. Comisión Nacional de Salud. Plan de Trabajo para abordaje de la violencia en la atención primaria de salud. Ciudad de la Habana: MINSAP, 2010.
15. Informe de la Sección de Población de Naciones Unidas, Organización de Naciones Unidas, mayo 2011, p. 1.
16. ENGELS, Federico, “El papel de la violencia en la historia”, Revista: Die Neue Zeit, Bd. 1, Números 22-26, 18951896, Bibliotecas de textos marxistas, Obras Escogidas, Tomo No. 3, editorial Progreso, editado por Marxists Internet Archive, Moscú, 1988, p. 2.
17. Bueno Martínez, G. La violencia no se puede eliminar, consultada el 22-4-2014), 2005, párrafo 3.
18. LAFONT, E. El abordaje de la violencia social y las políticas públicas, consultada el 10-1-2014), 2006.

19. Chávez Burga, D.O, Lazo Huaylinos, H. E. Violencia Familiar, consultada el 21-5-2013), 2007.
20. Galtung, J. La violencia; causas y efectos penales en la sociedad contemporánea, consultada el 13-2-2014), 2006.
21. González Rodríguez, M. “La sociedad civil cubana en el control social de la criminalidad”, La implementación de penas alternativas o experiencia comparadas de Cuba y Brasil, editado por la Reforma Penal internacional y la Sociedad cubana de Ciencias penales, La Habana, 2006, p. 36.
22. Rezsóhazy, R. El desarrollo comunitario, Folleto de trabajo para el Taller regional, Madrid, 2009, p. 49.
23. Mézerville López, C. Luchando contra la violencia dentro de la Familia, Consultada el 15-4-2013), 2006.
24. Toledo R, Fernández De Liber. La violencia, consultada el 12-5-2014), 2008.
25. Mosquera Rial A.M., Aguilera L. Defensa contra el maltrato, consultada el 11-3-2014), 2007, p 6.
26. Morillas Cuevas L, Ferreira G. La Mujer Maltratada. Editora Suramericana, Buenos Aires, 2013, p. 203.
27. Duarte Vega M. Gerontología, consultada el 8-1-2014), 2009, p 1.
28. Orosa Fraiz, Teresa, La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor, editorial Félix Varela, La Habana, 2000, p. 2.
29. Martínez Almanza L. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad, Centro Iberoamericano de la Tercera edad, La Habana, 2009, p. 78.

30. Isern J. Inteligencia emocional en el adulto mayor, avances y desafíos para un enfoque integral, Seminario internacional la tercera edad en el tercer milenio. Un desafío para todos, Santiago de Chile, 2010, p. 74.
31. Palacios J. "Tercera edad". Editorial Melesas, Madrid, 2003, p. 3.
32. Programa Nacional al adulto mayor, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 2000, p. 31.
33. Beauvoir S. La vejez. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 2010, p. 1.
34. Ley No. 105, Ley de Seguridad Social, editora Mayor General Ignacio Agramonte y Loynaz del Ministerio de Justicia, La Habana, 27 de diciembre de 2008.
35. Valdés Díaz, C. Causas de las relaciones jurídicas civiles, Derecho Civil Parte general, Capítulo VI, La Habana, 2000, p. 227.
36. Prieto O, Castillo V, Pérez J, Reiteri J. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. 2da. ed. La Habana: CITED; 2007.
37. Morales ME. la vejez en los países desarrollados. Rev Geriat y Gerontol, IMSS; 2000, 4: 12-16.
38. Editorial Rev Geriat y Gerontol, IMSS; 2001; 10:2
39. Cammers, Paris BE. Violence against elderly people. Geriatrics and Medicine, Mount Sinai DF medicine, USA:University of New York;2010 (2): 97-100.
40. Hrisch RD, Biendebach C. Violence against the aged within the family: results of studies by the "Bonner HsM (Treating is Mistreating Institute). Arch Kriminol (Germany) 2011; 32 (6): 449-55.

41. Thobaben M. Elder abuse and Neglect. Home Case Provid Unite States 2009; ICS: 267-9.
42. . www.tercera.cl/diario/2000/5/30/t/30.06:3aedit.2.html. maltrato a la tercera edad. La tercera 30 de mayo 2000. Chile.
43. Clarke MD, Melissa E, Pierson MD, Wendell. Domestic violence emergency medicine. Clinics of North America Georgia Washington 2009; 17: 3.
44. Schmidth P, Dettmeyer R, Madea B. Victim-related aspects of homicide of elderly persons in the catchment area of the Bon Forensic Medicine Institute. Arch Kriminol (Germany) 2010; 204: 33-41.
45. ONGS y Afines, Mesa de trabajo sobre personas adultas mayores. Help age international. 60 años y más. Perú. 2009: 2-1.
46. www.ubiobio.cl/cps/ponencias_maltrato_htm/vision_inpmaltrato.htm. El maltrato al adulto mayor: Una visión del instituto de normalización provisional, INP.
47. Selva CA, San José LC, Solano L, Villardel L. Características diferenciales de las enfermedades en los ancianos. Fragilidad. Rev Med. 2010; (124):21-34.
48. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. En: Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006. p. 3-8.
49. Informe Mundial sobre la violencia y la salud, Organización Mundial de la Salud, diciembre 2010, p. 2.
50. Hoskin I, Kaleche A, Méndez S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Publ. 2005; 17(5-6):444-47.

51. Orosa Fraiz, T. Determinantes del desarrollo en la psicología de la vejez. Presupuestos científicos en la Universidad del adulto mayor, Simposio: Antropología de la vejez del cuarto Congreso chileno de antropología, Santiago de Chile, noviembre 2008, p. 3.
52. Anuario Estadístico de Salud, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, abril 2011, p. 4.
53. Castro Ruz, R, Socialismo significa justicia social e igualdad, pero igualdad no es igualitarismo, en: Discurso pronunciado con motivo a las conclusiones de la primera sesión ordinaria de la VII Legislatura de la Asamblea Nacional del Poder Popular, Palacio de las Convenciones, La Habana, 11 de Julio del 2008, p. 1.
54. Datos estadísticos de Cuba, Oficina Nacional de Estadísticas, La Habana, diciembre 2010, pp. 1-3.
55. Rocrabruno Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: ECIMED; 2008. p. 29-33.
56. Informe de caracterización y estadística de la oficina municipal de estadística de Ciego de Ávila, Ciego de Ávila, diciembre 2010, pp. 1-2.
57. Vega García E, Menéndez Jiménez JE, Prieto Ramos O, González Vera EG, Leiva Salermo B, Cardoso Lunar N, et al. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 275.
58. Hernández Díaz Y. Identificación de la violencia contra el adulto mayor. [tesis].Ciego de Ávila. Policlínico Norte.2009.

59. DNE-MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
60. Mendo Alcolea N, Infante Tavío N I, Lamote Moya S E, Núñez Beris S J, ¹ Freyre Soler J. Evaluación del maltrato en ancianos pertenecientes a un policlínico universitario. Rev medisan; 2012.6:3
61. Díaz López RC. Llerena Álvarez A. Principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Junio 2008-junio 2009 Rev. Med.Electró. 2010.32: 4
62. Gómez A. Envejecimiento poblacional y síndrome del cuidador. Rev Farmacia Profesional 2005; 19 (2):p. 80.
63. Shefet D, Dascal-Weichhendler H, Rubin O, Pessach N, Itzik D, Benita S, Ziv A. Domestic violence: a national simulation-based educational program to improve physicians knowledge, skills and detection rates. Israel Center for Medical Simulation, Israel. Med Teach. 2010; 29(5):133-8.
64. Docampo Santaló L, Barreto Lacaba R, Santana Serrano C. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. Rev Arch. Med. Camagüey. 2009.13 (6)
65. Díaz Fernández S, Camejo Pérez YM, Díaz Fernández BC. Programa de intervención educativa para promover conductas asertivas en el adulto mayor. Rev. Mediciego.2012. 18(2)

66. Montserrat C, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit (Barcelona)*. 2007; 21(3):235-41.
67. Martínez Cepero FE. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Rev Cubana Enfermer*. [Internet]. 2009 [citado 10 May 2014]; 25(3-4).
68. Brenes G. The roles of family and the Welfare State in reception of public and private support by the elderly in three Latin American countries. New Orleans: Population Association of America; 2008.
69. Mondéjar Barrios M D, Sifontes Pardo L H, Ceballo G C. Fragilidad en el adulto mayor. Intervención educativa sobre los cuidados en el anciano. *Rev. Mediciego* 2010. 16(2).
70. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [Internet]. 2008 [citado 27 Abr 2014]; 24(3).
71. Despaigne Vinent M[†], Jiménez Betancour[†] E, Martínez Despaigne^e B. Intervención educativa sobre violencia a integrantes de la Universidad del Adulto Mayor "24 de Febrero". *Rev. Med medisan*. 2011. 15: 1
72. Cruz Barbán O. La familia cubana, donde el amor es el sostén de la vida [monografía en Internet]. [junio 2014].
73. Cordero Jiménez J R, García Cordero S, Rodríguez Sánchez I, Santana Castellón D, Fragoso O, Fernández López O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. *Rev. MediSur*. 2010. 8:4

74. Garay J. Maltrato en el anciano. *Rev Iberoam Geriatr Gerontol.* 2010; 16:10-15.
75. Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman BI. Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden? An exploratory study. *Scand J Caring Sci.* 2006; 20(2):151-9.

ANEXO 1

ENTREVISTA AL FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR PARA PROMOVER SUS CONOCIMIENTOS EN LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR.

1.1. Número de orden.

1.2. Local Médico de Familia.

2. Grupo de edades de la persona encuestada.

2.1. 20 a 29 años 2.2. 30 a 39 2.3. 40 a 49 ; 2.4. de 50 a 59

2. 5 Grupo de edades del adulto mayor residente en el hogar

2.6. 60-69 2.7. 70-79 2.8. 80 y más

3. Sexo de la persona encuestada

3.1 Masculino 3.2. Femenino

4. Estado civil

4.1. Soltero 4.2. Casado

Encuesta:

Responda el siguiente cuestionario.

1- ¿Cuál es su escolaridad? (marque con una "X" según corresponda):

1.1- Universitario_____

1.2- Preuniversitario_____

1.3- Secundaria_____

1.4- Primaria_____

1.5- Primaria sin terminar_____

2- ¿Desde cuándo convive con el adulto mayor residente en su hogar? Marque con una "X" según corresponda:

2.1- menos de 10 años_____

2.2- entre 10 y 20 años_____

2.3- más de 20 años_____

3- ¿Cuáles son las formas más frecuentes de maltrato contra el adulto mayor que Ud conoce?

- A. El **abuso físico** está definido como actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, e incluye ataduras, empujones, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación.
- B. El **maltrato psicológico o emocional** es la conducta que causa angustia mental; por ejemplo, amenazas, insultos verbales y no verbales, aislamiento y humillación.
- C. El **abuso financiero** es el abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador; es como actuar como un ladrón (dinero, cheques de seguridad social, pensiones), o también haciendo uso de la coerción (cambio de testamento o concesión de poderes).
- D. El **abuso sexual** es mantener contacto sexual no consentido, de cualquier tipo con un adulto mayor.
- E. El **abuso por negligencia** activa es el fallo de la persona que está al cuidado del adulto mayor, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y puede ser debida a represalia, falta de interés o incentivos económicos, puede ser física, emocional o financiera. La física puede ser el fallo para proveerle de los espejuelos, la dentadura, las medidas de seguridad y la higiene; la emocional incluye aquellos fallos para proveer al geronte de estimulación social, como por ejemplo, dejarlo solo por largos períodos; y la negligencia financiera se produce con los fallos para usar los recursos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del adulto mayor.

F. Los **otros tipos de abuso** se definen como la violación de los derechos de la persona en cuanto a su dignidad y autonomía, el abuso médico y el abandono.

4. De las siguientes formas de comunicación cuáles Ud considera que constituyen maltrato contra el adulto mayor.

4.1. No prestarle atención cuando habla de sus temas preferidos.

4.2 No permanecer con el adulto mayor todo el día en el hogar.

4.3. Impuntualidad en los horarios de alimentación.

4.4. Contradecir sus ideas cuando no tiene razón en lo que dice.

4.5. No sé que es maltrato contra el adulto mayor.

5- Marque con una "X" la respuesta correcta.: cuando se trata al adulto mayor de forma muy exigente en sus tareas, el mismo puede presentar:

5.1- tristeza

5.2- Aumento de su autoestima

5.3- No se modifica_____

6- Marque con una "X" la respuesta correcta. El adulto mayor se puede deprimir por las siguientes causas:

6.1- por permanecer solitario la mayor parte del tiempo en el hogar.

6.2- por el abandono familiar

6.3- por presentar una enfermedad crónica.

6.4- por no darle el alimento que más le gusta

7- ¿Tiene algún efecto negativo sobre el adulto mayor el uso de bebidas alcohólicas por parte de un conviviente del hogar? Marque con una "X" la respuesta correcta:

A. Si_____

B. No_____

8- ¿Cuáles de los siguientes síntomas se corresponden con la depresión por maltrato al adulto mayor? Marque con una "X" las respuestas correctas:

A. aumento de la diuresis nocturna_____

B. Falta de aire_____

C. Dolor torácico_____

D. aislamiento_____

E. Pérdida de peso_____

F. aumento del apetito_____

G. falta de esperanzas_____

H. ideas suicidas_____

9- ¿Cuáles de los siguientes procedimientos son importantes para evitar el maltrato en el adulto mayor?

A. Llevarlo al médico cuando esté enfermo

B. Hablar con el adulto mayor acerca de sus temas preferidos todos los días.

C. Llevarlo a visitar familiares o amistades.

D. Permanecer en el hogar todo el tiempo con el adulto mayor.

E. Nombrar un cuidador dentro de la familia, que vele por la atención del adulto mayor.

Esta encuesta ha sido validada por los especialistas de Psiquiatría de la provincia de Ciego de Ávila.

ANEXO 2:

Programa de intervención:

La intervención comunitaria constará de 10 actividades que serán impartidas todos los miércoles en horario vespertino en un aula del policlínico Norte, que será asignada para la misma.

Las fechas y horas que se muestran a continuación están sujetas a cambios en dependencia de la disponibilidad del local asignado, así como por las actividades docentes que pueda la autora presentar en un momento determinado durante la intervención.

Primer encuentro:

Día:3/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Norte

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: 1- Presentación formal de los participantes involucrados.

2- inicio de la intervención.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- Marcador.

4- Mini boletín impreso (será elaborado por la autora de la Intervención).

5- Local del policlínico.

Técnica participativa: El Solapín.

Introducción: Durante este primer encuentro en primer lugar se presenta el equipo de salud formalmente ante los participantes del estudio, luego se procederá a la presentación de cada uno de los participantes para lo cual se utilizará la técnica del solapín la cual consistirá en que cada uno de los participantes colocará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: En un segundo momento se hablará sobre los objetivos del proyecto, la importancia del mismo para lograr mejorar el bienestar de los adultos mayores y prevenir la violencia contra ellos.

Se expondrá a los participantes todo lo relacionado con las actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicarles todo lo referido a el proyecto se informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar la explicación se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso.

Por último, como incentivo para la próxima actividad se entregará en forma de mini boletín impreso informaciones referentes al trato adecuado con el adulto mayor dentro del hogar. Se informará el día, hora, lugar, y tema de la próxima actividad.

Segundo encuentro:

Día: 10/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Norte

Título: Concepto de violencia y maltrato contra el adulto mayor.

Objetivos: 1- Informar sobre el estado actual de la temática.

2- Analizar el concepto de violencia y maltrato.

3- Conocer los datos más relevantes sobre la estadística de esta entidad.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: Previo al desarrollo de la actividad se realizará un recordatorio de la actividad anterior.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia, con un Power Point con imágenes y datos relevantes del tema que se tratará, para lograr que el encuentro sea más emotivo y dinámico. Se tratarán los temas referidos al concepto de violencia, los datos más relevantes con respecto a la estadística de esta entidad y por último lo referente al estado actual del tema en diferentes áreas geográficas.

Por último se formularán varias preguntas, tales como ¿Sabían ustedes que algunas enfermedades del adulto mayor son provocadas por el maltrato contra los mismos? ¿Conocen de alguna actividad profesional que pueda llevarlos a padecer dicha enfermedad? ¿Saben ustedes que es un factor de riesgo?

¿Conocen de algunas de las labores que nuestro sistema de salud desarrolla para reducir al máximo la incidencia de factores que pueden ser causas de violencia contra el adulto mayor?

Tercer encuentro:

Día: 17/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Factores de riesgo del adulto mayor que lo predisponen al maltrato por sus convivientes.

Objetivo: - Analizar los principales factores de riesgo que pueden promover el maltrato contra el adulto mayor.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Técnica participativa: técnicas de grupo focal.

Introducción: Se ofrece un resumen a modo de recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizarán simultáneamente preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad utilizará la técnica de los grupos focales, la misma consiste en el conocimiento de los nombres de cada cual y su interacción directa, de modo que el grupo adquiera un nivel de aproximación emocional que permita el intercambio y la incorporación de los conocimientos impartidos.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, en la cual se tratará el origen de la violencia contra el adulto mayor, haciendo énfasis en los factores de riesgo ambientales y al final se dará una introducción de la siguiente actividad, en la cual se hablará del aislamiento como factor de riesgo capital.

Cuarto encuentro:

Día: 24/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: El aislamiento en el adulto mayor.

Objetivo: 1- Valorar el aislamiento como el factor de riesgo principal del

Maltrato contra el adulto mayor.

2- Determinar los diferentes patrones que favorecen el aislamiento del adulto mayor.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del policlínico.

3- Pizarra.

Técnica participativa: Dinámica de grupo (Lluvia de ideas).

Introducción: breve resumen de la actividad anterior que a su vez introduce al auditorium dentro del tema a tratar en este encuentro y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se explica a los participantes en qué consiste una lluvia de ideas, en la misma cada miembro expondrá con sus palabras la forma de maltrato que conoce, además sus características, antes de comenzar se escogerá a un participante que actuará como relator y se encargará de anotar todos los datos que se expongan en una pizarra y la autora actuara como coordinadora. Posteriormente se determinaran los patrones predominantes, y se hablará acerca de las modificaciones en el riesgo que pueden ocurrir teniendo en cuenta los diferentes patrones de maltrato.

Seguidamente se efectúa un mini debate acerca de los adultos mayores maltratados y su derecho a vivir con bienestar y a mantener un ambiente de paz y equidad en el hogar.

Quinto encuentro:

Día: 31/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Repercusión de la violencia contra el adulto mayor.

Objetivo: 1- Analizar los daños que produce el maltrato en el adulto mayor.

2- Enumerar alguna de las enfermedades a las cuales está asociado.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Técnica participativa: Tormenta de ideas.

Introducción: Se realizará una breve reseña de la clase anterior y se realizarán preguntas de control, luego se realizará una breve introducción del tema como incentivo de la actividad.

Desarrollo: Se imparte una conferencia guiada por un Power Point que abarca temas relacionados con modificaciones ocasionados por la violencia y algunas de las entidades que se asocian indirectamente con estos problemas.

En la próxima actividad se hablará de las manifestaciones clínicas del geronte maltratado en sus diferentes formas de presentación, y como motivación se mostrará una ilustración con los daños sufridos más frecuentes por las personas mayores víctimas de maltrato.

Sexto encuentro:

Día: 7/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Manifestaciones clínicas del síndrome del nido vacío.

Objetivo: - Enumerar los síntomas y signos presentes en este síndrome.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: breve resumen de la actividad anterior, con preguntas de control, se hablará acerca de las múltiples formas de maltrato contra el adulto mayor, para incentivar a los participantes.

Desarrollo: Se realizará una conferencia con un Power Point, en la misma se hablará de los síntomas y signos que pueden aparecer en el síndrome del nido vacío, según se traten de problemas mentales, o físicos o espirituales.

Al finalizar como motivación de la próxima actividad se les informará a los participantes que en el próximo encuentro se realizará una clase taller sobre los temas tratados en esta actividad, donde podrán participar.

Séptimo encuentro:

Día: 14/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Clase práctica sobre el síndrome del adulto mayor maltratado.

Objetivo: - Lograr que los participantes sean capaces de identificar los síntomas y

Signos más frecuentes del adulto mayor maltratado.

Tipo de actividad: Clase práctica.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del policlínico.

3- Pizarra.

Técnica participativa: -Retazos musicales.

Introducción: Se realizará un resumen del tema tratado en la actividad anterior a modo de recordar los datos más importantes para lograr que la actividad de ese día fluya de modo dinámico.

Desarrollo: Para desarrollar la clase práctica se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de 5 varias personas, a cada subgrupo se le entregará una hoja con un listado de síntomas y signos enumerados, los participantes deben poder identificar cuales se corresponden con el maltrato del adulto mayor, después se expondrán en la pizarra, y se discutirán los resultados de cada grupo. Para finalizar este encuentro se realizará la dinámica de animación "Retazos musicales

", donde cada participante entonará un fragmento de una canción y el resto deberá identificarla.

Octavo encuentro:

Día: 21/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: ¿Cómo tratar al adulto mayor en el hogar?

Objetivo: - Exponer las principales formas correctas de comunicación con el adulto mayor en el hogar

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: A modo de introducción se habla de las formas adecuada de comunicación con el gerontes, la importancia de que estén cerca de los niños y la generación más joven, que sean tomados en cuenta sus criterios en el hogar para cualquier modificación en ese lugar.

Desarrollo: Se dicta una conferencia guiada por un Power Point con imágenes de diferentes personas que representan a una familia funcional, que brinda afectos positivos a un adulto mayor; se discute sobre este tema, se permite al participante que muestre todos sus criterios y después se somete a debate.

Noveno encuentro:

Día: 28/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Aspectos jurídicos y legales sobre el trato al adulto mayor.

Objetivos: 1- Mencionar la clasificación de lo que constituye delito contra el adulto mayor.

2- Cómo evitar las figuras delictivas que dañan a al adulto mayor en el hogar.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: Se realizará una breve reseña de la clase anterior y se realizaran preguntas de control.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia con un Power Point abarcando la clasificación del de los principales delitos de maltrato contra el adulto mayor. Se explicará a quien acudir en caso de conocer de algún adulto mayor maltratado en su propia casa. Se enfatizará en la asistencia a la casa de orientación de la mujer y la familia como principal escenario para la aplicación de este programa que promueve el conocimiento de la ley en este tema.

Para finalizar la actividad se invitara a todos los integrantes a participar del último encuentro donde se realizará una actividad de despedida.

Décimo encuentro:

Día: 5/12/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Terminación de la intervención.

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del policlínico.

Técnica Participativa: -Regalo y utilidad.

Introducción: breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación " El regalo y la utilidad ", la misma consistirá en que los participantes se dividirán en dos grupos, uno expresará un regalo al oído de su compañero y en sentido inverso se regalará una utilidad, al finalizar cada participante dirá qué regalo y cual utilidad se le dio.

Al terminar la intervención se entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

ANEXO 3.

Boleta de disposición de los pacientes para participar en la investigación.

Yo: -----, familiar de un adulto mayor, después de saber en qué consiste la, investigación estoy plenamente de acuerdo en que se me realice la encuesta. Y para que aquí conste, firmo la presente el día ----- del mes de ----- del año -----.

Firma del participante.-----.

Firma del médico-----.