

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISIÓN BARRIO ADENTRO**

**TÍTULO: COMPORTAMIENTO DE LA VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR EN EL
CONSULTORIO SABANETA, SIMÓN PLANAS, ESTADO LARA.**

AUTOR: Dra. MARISELA SANCHEZ GARCIA

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral
Profesor Instructor

TUTOR: Dr.C. FELIPE PIÑOL JIMÉNEZ

Doctor en Ciencias Médicas
Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología
Profesor- Investigador Auxiliar
Master en Infectología

ASESOR: Dr. ALEXIS OSORIO BOYE

Especialista de Primer Grado en Medicina Intensiva
Especialista de Segundo Grado en Terapia Intensiva
Profesor Instructor

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN
LONGEVIDAD SATISFACTORIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

LARA 2009

AGRADECIMIENTOS

- A todos los que a lo largo de mi formación me han ayudado e inspirado para que me capacite constantemente.
- Al Doctor en Ciencias Médica Felipe Piñol Jiménez a quién admiro y respeto, por haberme brindado su amistad incondicional, por compartir conmigo su sabiduría y experiencias, por inspirarme a continuar adelante con cada meta que me imponga la vida.
- A la Misión Barrio Adentro quién me permitió seguir mis estudios y lograr nuevas metas en el ambito profesional.

PENSAMIENTO

“Mientras más avanza en edad una persona mayor comprensión y sabiduría adquiere, mereciendo mayores honores y veneración.

Blas Pascal

DEDICATORIA

A mis padres, por haber dado vida a mi ser.

A mi hija, motivo de mis esfuerzos diarios

A mis pacientes, por ser el motivo de mí trabajo diario.

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo prospectivo de corte transversal donde el universo estuvo constituido por 200 pacientes mayores de 60 años de uno u otro sexo y etnia, atendidos en el Consultorio del sector Sabaneta del municipio Simón Planas, donde fueron evaluados con el objetivo de conocer el comportamiento de la violencia en ellos. El estudio se realizó durante el periodo comprendido entre septiembre de 2006 hasta agosto del 2007. A todos los datos obtenidos se les calculó las frecuencias absolutas y relativas y se distribuyó en tablas. Al concluir la investigación los resultados mostraron que el 61, 2% de los adultos mayores que acuden al consultorio refiere haber recibido algún tipo de violencia, de los cuales el 60,1% son del sexo femenino y en las edades de 66 a 70 años (35,9%), con estado civil casado (34,7%), primaria sin terminar (42,5%) y amas de casa (41,9%). La violencia psicológica más frecuente fue la tipo mixto (44,5%) y de la violencia física el 86,9% los empujones. Los hijos fueron los agentes agresores que con mayor frecuencia (46,4%) refirieron los adultos mayores. El 41,8% de los adultos sufren de violencia o maltrato de forma cotidiana. Se recomienda fomentar actividades administrativa de salud encaminadas a conocer todos los factores que dentro de la población del adulto mayor pudieran contribuir tanto al maltrato o la violencia de los mismos, con el objetivo de mejorar la dinámica familiar y la calidad de vida en dicho grupo de edad.

ÍNDICE

Introducción	1
Marco teórico	14
Objetivos	25
Diseño metodológico	26
Resultados	35
Discusión	44
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
Referencias bibliográficas	53
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La violencia constituye una de las afectaciones más severas que azota a la humanidad desde épocas muy remotas, la cual ha sido la causas de muchas muertes, de problemas sociales entre las familias, comunidades e incluso entre países y continentes como ocurren en las guerras actuales que por su magnitud van más allá del deterioro de la sociedad, como lo es en el propio hombre, que llega a crear diversas maneras para autodestruirse. ^{1, 2}

Múltiples son las formas de expresión individual y colectiva de la violencia, los factores que la originan y las consecuencias sociales que generan, hacen de ella un fenómeno complejo de tratar. ^{3, 4}

En la literatura internacional la violencia en el adulto mayor es definida como: “un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor” “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores de 60 años ó más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”. ^{1, 5, 6}

En general la violencia en el adulto mayor puede definirse como toda acción u omisión que de manera directa o indirecta, cause daño físico ó psicológico, con o sin lesión visible, a la persona adulta mayor. ^{5, 6}

Las normas culturales que rodean a la violencia y a su género, no sólo se manifiestan en el ámbito individual, sino que también en la familia, la comunidad y en el más amplio contexto social, incluidos los medios de comunicación que la refuerzan o la combaten. ^{7, 8, 9}

En la 49 Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una resolución donde declaró que “La violencia constituye un problema prioritario de salud pública y reconoce las graves consecuencias inmediatas y futuras que genera para la salud y el desarrollo psicológico y social de las personas, las familias, las comunidades y los países. ¹⁰

Investigaciones realizadas en diferentes regiones del mundo reafirman que la violencia es en realidad un comportamiento adquirido, es decir una persona violenta es producto de padres violentos ⁴, la cual adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle, en la casa y en la comunidad en general. Se puede focalizar las conductas violentas el empleo de la fuerza para resolver conflictos interpersonales. En tal sentido se describen diferentes tipos de violencias como son: física, psíquica, económica /Financiera /Material / Patrimonial, sexual, por negligencia / Abandono (^{11, 12, 13}).

Existen diferentes causas que favorecen dentro de la comunidad y en las familias la violencia, generalmente las causas son económicas y sociales como: el desempleo, el estrés, la economía, el hacinamiento, las relaciones de convivencia, las frustraciones, el alcoholismo, la drogadicción, y patrones de conducta no acorde a las normas de la sociedad civilizada; tal es así que según reportes señalan que dentro de las

principales causas evaluadas en los estudios de prevalencia que generan violencia en el adulto mayor se resumen en el siguiente cuadro I. ¹⁴

Cuadro I. Causas de violencia o maltrato en el adulto mayor.

- Falta de educación y cultura sobre envejecimiento y vejez.
- Falta de promoción de derechos e información.
- Falta de mecanismos efectivos para la detección de situaciones de maltrato.
- Omisión de Denuncia.
- Carencia de un sistema de defensa adulto mayor.
- Ausencia de una cultura de paz al interior de las familias.
- Inestabilidad de las personas en su ámbito sociofamiliar.
- Falta de reconocimiento y respeto de la sociedad al adulto mayor.

Estas causas, unidas a diversos factores que ocurren dentro del ámbito familiar, comunitario y en la sociedad en general, conllevan en ocasiones a la violencia, y dentro de los principales factores que se reportan están: Cuadro II. ^{15, 16}

Cuadro II. Factores de riesgo para el origen de la violencia.

Factores del agresor:

- La existencia en el cuidador de una sobrecarga por estrés externo, excesiva dependencia física, emocional o económica de parte del adulto mayor, transmisión intergeneracional de comportamiento violento y un marcado aislamiento social.

Factores de la Víctima:

- Fragilidad física/psíquica, edad avanzada, género femenino, patrimonio (bienes-ingresos), poder senil, aislamiento, ser viuda, deterioro de la salud, demencia, baja autoestima, aislamiento social.

Factores circunstanciales:

- Una mala relación familiar previa, problemas económicos, falta de recursos sociales de apoyo, falta de iniciativa de profesionales sanitarios.

No obstante, muchos autores señalan que la violencia es una forma del ejercicio del poder, para eliminar aquellos obstáculos que se interponen en nuestras decisiones y acciones a lo cual se le impone la fuerza. Por lo general la conducta violenta es posible cuando existe un desequilibrio entre los factores de riesgo y las causas que conlleva a la violencia. ^{15, 16, 17}

Este desequilibrio de poder dentro de la relación puede ser permanente o momentáneo. Cuando es permanente, las causas generalmente son culturales, institucionales, etcétera, y cuando son momentáneas se explican por sí solas (contingencias ocasional).

En fin, toda persona con independencias de raza, sexo o edad puede ser objeto de conducta violenta. Esto ha conllevado a que los estudios sobre el tema de violencia son dirigido a diferentes grupos, entre ellos a los adultos mayores y al mismo tiempo

los estudios de prevalencia e incidencia son muy contradictorios por diversos motivos, tal es así en América latina la prevalencia de la violencia o maltrato no es aún conocida en su totalidad debido al alto índice de casos no denunciados (conocidos como cifras ocultas), no existen fuentes que puedan proporcionar datos exactos sobre la incidencia de violencia o maltrato a este grupo poblacional (adulto mayor) dado que no existe una instancia administrativa especializada abocada a la atención de casos específicos de maltrato a personas adultas mayores.^{11, 12, 18} En tal sentido, todas las investigaciones están encaminadas a conocer sus características epidemiológicas y su comportamiento dado que el abuso en los adultos mayores no puede ser eliminado absolutamente pero si puede ser reducido, con el apoyo de las instituciones de salud al realizar actividades de promoción de salud en las familias, comunidades y en la sociedad en general.^{19, 20}

No obstante, estudios a nivel internacional en especial en países desarrollados reportan tasa de violencia del 3% al 12%, con mayor frecuencia en mujeres y los hombres con mayor probabilidad de denunciar la violencia.^{21, 22, 23}

Estudios realizados en dos regiones de Chile señalan: que uno de cada tres personas sufre algún tipo de maltrato, que el tipo de maltrato de mayor frecuencia es el psicológico y que la mayor frecuencia la sufren las mujeres.²⁴

Estudios realizados en Perú, reportan según las encuestas “Nacional de Hogares sobre vida familiar” que 1.9% de adultos mayores son víctimas de maltrato en las familias, y otro estudio realizado en el Centro del adulto mayor Essalud Tacna, Perú 2002 también refuerza estos resultados: reporta que uno de cada dos personas sufre algún tipo de maltrato, que el tipo de maltrato de mayor frecuencia es psicológico, que la mayor frecuencia es en mujeres y el año 2003 reporta en el grupo >60 años: 1,077 casos (802 mujeres, 275 hombres) que habían sufrido violencia en el país.^{25, 26}

En Venezuela, la violencia del adulto mayor ocurre en las casas y generalmente es del tipo abuso físico y verbal, despojo de sus pertenencias y propiedades, inseguridad personal y abandono familiar. Según investigaciones sobre el tema de la violencia se desprende que una de las causas fundamentales es que no existen personas capacitadas para atender y orientar a los adultos mayores, además de ausencia de campañas de sensibilización para este grupo vulnerable de la población; motivo por el cual uno de los retos en Venezuela es lograr líneas de investigaciones sociales coherentes con las realidades del país y en especial del adulto mayor.^{27, 28}

Al analizar los anuarios estadísticos del Ministerio de Salud de Venezuela, y detallar el comportamiento de las primeras cinco causas de muerte en las mujeres y hombres del país en general sin analizar las edades, desde el año 1997 hasta el 2004; se reportaba que: las cinco primeras causas de muerte en las mujeres se caracterizan por ser producto de enfermedades orgánicas, más no de accidentes o violencia. Sin embargo, cuando se revisan las cinco primeras causas de muerte en los hombres, sólo una de las cinco causas presenta una variación en comparación con las mujeres, los homicidios. Donde el porcentaje del total de hombres fallecidos por esta causa pasa de 4,6% a 9,7% entre los años 1997 y 2004. En el 2003 los homicidios representaron más de uno de cada diez defunciones (11,2%), mientras que para el año 1997 los homicidios ocupaban la quinta causa de muerte, y en el 2004 llegaron a ser la tercera causa de muerte en los hombres, de origen externo al individuo, es decir, no por enfermedades, sino muertes causadas por violencia o accidentes,²⁹⁻³² por lo que se concluye que en Venezuela existe una tendencia biológica de que los hombres mueren más jóvenes que las mujeres, es decir, la esperanza de vida es menor; hecho que se conoce en demografía como sobre mortalidad masculina. Finalmente lo que se evidencia es que la tendencia de las causas de muerte en los

hombres en los últimos años, en Venezuela dado por el crecimiento de la sobre mortalidad masculina está más asociada a causas violentas que a causas biológicas.

27, 28

Otro tema de gran interés en Venezuela lo constituyen los medios de comunicación, tales como, la televisión, los videojuegos, la música y otros medios visuales que constituyen herramientas útiles para enseñar y socializar a la comunidad; sin embargo, las investigaciones realizadas al respecto corroboran cada día más los efectos notables e insidiosos de estos medios de comunicación, manifestados en la vida diaria por comportamientos agresivos, miedos y desensibilización a la violencia.

33

En los últimos años en el país la violencia televisiva es aceptada como un problema de salud pública, dado que numerosas encuestas indican que los venezolanos sienten preocupación al plantear que la televisión “embellece” la violencia y la vuelve atractiva en todo su ámbito.³³

La televisión tiende a estereotipar a mujeres y hombres. A ellas se les muestra como personas jóvenes, casadas, atractivas dentro de “contextos familiares”, hogareños y de romance. A ellos, como personas de mayor edad, fuertes, violentas y con empleo fuera del hogar. Además, los jóvenes aprenden descripciones del papel de cada sexo, resolución de conflictos y patrones de galanteo y satisfacción sexual de los adultos. Muestran mayor importancia del aspecto que la capacidad mental. Las mujeres inteligentes suelen ser mostradas como inadaptadas sociales y las adolescentes suelen ser vistas como personas obsesionadas en comprar, acicalarse e interesarse por los jóvenes, en vez de tener predilección por aspectos académicos u objetivos de carreras profesionales. También se somete al ridículo a los ancianos, obesos e incluso homosexuales.³³

No obstante, hay que considerar los aspectos positivos de los medios de comunicación entre los cuales está el desarrollo de las capacidades intelectuales, la mejoría académica, el modelado del comportamiento pro social, el estímulo para difundir información sobre nutrición y salud, y la expansión de la conciencia social y política. Otros beneficios comprenden mayor eficiencia para uso de tecnología; dominio más fino de juegos y programas computarizados; práctica para solución de problemas; mejoría de las capacidades motoras y espaciales finas; y contacto con bancos de información.

Huesmann y Eron (34), en sus estudios advirtieron que la cantidad de programación violenta que miraban los niños de tercer grado (de aproximadamente 8 años) guardó relación directa con el comportamiento agresivo a los 19 años y a los 30 años de edad por lo que concluyeron que “los hábitos agresivos al parecer se aprenden desde etapas temprana en la vida, y una vez arraigados no cambian con facilidad, y predicen un comportamiento antisocial grave del adulto. Si la observación de la violencia de los medios de comunicación por parte de un niño estimula el aprendizaje de hábitos agresivos tendrá consecuencias dañinas permanentes”.

En este sentido, los trabajadores de salud juegan un papel crucial en la ayuda que se les puede brindar a todas las personas que sufren violencia y en especial al adulto mayor. El personal médico que trabaja en la comunidad, en los centros de salud e instituciones sociales pueden advertir pruebas de violencia cuando las personas se hagan atender por otras afecciones; no es infrecuente examinar, en los departamentos de urgencia de los hospitales, un anciano maltratado, alguien que fue víctima de la violencia en general. Los trabajadores de salud pueden ser la única fuente de ayuda externa para las víctimas del maltrato.

En Venezuela, con la instauración de la Revolución Bolivariana el gobierno, cumpliendo lo establecido en su constitución, instala un nuevo sistema de salud el cual tiene como premisas muy similares al sistema de salud cubano en cuanto a materia de salud se refiere, a partir de un elemento de vital importancia que es la presencia del médico comunitario, el cual tiene en cuenta dentro de su grupo social a los adultos mayores con el cual aborda los aspectos médicos y sociales de este grupo de edad. Un elemento de vital importancia son la creación de los círculos de abuelos, una experiencia genuinamente cubana sobre la aplicación de los criterios de promoción de salud, principalmente en la capacidad para estimular la recuperación de las capacidades físicas, la sociabilización y la autonomía del adulto mayor que influye en el diagnóstico y prevención del maltrato en esta edad.

En este sentido, el Gobierno Bolivariano ha creado un nuevo modelo de gestión de salud integral, orientado al logro de una mejor calidad de vida de las poblaciones postergadas en Venezuela, a través de un plan de salud para la asistencia médica integral de las familias denominado Misión Barrio Adentro.³⁵

La Misión Barrio Adentro es una propuesta que rescata la filosofía y los objetivos de la Atención Primaria de Salud (APS) en Venezuela, creada como política de Estado, bajo la administración del presidente Hugo Chávez, para acceder a los servicios de salud a toda la población, forma parte del Sistema Público Nacional de Salud y como una estrategia basada en los principios de la APS, para contribuir a dar respuesta a la deuda social acumulada, a través del desarrollo de programas de prevención y promoción en salud dirigidos a la atención de personas, familias y colectivos con difícil acceso y cobertura a los servicios de salud.^{36, 37, 38}

Los consultorios populares son los ambientes físicos existentes en las comunidades, acondicionados y dotados con los recursos humanos y materiales necesarios para

brindar la atención médica gratuita a toda la población. El trabajo de los médicos y las enfermeras no se circunscribe a la atención médica, sino que se adentra en el seno de la comunidad y en especial de los hogares para brindar una asistencia médica verdaderamente integral y conocer y orientar a la comunidad de cómo tener una vida más saludable y sana. En los consultorios populares labora un equipo de trabajo conformado por el médico de familia, la enfermera, el comité de salud, los estudiantes de medicina, que en conjunto ayudan a cambiar el modo y estilo de vida de una población realizando actividades de atención primaria de salud, como la promoción de salud a través de charlas educativas, festivales por la salud, etcétera y la atención al adulto mayor.^{38, 39, 40}

En Venezuela, al ser un país subdesarrollado y contar con una gran población envejecida, la atención al adulto mayor constituye un problema de salud y aún más cuando se relacionan con las condiciones socioeconómicas y culturales del país que predispone a la violencia y maltrato no sólo al adulto mayor sino a la población en general, del cual existen evidencias según reporte en la literatura del país que señalan el incremento de muertes por actos violentos que cada día ocasionan pérdidas humanas, incapacidad y estados depresivos, hecho que se ha podido constatar con la introducción de la Misión Barrio Adentro, que incluye la atención médica y la aplicación de medios de promoción de salud de forma gratuita y a toda la población, motivo por el cual se realizó este tipo de investigación al observar empíricamente que la mayoría de los adultos mayores que acuden al consultorio popular del sector Sabaneta demandan de atención y orientación dado que muchos son agredidos, violentados, por sus familias, la sociedad, etcétera y a su vez no cuentan con centros de atención al adulto mayor en la comunidad.

Teniendo en cuenta estos antecedentes y la revisión bibliográfica realizada sobre base crítica y las observaciones empíricas, se plantea la siguiente hipótesis de trabajo:

Más 50% de los adultos mayores atendidos en el consultorio popular del sector Sabaneta refieren haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato en un momento de sus vidas, lo cual es fácilmente identificable durante el interrogatorio y el examen clínico de los mismos, lo cual permite conformar el cuadro de morbilidad sobre violencia en el adulto mayor.

Para validar esta hipótesis, se realizó la presente investigación en el municipio Simón Plana, Estado Lara con una muestra suficientemente representativa, de la cual se exponen los resultados una vez concluido el período de estudio.

A partir del problema y la hipótesis formulada, se elaboró el objetivo general y los específicos de la investigación que se muestran mas adelante.

La novedad científica de esta investigación reside en que por primera vez en el Consultorio Popular del sector Sabaneta del municipio Simón Planas, Estado Lara, se conoce el comportamiento de la violencia en el adulto mayor.

La importancia teórica de este trabajo radicó en que sus resultados ofrecen perspectivas de trabajo para que en el futuro se apliquen programas encaminados a planificar y organizar la atención integral del adulto mayor, que les permitan ofrecer una orientación de calidad, rápida y eficaz que les garanticen a los adultos una vida más confortable y disminuya la violencia y el maltrato a los mismo.

En el orden práctico, en este trabajo se demostró que el conocimiento y caracterización de la violencia en los adultos mayores pertenecientes al consultorio popular de Sabaneta, permite crear las bases para conocer la morbilidad y características de la violencia en el adulto mayor en dicha localidad.

Justificación del estudio

El estudio se justificó, dado que el mismo se realizó en un grupo de pacientes adultos que acudieron al consultorio popular demandando ayuda y orientación por que en algún momento de sus vida fueron victima de maltrato o violencia, lo cual permitió conocer las características de los mismos, hecho que con la introducción de la Misión Barrio Adentro, donde se ofrecen estos servicios gratuitos, se podrá determinar la frecuencia y comportamiento de la violencia que sufren los adultos mayores en la comunidad, lo cual permitirá en un futuro tomar medidas para mejorar el cuadro de morbilidad y mortalidad con respecto a la violencia en el adulto mayor.

MARCO TEORICO

El fenómeno del envejecimiento de la población, es un proceso que no sólo se ha iniciado en los países desarrollados desde hace varias décadas, avanza con extraordinaria rapidez en el mundo, llegando alcanzar casi las mismas conductas en países subdesarrollados y en vías de desarrollo.^{41, 42}

Este hecho ha motivado llevar a cabo una reflexión en la comunidad científica, que ha impulsado a las organizaciones internacionales, a los gobiernos, asociaciones científicas y gremiales, a analizar y planear políticas sociales en materia de seguridad social, cuya acción va dirigida a la protección social, a la salud para la vejez, los programas de vivienda para ancianos, los programas recreativos, educativos, de

capacitación y de segunda ocupación para el adulto mayor, que permiten dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos ocasionados por el envejecimiento con el fin de evitar la violencia tanto física y psicológicas en los adultos. ^{43, 44}

América Latina, presenta una marcada tendencia hacia el envejecimiento de su población, la cual se estima que será mucho más en las próximas décadas, dado por el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad. ⁴⁴

Existe evidencias de que el envejecimiento poblacional trae como consecuencia diversos problemas sociales tales como el impacto de la jubilación, el deterioro del ingreso y su repercusión sobre la calidad de vida del anciano, entre otros, los cuales son de gran interés para la investigación gerontológica y no sólo son abordados por el individuo envejecido sino también por las familias, la comunidad y el estado. ⁴⁵

Al respecto en el plan de acción internacional sobre el envejecimiento (Madrid 2002) se planteó la necesidad de un cambio de actitud, de la política y de la práctica de todos los sectores para aprovechar el enorme potencial que el envejecimiento supone para el siglo XXI. ⁴²

Todas las personas mayores deberían envejecer con seguridad y dignidad, y continuar formando parte de la sociedad como un ciudadano de pleno derecho. La gran mayoría de los planes dictaminados por los gobiernos tienen como objetivo que las personas mayores disfruten plenamente de sus derechos humanos, envejecer de forma segura y fuera del alcance de la pobreza, participen plenamente en la vida económica, política y social, y tengan la posibilidad de realizarse en su edad más avanzada. También se centra en la eliminación de la violencia y la discriminación de las personas mayores, la igualdad de género, la importancia vital de la familia, la asistencia sanitaria y la protección social de las personas mayores. Los gobiernos son

ante todo los responsables de estos planes de acción, pero las asociaciones intergubernamentales, las sociedades civiles, el sector salud y las personas mayores están también implicadas.⁴⁶

Venezuela, presenta la misma situación observada en el mundo y específicamente en el resto de América Latina, donde demográficamente la población nacional ha evidenciado variaciones significativas. Según la oficina central de estadística e informática, para el año 2000 Venezuela contaba con 24 169 744 habitantes, de los cuales 1 593 585 eran ancianos (de 60 años y más), lo que representaba el 6.6% de la población total; para el año 2005, la población venezolana se estima en 26 467 834 con un total de 1 943 523 personas de 60 años y más, o sea, el 7.34%, y para el año 2025 se proyecta en 37 999 168 habitantes, de los cuales 4 355 092 serán ancianos, es decir, el 11 % de la población.⁴⁷⁻⁵⁰

Aún cuando Venezuela es un país catalogado como joven, puesto que su población mayor de 60 años para el año 2003 no llega al 10%; también refleja el fenómeno del envejecimiento demográfico; los avances médicos, las mejores condiciones de vida y la aparición y extensión de la seguridad social y la asistencia social ocurridos en el país a partir de sus transformaciones en una nación de economía petrolera, han incrementado la población anciana en términos absolutos, mientras que la baja natalidad continua y la fecundidad aumentan en términos relativos. De hecho, los grupos de edades jóvenes tienden a bajar y los de 30 y más años se incrementan.

Esta relativa juventud demográfica de Venezuela influye sobre las diversas políticas y programas sociales relegando a la población longeva, de escaso peso demográfico; de hecho existe una presencia muy débil de planes y políticas coherentes a favor de los ancianos, tanto por parte de las instituciones gubernamentales como por las organizaciones no gubernamentales: lo que trae como consecuencia, la necesidad

imperiosa y a corto plazo, de abrir un espacio político que permita otorgar una identidad definida a este grupo social, así como de suministrar los recursos necesarios para desarrollar programas viables y coherentes tendentes a satisfacer las necesidades de la población anciana. Sin embargo, la crisis integral (política-social y económica) que vive Venezuela en las últimas décadas, ha alterado la estratificación social del país y debilitado la familia, engendrando una serie de problemas relativos a la vivienda, la alimentación, el trabajo, la educación y la salud.

La institución familiar ha experimentado cambios profundos como consecuencia de los grandes movimientos migratorios del campo a la ciudad y a la aparición de nuevos centros urbanos que responden a la búsqueda de mejores condiciones de vida entre otros. Los bajos ingresos familiares resultantes de una distribución desigual de las riquezas han generado un gran número de personas desposeídas de todo tipo de bienes, carentes fuentes de trabajo, que llevan una vida de hacinamiento en zonas marginales y, lamentablemente, esta problemática pesa, aun más, en el grupo de personas de edad avanzada por las características propias de esta etapa.

Aproximadamente el (80%) de la población anciana en Venezuela vive en condiciones de marginalidad y pobreza, tal como lo afirmó De Lima (1993),⁴¹ que dada la circunstancia señala que estos anciano oscila entre el trabajo no calificado, la dependencia de un tercero y la mal llamada asistencia social; lo que agudiza la grave problemática de rechazo, marginalidad y segregación social vivida día a día por los viejos en la comunidad.

Además, depende de la situación socio económica del individuo envejecido, este se encuentra desasistido, carente de políticas, programas y servicios comunales y no se le da la oportunidad de participar en la vida civil y social, en parte por la limitación, y función o discapacidad del anciano para movilizarse y actuar vigorosamente; pero

también, como producto de la virtual descalificación social y del rechazo hacia la vejez.

A esto habría que agregar que las familias en la comunidad urbana, inmersa en una demanda industrial y consumista, dedican mayor tiempo a las actividades de producción y consumo compulsivo, trayendo consigo la reducción de la interacción entre sus miembros, la merma de la capacidad de cohesión y apoyo mutuo y la alteración en los papeles tradicionales (los llamados roles) de los integrantes del medio familiar.

La mujer sale del hogar y se inserta en el mercado laboral, la educación se desplaza del hogar a las instituciones formales, se impone el control de la natalidad y se reduce el tamaño de la familia excluyendo al anciano de las funciones que ejercía anteriormente en el seno familiar y en el aparato productivo, lo hace perder su posición elevada (como trabajador, jefe de la familia) para sustituirlo o adquirir una condición de menor control sobre el medio social (jubilado, pensionado o simplemente viejo); se plantea el problema de quien debe convivir con el anciano y atenderlo; la tendencia es a negar la convivencia con los mayores, lo cual estimula dos mecanismos alternativos: la internación o la vida en solitario dentro o fuera de la familia.^{41, 43}

Este proceso socioeconómico en el país es el que ha generado la problemática particular del anciano, al considerarlo como no apto para continuar desempeñando su labor, se ocasiona en el impacto sociopsicológico que repercute, inmediatamente, entre otras facetas de su vida. Esto forma parte del estereotipo actual del ser humano de la tercera edad, que lo caracteriza como un individuo “enfermizo”, “inútil”, “dependiente”, “senil”, estereotipo que es mantenido y reproducido constantemente al punto que los propios envejecidos llegan a aceptarlo, de tal modo que ellos mismos se

consideran personas que sólo sirven para perturbar la vida de un grupo familiar y donde tan solo les queda esperar la muerte.^{41, 43}

Frente a este panorama preocupante para las personas de edad avanzada en materia de políticas sociales dirigidas a este grupo, es poco lo que se ha planificado, aún cuando existe un organismo planificador, ejecutor y rector de las políticas (económicas, culturales y de protección y asistencia social) que se destinan a la vejez, llamado Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología (INAGER), él se creó en el año 1949 para atender a toda la población anciana del país, así como existe una ley del Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología la cual establece la asistencia y protección a los ancianos desasistidos y, a su vez, la prestación de una atención integral a estos, sea por su falta de recursos económicos y/o por abandono familiar.⁵²

Sin embargo, en la actualidad apenas se atiende un mínimo porcentaje (de 4 a 6%) de ancianos de escasos recursos económicos, sin que hasta ahora se haya desarrollado ni fortalecido una estructura gerencial que le permita al INAGER prestar un mejor servicio y asistencia social a su población objetiva: los ancianos.

En Venezuela, la realidad está impregnada de limitaciones en cuanto la atención del anciano, y aún cuando la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), especifica en su artículo 80:

El estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar la dignidad humana, u autonomía y garantizar la atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida., así como les ofrece el derecho a un trabajo acorde a aquellos y aquellas que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ellos, no obstante existen irregularidades que hacen que estos programas en materia de seguridad social, asistencia social, salud, recreación, vivienda y segunda ocupación, diseñados para la atención del adulto

mayor, en la actualidad y así lo hemos podido constatar en nuestra práctica médica diaria en la comunidades son dispersos débiles y divorciados de la realidad social que vive el anciano venezolano que unido a que el sistema de salud, la seguridad social y la asistencia social para la vejez han colapsado, hace que se amerite una reestructuración ante las nuevas exigencias del envejecimiento demográfico en Venezuela, que brinde soluciones a corto y mediano plazo, las cuales rompan con los esquemas aplicados hasta el momento y permitan cumplir con las expectativas de bienestar en la vejez.

Por lo antes expuesto, se considera que la atención ofrecida hoy día a las personas de la tercera edad en el país, no es la más eficiente, ni eficaz, ni se corresponde con los problemas y necesidades básicas de este grupo de edad, detectados por la investigación gerontológica, aunada a la situación actual del país, caracterizada por la insuficiencia presupuestaria, la falta de planificación estratégica, la improvisación permanente y el uso inadecuado de los pocos recursos con que se cuenta. En tal sentido, realizamos este estudio con el objetivo de conocer todos los factores que influyen en la violencia en el adulto mayor en la comunidad, que nos permita en un futuro aplicar medidas administrativas de salud, orientadas a una mejor calidad de vida para el adulto mayor atendiendo a las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los problemas y necesidades prioritarias de la población anciana del país?, ¿Qué se está haciendo en Venezuela en pro de su población anciana?, ¿Cuáles son las políticas, programas y acciones para la atención integral de la vejez venezolana?, ¿Existe correspondencia entre la realidad social del anciano venezolano y los programa que se implementan para mejorar su calidad de vida?

Desde el punto de vista psicológico los ancianos requieren de permanente apoyo y afecto que permitan reforzar su autoestima y valor personal, siendo que las

necesidades afectivas y de relación son las que menos satisfacen, generándole sentimiento de soledad, aislamiento, minusvalía, auto percepción negativa y baja autoestima. Mientras que, desde el punto de vista biológico, experimenta una serie de cambios fisiológicos y padece de algunas enfermedades crónicas que disminuyen su nivel físico de respuestas y hasta independencia, reflejado en la insatisfacción de sus necesidades de alimentación y de salud.

Por otro lado, la población anciana presenta carencia de recursos económicos y/o bajos ingresos que no le permiten satisfacer necesidades básicas como: alimentación, vestido, vivienda y salud. Ya que en cuanto a lo laboral esta población está desincorporada del mercado de trabajo y con pocas posibilidades de reinserción. De hecho, el trabajo y la seguridad económica son dos de las necesidades insatisfechas en el adulto mayor, aún cuando su satisfacción es doblemente gratificante por cuanto no solo va a generar en el anciano un ingreso económico que le permitiría satisfacer otras necesidades, sino que constituye un medio para mantenerse activo y reafirmar sus sentimientos de utilidad e independencia.

La recreación y la educación son las necesidades menos prioritarias en el anciano y las menos satisfechas aún cuando ambas son necesidades de suma importancia para una mejor calidad de vida para el adulto mayor. Desde la perspectiva educacional el anciano adolece de bajo nivel educativo y de preparación para enfrentar la vejez como una etapa normal de la vida y en cuanto a la recreación, estas acciones se encuentren minimizadas y se limitan únicamente a la realización de actividades de ocio pasivo (ver televisión, oír radio o simplemente permanecer inactivo por largos períodos de tiempo al día).

Finalmente se puede concluir que desde el punto de vista social que el anciano ha pasado a ocupar un lugar de menor importancia para la sociedad y por ende para la

comunidad y la misma familia, ya que en la etapa de la vejez se produce un decremento de interacciones no sólo en cantidad sino principalmente en intensidad, llegando al extremo de que las relaciones interpersonales e incluso con sus familiares tienden a ser más frías y esporádicas.

En relación a las políticas y programas que diseñan e implementan las organizaciones gubernamentales para la atención del adulto mayor, se tiene que las políticas sociales implementadas por estos organismos, aún cuando están destinadas a brindar una atención integral al adulto mayor, no se corresponden con la realidad social, ni con la demanda de satisfacer las necesidades de este grupo etario. Ya que las mismas son instrumentadas por la gerencia institucional sin tomar en consideración la opinión de las personas que ejecutan y trabajan directamente con los ancianos, ni la de los ancianos.

Para instrumentar estas políticas se desarrollan una serie de programas desarticulados de la realidad del anciano, y sobre todo, de corte existencialista, donde lo prioritario es la satisfacción de las necesidades fisiológicas de alimentación y de salud (atención médica y medicina), minimizando otras necesidades de importancia para el anciano, como las de afectividad, relación, trabajo, educación y recreación. Estos programas son paliativos para el anciano, más no generan crecimiento personal, participación, reinserción ni autoestima.

A juicio de las personas responsables de ejecutar los programas gerontológico, las políticas implementadas, no responden a las necesidades ni problemas de la población anciana que atiende la institución, debido a que son planificadas exclusivamente por la alta gerencia, existiendo un divorcio entre los programas y la realidad social del anciano (no hay diagnóstico), carecen de suficientes recursos

humanos y financieros y finalmente estas políticas y programas no tienen continuidad, es decir, se planifican, pero muchas veces no se ejecutan ni se evalúan.

La relación universidad – organismos gubernamentales para la atención del adulto mayor es casi nula, hay un desconocimiento por parte de los funcionarios, tanto de los planificadores como de los ejecutores, sobre las investigaciones y las actividades de extensión universitaria que en el área gerontológica, realizan casas de educación superior del país. ^{41, 43}

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia de la violencia en el adulto mayor en los pacientes atendidos en el consultorio popular del sector Sabaneta, municipio Simón Planas, Estado Lara, durante el período comprendido entre septiembre de 2006 hasta agosto de 2007.

ESPECIFICOS

- 1- Señalar la frecuencia de adultos mayores que acudieron al consultorio popular al referir o no haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato.
- 2- Determinar la frecuencia de adultos mayores que acudieron al consultorio popular por violencia según sexo y grupos de edades.
- 3- Señalar la frecuencia de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según su estado civil, escolaridad y ocupación.
- 4- Identificar las formas de manifestarse la violencia empleada en el adulto mayor según su tipo psicológica y/o física.
- 5- Identificar los agentes agresores que generaron la violencia en el adulto mayor.
- 6- Señalar la frecuencia del acto de violencia en los adultos mayores evaluados.

DISEÑO METODOLÓGICO

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo, prospectivo de corte transversal, en el consultorio popular del sector Sabaneta del municipio Simón Plana, Estado Lara, en pacientes de 60 años y más con referencia de violencia o maltrato, durante el período de septiembre de 2006 hasta agosto de 2007.

Universo: estuvo constituido por 200 pacientes adultos de 60 años de edad y más, de uno u otro sexo y etnia, que acudieron al consultorio popular del Sector Sabaneta del municipio Simón Plana, Estado Lara, durante el período de estudio por diversos motivos. A todos los pacientes que refirieron algún tipo de violencia o maltrato conformaron la muestra objeto de estudio (153) a los cuales se les solicitó su consentimiento de participación en la investigación, una vez que se les explicó el objetivo y beneficio de la misma.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Conformidad de los pacientes de participación en la investigación.
2. Pacientes de 60 años de edad y más que durante el interrogatorio refirió algún tipo de violencia o maltrato perteneciente al consultorio popular del sector Sabaneta, municipio Simón Plana, Estado Lara.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes menores de 60 años de edad.
2. Pacientes que se negaron a la participación en la investigación.

3. Pacientes que no pertenecen al consultorio populares del municipio Simón Plana del Estado Lara.
4. Pacientes que presentaron limitaciones físicas o mentales y no cooperaron con la recolección de la información (trastornos cognitivos severos, enfermedad mental descompensadas y enfermedad cerebro vascular con afasia).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio estuvo justificado desde el punto de vista ético, ya que se realizó conforme a los principios establecidos en la declaración de Helsinki (51).

1. Los pacientes incluidos obtuvieron un beneficio de su trastorno situacional al recibir orientación en cuanto al manejo de los hechos de violencia o maltrato tanto en la comunidad como en su hogar.
2. El cuidado y las orientaciones que recibieron los sujetos y las decisiones tomadas que los afectó fue responsabilidad del equipo médico, debidamente calificado, que participó activamente en la investigación.
3. A los pacientes incluidos se les solicitó su consentimiento oral de participación, luego de haber sido instruidos tanto el propio paciente como su representante debidamente acerca de las características del estudio, sus objetivos y beneficios e informados sobre su derecho a participar sin exponerlos a limitaciones para su atención u otro tipo de represalia.
4. Se respetó la integridad de los pacientes dentro de la investigación, asegurando la confidencialidad de toda la información personal recogida durante ésta.

5. En el estudio no se utilizó formas coercitivas que influyeran sobre el paciente para obtener su participación en la investigación por parte del investigador.
6. El lenguaje que se utilizó durante las entrevistas no fue técnico, sino práctico y comprensible.

Una vez aplicados los criterios expuestos anteriormente, previo consentimiento oral se procedió al estudio de los pacientes que conformaron la muestra objeto de estudio.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El estudio se realizó en el consultorio popular del sector Sabaneta del municipio Simón Plana, Estado Lara, en 200 pacientes adultos mayores que acudieron por diversos motivos, que al referir haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato estos conformaron la muestra objeto de estudio (153 adultos mayores).

Una vez en consulta a los 153 pacientes adultos mayores que refirieron algún tipo de violencia o maltrato se les explicó el objetivo del estudio y se les ofreció una información sencilla y detallada de la investigación, que incluyó una explicación de la importancia de conocer todos los aspectos relacionados con la violencia o el maltrato en el adulto mayor, así como una explicación de las complicaciones y riesgos a que son sometidos una vez sufrido algún tipo de violencia tanto para su entorno familiar como para la comunidad, con el fin de obtener su consentimiento de participación. Después de haber obtenido el mismo, se les confeccionó a todos una planilla encuesta, confeccionada para esta investigación por el propio investigador (**ver Anexo 1**), en la que se recogen sus datos generales: nombre y apellidos, edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación. Se investigó también las formas de violencia o maltrato sufrido (psicológica o física), los agentes agresores que generaron la violencia y la frecuencia del acto de violencia, los cuales constituyeron las variables a

medir en el estudio.

Operacionalización de las variables.

VARIABLES	Nivel de Medición	Escala	Descripción	Indicador
Sexo	Cualitativa dicotómica	Femenino, masculino	Sexo biológico	%
Violencia o Maltrato	Cualitativa dicotómica	SI No	Anamnesis	%
Grupo de edad	Cuantitativa Ordinal	60 a 65 años 66 a 70 años 71 a 75 años 76 y más	Años cumplidos	%
Estado Civil	Cualitativa Ordinal	Casado, concubinato, viudo, soltero	Anamnesis	%
Escolaridad	Cuantitativa Ordinal	Primaria sin terminar, terminada. Bachiller, Técnico superior, universitario, Iltrado.	Anamnesis	%
Ocupación	Cuantitativa Ordinal	Amas de casa, Jubilado(a), Desocupado (a), trabajador estatal, comerciantes, otros.	Anamnesis	%
Violencia psicológica	Cualitativa ordinal	Agresiones mixtas, Insultos, Humillaciones, limitaciones de sus actividades, amenaza de abandono, Silencio prolongado, etcétera.	Anamnesis	%
Violencia física	Cualitativa Ordinal	Empujones, Agresiones mixtas, Golpes.	Anamnesis	%
Agentes agresores	Cualitativa Ordinal	Hijos, Otros familiares, Vecinos, Su pareja, convivientes no familiares, mixto, etcétera	Anamnesis	%
Acto de violencia	Cualitativa Ordinal	Una vez, varias veces, ninguna o forma parte de la vida cotidiana	Anamnesis	%

Criterio de diagnósticos de las variables del estudio: ^{12, 13}

- **Violencia o maltrato:** se categorizó de la siguiente forma:
 - ✓ Si: aquellos pacientes que durante el interrogatorio refirieron haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato independiente de su motivo de consulta.
 - ✓ No: aquellos pacientes que durante el interrogatorio negaron haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato.

- **Estado civil:** fue categorizado de la siguiente forma:
 - ✓ *Casado:* aquellos adultos mayores que en el interrogatorio médico, expresen que su matrimonio es legal, es decir realizado cumpliendo con las normas jurídicas del casamiento regidas por la constitución del país.
 - ✓ *Concubinato:* aquellos adultos mayores que en el interrogatorio médico, expresen que su vínculo personal data de años, pero que no está oficializado por las normas jurídicas del casamiento regidas por la constitución del país.
 - ✓ *Viudos:* aquellos adultos mayores que en el interrogatorio médico, expresen que su matrimonio fue legal, es decir realizado cumpliendo con las normas jurídicas del casamiento regidas por la constitución del país y sufrió la pérdida física de su conyugue.
 - ✓ *Soltero:* aquellos adultos mayores que en el interrogatorio médico, exprese que nunca tuvieron ningún tipo vínculo matrimonial legal.

- **Escolaridad:** fue categorizada de la siguiente forma:
 - ✓ *Primaria sin terminar:* aquellos adultos mayores que durante el interrogatorio refirieron no haber culminado la enseñanza primaria a cualquier nivel.
 - ✓ *Primaria terminada:* aquellos adultos mayores que durante el interrogatorio refirieron haber culminado la enseñanza primaria en su último nivel.

- ✓ Enseñanza media: adultos mayores que durante el interrogatorio refirieron haber culminado la enseñanza media en su último nivel.
 - ✓ Bachiller: aquellos adultos mayores que durante el interrogatorio refirieron haber culminado la enseñanza superior en su último nivel.
 - ✓ Universitario: adultos mayores que durante el interrogatorio refirieron haber culminado y alcanzaron un título universitario.
 - ✓ Técnico superior: adultos mayores que durante el interrogatorio refirieron haber culminado la enseñanza técnica superior en cualquier oficio.
 - ✓ Illetrados: adultos mayores que durante el interrogatorio refirieron no haber estudiado nunca.
- **Ocupación:** se categorizó de la siguiente forma: aquellos adultos mayores que independiente de su escolaridad refirieron durante el interrogatorio estar vinculado algún tipo de actividad laboral por ejemplo: trabajador estatal, comerciantes, técnicos, obreros, etcétera y otros que no están vinculados a ninguna actividad laboral estatal o particular pero si realizan labores hogareñas como son las amas de casa, los jubilados(as) y los desocupados (as).
 - **Forma de violencia psicológica:** se consideró cuando el acto ocasiona en el adulto mayor angustia mental, infringe pena, aislamiento, humillación y dolor (sentimental) como son amenazas, insultos verbales, no verbales y miradas. También se incluyó la negligencia o desatención (no preocuparse por su salud, higiene, porte y aspecto personal, alimentación y recreación, etcéteras que

puede ser tanto social (proveniente de los consultorios, farmacias, clínica) o familiar (hogar).

- **Forma de violencia física:** se consideró cuando el adulto mayor refirió durante el interrogatorio haber sufrido algún tipo de agresión física, con el uso de la fuerza manual, el puñetazo, el empujón con uso de las manos o instrumentos u objetos, ataduras y que le pudieron haber ocasionado injurias, heridas y dolores o discapacidad.
- **Agentes agresores:** son aquellos agentes que propiciaron la violencia o el maltrato en el adulto mayor como son: los hijos, familiares, vecinos, su pareja, convivientes no familiares, los cuidadores, y mixto.
- **Frecuencia del acto de la violencia:** se categorizó de la siguiente forma independiente de que fuera psicológica o física:
 - ✓ *Una vez:* aquellos adultos mayores que refieran que al menos una vez en su vida recibieron algún tipo de maltrato o violencia de cualquier índole.
 - ✓ *Varias veces:* aquellos adultos mayores que refieran que varias ocasiones en la semana, al mes o al año en su vida recibieron algún tipo de maltrato o violencia de cualquier índole.
 - ✓ *Forma parte de la vida cotidiana:* aquellos adultos mayores que refieran que todo el año (diario) reciben algún tipo de maltrato o violencia de cualquier índole.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se confeccionó un modelo de recogida de datos donde se registraron los resultados de las variables medidas y fueron introducidas en una base de datos creada para este fin utilizando Microsoft Excel (**Anexo 1**).

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información se procesó utilizando una computadora Pentium 4 y una calculadora de mesa marca Casio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para cumplir cada uno de los objetivos de esta investigación, se tuvo en cuenta los siguientes análisis una vez calculadas las frecuencias absolutas y relativas:

- *Objetivo 1.* Se distribuyó la frecuencia de adultos mayores que acudieron al consultorio popular al referir o no haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato.
- *Objetivo 2.* Se distribuyó la frecuencia de adultos mayores que acudieron al consultorio popular por violencia según sexo y grupos de edades.
- *Objetivo 3.* Se distribuyó la frecuencia de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según su estado civil, escolaridad y ocupación.
- *Objetivo 4.* Se distribuyó la frecuencia de las formas de violencias empleadas en el adulto mayor según su tipo psicológica y/o física.
- *Objetivo 5.* Se distribuyó la frecuencia de los agentes agresores que generaron la violencia en el adulto mayor.
- *Objetivo 6.* Se distribuyó la frecuencia del acto de violencia en los adultos mayores.

Todos los resultados se presentaron en tablas.

RESULTADOS

Al finalizar la investigación se evaluaron 200 pacientes adultos mayores atendidos en el consultorio popular por diversos motivos de los cuales 153 (61,2%) refirieron haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato y sólo 47 (38,8%) no refirieron sufrir de violencia o maltrato (**tabla 1**). Se destaca una alta proporción de adultos mayores que acuden al consultorio popular refiriendo haber recibido algún tipo de violencia o maltrato independiente del motivo de consulta.

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores que acudieron al consultorio popular al referir violencia o no.

VIOLENCIA Y/O MALTRATO	No.	%
SI	153	61,2
NO	47	38,8
TOTAL	200	100

En la **tabla 2**, se presenta la distribución de los 153 adultos mayores que refirieron algún tipo de violencia según sexo y grupo de edades. Se observó que la mayor frecuencia de los adultos mayores son del sexo femenino 92 (60,1%) y sólo 61 (39,9%) del sexo masculino. Al analizar los grupos de edades, la violencia se observó con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 66 a 70 años 55 (35,9%), seguido en orden de frecuencia por el grupo de 71 a 75 años 52 (34,0%), los de 60 a 65 años 38 (24,8%) y los de 76 y más 8 (5,2%). Es de destacar que tanto el sexo femenino como los adultos con edades comprendidas entre 66 y 70 años acudieron en mayor proporción a las consultas al referir algún

tipo de violencia o maltrato recibido con respecto al sexo masculino, en el cual este fenómeno se hace más frecuente a partir de los 71 a 75 años de edad.

TABLA 2. Distribución de los adultos mayores atendidos en el Consultorio Popular por violencia según sexo y grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES (Años)	SEXO					
	Femeninos		Masculinos		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
60- 65	26	47.3	12	21.8	38	24,8
66- 70	38	69.1	17	55.0	55	35.9
71- 75	25	45.5	27	52.0	52	34,0
76 y más	3	5.5	5	8.0	8	5,2
TOTAL	92	60,1	61	39,9	153	100,0

Al estudiar la distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según su estado civil (**tabla 3**), se observó que la mayor frecuencia de los adultos son casados 53 (34,6%), seguidos en orden de frecuencia por el estado de concubinato 52 (34,0%), los viudos 38 (24,8%) y los solteros 10 (6,5%). Se destaca una proporción de adultos mayores casados que refieren haber recibido algún tipo de violencia con respecto a los otros con estados civiles diferentes.

TABLA 3. Distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio popular por algún tipo de violencia según su estado civil.

ESTADO CIVIL	ADULTOS MAYORES	
	No.	%

Casados	53	34,6
Concubinato	52	34,0
Viudos	38	24,8
Solteros	10	6,5
TOTAL	153	100,0

En la **tabla 4**, se presenta la distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según su escolaridad. Se observó que la mayor frecuencia de violencia en el adulto mayor se presentó en aquellos con escolaridad primaria sin terminar 65 (42, 5%), seguido en orden de frecuencia por los del nivel primario terminado 48 (31,4%), el bachiller 19 (12,4%), el técnico superior 9 (5,9%), el universitario 7 (4,6%) y los iletrados 5 (3,3%). Se destaca una alta proporción de adultos mayores con nivel primario sin terminar con respecto a los otros niveles de escolaridad evaluados que refieren haber recibido algún tipo de violencia.

TABLA 4. Distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio popular por algún tipo de violencia según su escolaridad.

ESCOLARIDAD	ADULTOS MAYORES	
	No.	%
Primaria sin terminar.	65	42,5

Primaria terminada.	48	31,4
Bachiller	19	12,4
Técnico superior	9	5,9
Universitario.	7	4,6
Iletrados.	5	3,3
TOTAL	153	100,0

Al evaluar la distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según su ocupación (**Tabla 5**), se observó que la mayor frecuencia correspondió a las ama de casa 64 (41,8%), seguido en orden de frecuencia por los jubilados 38 (24,8%), los desocupados 24 (15,7%), el trabajador estatal 15 (9,8%) y el comerciante 12 (7,8%). Se presenta una alta proporción de amas de casa que sufren de violencias o maltratos con respecto a otras ocupaciones evaluadas en la investigación.

TABLA 5. Distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según su ocupación.

ADULTOS MAYORES		
OCUPACIÓN	No.	%

Ama de Casa	64	41,8
Jubilado	38	24,8
Desocupado	24	15,7
Trabajador estatal	15	9,8
Comerciante	12	7,8
TOTAL	153	100,0

En la **tabla 6**, se presenta la distribución de las formas de violencias empleadas en el adulto mayor según su tipo (psicológica). Se observó que la mayor frecuencia de tipo de violencia psicológica referidas por los adultos mayores fue las agresiones mixtas 68 (44,4%), seguida en orden de frecuencia por los insultos 27 (17,6%), niegan agresión psicológica 21 (13,7%), humillaciones 15 (9,8%), limitaciones a sus actividades 11 (7,3%), amenaza de abandono 9 (5,9%) y los silencios prolongados 2 (1,3%). Se destaca una proporción alta de adultos mayores con agresiones mixtas e insultos como forma de violencia psicológica con respecto a las otras formas evaluadas en el estudio.

TABLA 6. Distribución de las formas de violencias empleadas en el adulto mayor según su tipo (psicológica).

FORMAS DE VIOLENCIAS	ADULTOS MAYORES	
	No.	%
PSICOLÓGICAS		
Agresiones mixtas	68	44,4
Insultos	27	17,6
Niega agresión psicológica	21	13,7
Humillaciones	15	9,8
Limitación a sus actividades	11	7,3
Amenaza de abandono	9	5,9
Silencios prolongados	2	1,3
TOTAL	153	100,0

En la **tabla 7**, se presenta la distribución de las formas de violencias empleadas en el adulto mayor según su tipo física. Se observó que la mayor frecuencia de los adultos mayores recibieron empujones 133 (87,9%), seguidos en frecuencia por aquellos que refieren negar algún tipo de agresión física 8 (5,2%), agresiones mixtas 7 (4,6%) y los golpes 5 (3,3%). Se destaca una proporción alta de adultos mayores que refieren como violencia física, los empujones con respecto a las otras formas evaluadas en el estudio.

TABLA 7. Distribución de las formas de violencias empleadas en el adulto mayor según su tipo física.

FORMAS DE VIOLENCIAS FÍSICA	ADULTOS MAYORES	
	No.	%
Empujones	133	87,0
Niega agresiones	8	5,2
Agresiones mixtas	7	4,6
Golpes	5	3,3
TOTAL	153	100,0

En la **tabla 8** se presenta la distribución de los agresores que generaron la violencia en el adulto mayor. Se observó que la mayor frecuencia de los agentes agresores que generaron la violencia fueron los hijos 71 (46,5%), seguido en orden de frecuencia por los mixto 39 (25,5%), otros familiares 13 (8.5%), los vecinos 12 (7.8%), su pareja 11 (7.2%) y los convivientes no familiares 6 (3.9%). Se destaca una alta proporción de adultos mayores en los cuales la violencia fue generada por los hijos con respecto a otros agresores que generaron la violencia.

TABLA 8. Distribución de los agentes agresores que generaron la violencia en el adulto mayor.

AGENTES AGRESORES	ADULTOS MAYORES	
	No.	%
Hijos	71	46,5
Mixta	39	25,5
Otros familiares	13	8,5
Vecinos	12	7,8
Su pareja	11	7,2
Convivientes no familiares	6	3,9
TOTAL	153	100,0

La **tabla 9** se presenta la distribución de los adultos mayores con violencia según frecuencia del acto. Se observó que la mayor frecuencia de los adultos mayores sufren de violencia de forma cotidiana 64 (41,8%) seguido en orden de frecuencia varias veces 53 (34,6%) y una vez 36 (23,6%). Se destaca una proporción alta de adultos mayores que sufren de violencia de forma cotidiana, con respecto a las otras frecuencias de actos de violencia evaluados.

TABLA 9. Distribución de los adultos mayores con violencia según frecuencia del acto.

FRECUENCIA DEL ACTO		
	No.	%
DE VIOLENCIA		
Forma parte de la vida cotidiana	64	41,8
Varias veces	53	34,6
Una vez	36	23,6
TOTAL	153	100

DISCUSIÓN

A los motivos de consulta habituales de los ancianos como son la incontinencia de los esfínteres, la polifarmacia, las caídas, la inmovilidad, el delirio, la depresión y la demencia, se adiciona el maltrato o la violencia; el cual constituye un problema ascendente cada vez más frecuente en este grupo poblacional. Los ancianos al igual que las mujeres y los niños constituyen un grupo vulnerable y víctimas frecuente de abusos y maltratos por parte de sus cuidadores y personas que conviven con ellos, conformando el límite superior del llamado Síndrome de violencia familiar.^{52, 53, 54}

La prevalencia del maltrato en los adultos mayores es difícil de precisar, ya que el perfil de la víctima suele ser el de una persona incapacitada para solicitar ayuda, que presenta sentimientos de culpabilidad frente a su situación o que teme a las posibles represalias del cuidador, al que frecuentemente le unen lazos de gran dependencia, lo que hace que exista una gran variabilidad de fuentes y de metodología en los estudios de prevalencia, no obstante se estima que alrededor de un 3-10% la violencia o el maltrato sea uno de los motivos de consulta del anciano.^{55, 56} No obstante, se sabe que es un problema social y sanitario que va en aumento debido al incremento de la expectativa de vida, los avances terapéuticos que prolongan la supervivencia en patologías crónicas del anciano y a la pérdida de los valores familiares tradicionales, entre otros factores. Se cree que el aumento de incidencia ha sido de un 150% en los últimos 10 años y que se ha producido un incremento en la mortalidad derivada del maltrato.⁵⁷

En tal sentido, al evaluar la distribución de los adultos mayores que acudieron a la consulta del sector Sabaneta y se evaluó el comportamiento de la violencia o maltrato sufrido por los adultos mayores de la comunidad se destaca una alta proporción de adultos mayores que refieren haber recibido algún tipo de violencia o maltrato

independiente del motivo de consulta (**Tabla 1**). Estos resultados refuerzan lo anteriormente expuesto, dado que el estudio fue realizado en una comunidad donde predomina el bajo nivel sociocultural, económico y financiero que hacen que en estas familias los ancianos mayores sean objetos de una diferenciación especial, que van aparejado a los cambios y la disminución de sus facultades físicas aunado a la exaltación de valores sociales, donde la juventud predomina como el ser fuerte y valioso, lo cual conlleva a que las personas mayores sean ignoradas, desatendidas, discriminadas o maltratadas que en la práctica médica se expresan de diversas formas de violencia (física, psicológica y económica) que constituyen los motivos de consulta en la comunidad.⁵⁸⁻⁶¹

Estudios epidemiológicos realizados en diferentes países subdesarrollados específicamente en Latinoamérica, reportan que más del 50 % de los adultos mayores sufren de algún tipo de violencia o maltrato en un momento de sus vidas, y la mayoría son mujeres, hecho que se explica porque son ellas las que permanecen el mayor tiempo dentro del hogar, tienen todo tipo de responsabilidad social, económica, educacional y orientadora dentro de su hogar, y por otro lado en su mayoría tiene bajo nivel de escolaridad, hechos todos que les dificulta resolver diversos problemas dentro del hogar o entorno familiar, lo que hace que sean las más vulnerables a la violencia o al maltrato y aún más cuando son mayores de edad.^{62, 63, 64} Otros autores señalan que el bajo nivel socioeconómico dentro del hogar, la ingestión de bebidas alcohólicas y las enfermedades crónicas propia de la edad contribuyen al maltrato y a la violencia.^{65, 66} Otro elemento epidemiológico a destacar en los estudios realizados sobre la violencia en el adulto mayor es la edad, donde se señala que mientras mayores sean los adultos mayor es el riesgo de sufrir algún tipo de violencia, dado que en su

mayoría al presentar enfermedades demenciales o incapacidad, y sufrir de aislamiento social y la falta de apoyo hacen que sean atacados o reciban algún tipo de violencia o maltrato por parte de la familia que lo rodea e incluso por la propia sociedad o por el medio donde viven.⁶⁷ Los resultados refuerzan lo planteado anteriormente, al obtener que la mayor proporción de adultos mayores que aquejaron sufrir algún tipo de violencia o maltrato son del sexo femenino y con edades entre 66 y 70 años (**Tabla 2**), hecho que se explica por los mismo factores anteriormente expuesto.

En cuanto al estado civil y el maltrato o violencia en el adulto mayor se señalan por varios autores que los individuos casados o que viven en concubinato reportan más de un 50% haber sufrido algún tipo de maltrato o violencia, hecho que se explica, que por lo general son individuos que desde su juventud tienen problemas socioculturales, económicos, que los hacen vulnerables y sensibles a los actos violentos, que cuando llegan a la edad adulta, se les une los conflictos de la familia, hijos, etcétera que los conllevan a que sean más violentos. Al evaluar en el estudio realizado el estado civil de los adultos mayores que sufrieron algún tipo de violencia se destaca una alta proporción de adultos mayores casados y concubinatos (**Tabla 3**), hecho que se explica por las propias características de las familias evaluadas dentro de la comunidad como son el bajo nivel sociocultural, económico y financiero que hacen que se generen determinados conflictos dentro del ámbito familiar, donde los mas afectados son los adultos mayores, hecho que coincide con lo reportado por varios investigadores.⁶⁸⁻⁷¹

Otro de los elementos evaluados en los estudios epidemiológicos sobre el tema de violencia o maltrato en los adultos mayores es el grado de escolaridad, donde se

señala en la literatura internacional que los mismos se presentan en un alto porcentaje en aquellas personas que tienen bajo nivel de escolaridad, lo cual propicia el no entendimiento de diversas situaciones que surgen en las familias de bajo nivel socioeconómico, que los conlleva a cometer hechos violentos o maltratos específicamente en las edades extrema de la vida. Hecho que se refuerza en la investigación donde al evaluar la distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio popular por algún tipo de violencia según el nivel de escolaridad (**Tabla 4**) se obtuvo una alta proporción de adultos mayores con hechos violentos o maltratos con primaria sin terminar o primaria terminada, y que estos fueron disminuyendo de frecuencia a medida que el nivel de escolaridad fue superior, lo cual se explica por lo expuesto anteriormente.^{72, 73}

Como se menciono anteriormente, la mayoría de los hechos violentos o maltratos identificados en los adultos mayores ocurren en el hogar y en las mujeres, dado que estas por lo general al llevar la máxima responsabilidad dentro de la organicidad del hogar son amas de casa y jubiladas con o sin enfermedades degenerativas de la edad, lo cual propicia que su permanecía en el hogar las haga vulnerables a la violencia.^{74, 75} Los resultados de la investigación refuerzan lo anteriormente planteado al evaluar la distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según ocupación (**Tabla 5**) al obtener que la mayoría fueran amas de casa y jubiladas, que al convivir dentro de la comunidad son vulnerables a los hechos de violencia o maltrato.

Publicaciones de la OPS/OMS exponen de manera clara las formas de manifestarse el maltrato o abuso en los adultos mayores, por ejemplo, el abuso psicológico o emocional, que se manifiesta cuando están presentes amenazas de abandono, las

amenazas de acusación, el acoso, la intimidación con gestos o palabras y la infantilización, así como también la limitación de sus derechos (de privacidad, de decisión, de información médica, de voto, de recibir correspondencia o de comunicarse con quién quiera), lo cual explica que investigaciones al respecto realizadas en diversas partes del mundo reportan que la prevalencia del maltrato de tipo psicológico (95%) sea mayor que el maltrato físico, lo cual es un fenómeno muy complejo por su multicasualidad y multifactorial.^{76, 77, 78} En la investigación se obtuvo que dentro de los tipos de maltrato psicológico en los adultos mayores evaluados, la mayor frecuencia fuera del tipo mixto (**Tabla 6**), hecho que se explica por las propias características socioculturales y económicas de las familias evaluadas, que las hacen ser vulnerables a la violencia o al maltrato psicológico.

Al evaluar los tipos de violencia o maltrato físico en los adultos mayores se observó que la mayor frecuencia refieren haber sufrido un empujón (**Tabla 7**), lo cual refuerza lo reportado por varios autores donde señalan que la mayoría de los maltratos físico conllevan un maltrato de fuerza manual.^{75, 76}

Al evaluar la distribución de los agentes agresores que generaron la violencia en el adulto mayor (**Tabla 8**), se observó que la mayor frecuencia fue generada por los hijos, hecho que refuerza lo planteado y reportado por varios autores que señalan que muchos de los casos de malos tratos se derivan de la relación establecida entre padres e hijos desde siempre, es decir, se trataría de un conflicto paternofamiliar originado desde la infancia y mantenido hasta que el padre o la madre sean adultos mayores y son ellos los que se hacen dependientes de sus hijos, hecho similar se describe y se reporta por las estadísticas del PNCVFS, donde señalan que los principales victimarios de los adultos mayores son sus propios hijos adultos (44.4%),

seguido en orden de frecuencia por los cónyuges 14.6%, la pareja actual (afectivo y/o sexual) 9.7%, u otros familiares (nuera, yerno, etcéteras) 17%.

Como los hijos imitan a padres, se da con frecuencia que quienes en la niñez fueron testigos de abusos físicos entre sus padres, repiten la misma conducta cuando llegan al estado adulto. Aprendieron que los problemas y conflictos se afrontan con la fuerza bruta.⁷⁹

Al evaluar la frecuencia del acto de violencia en los adultos mayores evaluados (**Tabla 9**) se destaca una proporción alta de adultos mayores que sufren de violencia de forma cotidiana, con respecto a las otras frecuencias de actos de violencia evaluados, hecho que se correlaciona con el bajo nivel de escolaridad, el bajo nivel socioeconómico y cultural de los pacientes evaluados que mientras mas bajo mayor predisposición a la violencia intrafamiliar y en la comunidad.

CONCLUSIONES

- ✓ La mayor proporción de adultos mayores que acuden al consultorio refieren sufrir algún tipo de violencia al interrogatorio.
- ✓ La violencia en el adulto mayor fue más frecuente en el sexo femenino y en las edades comprendidas entre 66 a 70 años.
- ✓ Los adultos mayores casados, con primaria sin terminar y las amas de casa fueron los que con mayor frecuencia refieren algún tipo de violencia recibida.
- ✓ La violencia psicológica del tipo mixta e insultos fueron las de mayor frecuencia en los adultos mayores.
- ✓ La mayor proporción de adultos mayores refieren haber recibido empujones como maltrato físico.
- ✓ La violencia en el adulto fue generada en mayor proporción por los hijos
- ✓ Una proporción alta de adultos mayores sufren de violencia de forma cotidiana.

RECOMENDACIONES

- Fomentar actividades de salud a través de los consejo comunales, comité de salud, alumnos del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria, que estén encaminadas a dar a conocer todos los factores que dentro de la población del adulto mayor pudieran contribuir tanto al maltrato o la violencia de los mismos, con el objetivo de mejorar la dinámica familiar y la calidad de vida en dicho grupo de edad.
- Incrementar la participación comunitaria de las diferentes misiones tanto educativas como culturales con el objetivo de elevar la integración de los adultos mayores en la sociedad y lograr que estos sean socialmente útiles.
- La creación de consultas multidisciplinarias que ayuden al adulto mayor violentado a recibir protección legal y mejorar sus condiciones de vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. OPS/OMS. Washington, D.C. 2002;19-20.
2. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Madrid, 2001.
3. Chambergo YL, Valdivia C. Factores Psicosociales del Familiar que Influyen en el Maltrato del Adulto Mayor. UPCH. Tesis lic. en Enfermería. Lima 2004.
4. Arce AM, Salazar AM, Lizárraga JR. Maltrato Familiar en el Adulto Mayor. UPCH. Tesis Lic. Enfermería. Lima 2006.
5. Martín PPL. La atención a los ancianos: un desafío para los años noventa. OPS. Washington. D.C:1997. (Publicación científica # 546).
6. Farreras R. Aspectos éticos de la asistencia geriátrica. En: Compendio de Medicina Interna. Harcourt. España. Med. Int. 14a edición. 2000. CD.
7. Gracia GD, Broggi TMA, Salva L, Costa PJ. Ética médica. En: Compendio de Medicina Interna Farreras Rozman. 14 ed. Madrid. Edic. Harcourt. 2000.
8. Guía clínica para la atención primaria a las personas adultos mayores. Washington DC: OPS/OMS; 2002 [en CD].
9. Louro BI. Atención familiar. En. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. T I, La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001-225.
10. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF: CIRSS, OPS, OMS, 1995:13-33.

11. [Martínez QC, Pérez MVT, Cardona SY, Inclán RL](#). Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(1-2): disponible en: www.infomed.sld.cu /Rev.Cubana Med Gen Integr.
12. [Muñiz FMC, Ferrer MD, González PJ, Jiménez GY](#). Violencia intrafamiliar. Su presentación en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(5):468-73.
13. Mussoll J y col. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev. Esp Geriatr y Gerontol. 2002; 37 (NM 5):249-253.
14. Campillo MR. Violencia con el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;4: disponible en: www.infomed.sld.cu / Rev.Cubana Med Gen Integr.
15. Perez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Penhale B. [Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample](#). Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(1):17-21.
16. Dong X, Simon MA, Odwazny R, Gorbien M. [Depression and elder abuse and neglect among a community-dwelling Chinese elderly population](#). J Elder Abuse Negl. 2008; 20(1):25-41.
17. Bellis MA, Hughes K, Anderson Z, Tocque K, Hughes S. [Contribution of violence to health inequalities in England: demographics and trends in](#)

- [emergency hospital admissions for assault.](#) J Epidemiol Community Health. 2008; 62(12):1064-71.
18. Park-Taylor J, Ng V, Ventura AB, Kang AE, Morris CR, Gilbert T, Srivastava D, Androsiglio RA. [What it means to be and feel like a "true" American: perceptions and experiences of second-generation Americans.](#) Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2008;(2):128-37.
19. Sfoggia A, Pacheco MA, Grassi-Oliveira R. [History of childhood abuse and neglect and suicidal behavior at hospital admission.](#) Crisis. 2008;29(3):154-8.
20. [Effectiveness and efficiency of cognitive-behavioral group therapy for inpatients: 4-year follow-up study.](#) Veltro F, Vendittelli N, Oricchio I, Addona F, Avino C, Figliolia G, Morosini P. J Psychiatr Pract. 2008;14(5):281-8.
21. Conry M. [Identifying, preventing, and reporting elder abuse.](#) Consult Pharm. 2009; 24(4):306-15.
22. Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M. [Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health.](#) Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009; 144(2):168-72.
23. Lee KH. [Interpersonal violence and facial fractures.](#) J Oral Maxillofac Surg. 2009; 67(9):1878-83.
24. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta Interregional sobre el Envejecimiento de la Población organizada por el Banco Interamericano de

Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000. disponible en www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm.

25. Canal: Políticas y Derechos. Resumen II Foro Nacional del MIMDES Perú “Hacia una Cultura de Envejecimiento Saludable” Efectuado en Lima, Perú los días 25 y 26 de Mayo del 2005. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Local. Sábado, 13 de Agosto de 2005.

26. [Salomé Gamarra, Pedro Clemente](#) Atención del anciano en el Centro del Adulto Mayor EsSalud, Tacna – 2002. disponible en: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/>

27. Quintero O. Marialcira (Compiladora), La salud de los adultos mayores. Una visión compartida”, Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia, Maracaibo, 2008.

28. Maestre de Homes G, Quintero M, Falque L, Pino G, Segá O, Árraga de Montiel M, Rujano R. Diplomado interdisciplinario “Atención Integral para el adulto mayor. República Bolivariana de Venezuela, Universidad del Zulia, Facultad de Medicina. División de Extensión. Instituto de Investigaciones Biológicas. Laboratorio de Neurociencias. Maracaibo, marzo de 2009.

29. República Bolivariana de Venezuela, Ley de Servicios Sociales Adulto Mayor y otras categorías de personas, Gaceta Oficial No. 38.270, Caracas, Septiembre, 2005.

30. República Bolivariana de Venezuela, Ley del Ejercicio de la Psicología. Gaceta Oficial No. 2.306, Caracas. Septiembre de 1978.

31. República Bolivariana de Venezuela, Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería, Gaceta Oficial No. 38.263, Caracas Septiembre, 2005.
32. República Bolivariana de Venezuela, Ley del Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología, Caracas, 1978.
33. Earnestine Willis, MD, MPH y Víctor C. Strasburger, MD. Violencia en los medios de comunicación. En: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1998; Pág.293-315.
34. Huesmann, L. R., & Eron, L. D. *Television and the aggressive child: A cross-national comparison*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1986.
35. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas, Venezuela. 2006.
36. República Bolivariana de Venezuela. MSDS. Misión Barrio Adentro. Ed. MSDS. Caracas. 2003
37. Álvarez SR. Salud Familiar Manual del promotor. Misión Barrio Adentro. Situación de Salud y Calidad de Vida en la República Bolivariana de Venezuela. 2 Ed. Maracay, Instituto de Altos Estudios en Salud Pública, 2005;23-27.
38. Misión Médica Cubana. Informe misión médica cubana. Caracas: Misión Médica Cubana. 2006.
39. Misión Médica Cubana. Barrio Adentro. Estadísticas anuales. Unidad Central de Información. Caracas, Venezuela. 2003-2006. Caracas: Misión Médica Cubana.

40. República Bolivariana de Venezuela. Decreto presidencial de creación de la Misión Barrio Adentro. Gaceta Oficial No. 37.865, de 26 de enero de 2004.
41. Reyes VL. Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda Coro, Estado Falcon- Venezuela. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas, participación ciudadanía e inclusión social, 51 Congresos Internacional de Americanista. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
42. Organización de las Naciones Unidas. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid. ONU. 2002.
43. De Lima B. Venezuela: envejecer en la pobreza. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda Coro, Estado Falcon- Venezuela. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas, participación ciudadanía e inclusión social, 51 Congresos Internacional de Americanista. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
44. Revista Panamericana de Salud Pública Número especial sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe Vol.17 No. 5/6 Mayo-Junio; 2005.
45. Guillén Llera F. y Pérez del Molino, J., Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico, Madrid, 2005.
46. Artilés L. Importancia de la conciencia de género para las políticas públicas en salud y los derechos ciudadanos. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica. 2002; 97 (III): disponible en: www.infomed.sld.cu.

47. Organización Panamericana de la Salud. Perfil básico de salud. Venezuela. Disponible en: internet: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/cp_862.htm. Washington, DC: OPS.
48. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001. Caracas: Ministerio de Planificación y desarrollo.
49. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Social. Disponible en: internet: <http://www.sisov.mpd.geov.ve/indicadores/salud/adceso> [alasalud/sa06003/sa0600300000000/index.html](http://www.sisov.mpd.geov.ve/indicadores/salud/adceso). caracas:ine.
50. Rodríguez V. Medicina de emergencia Pasado, presente y futuro. Disponible en: www.reeune.arizona.edu. Sociedad Venezolana de medicina de emergencia y desastre. 2009.
51. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the: 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975; 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983; 41st WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989; 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996; 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000; 53th WMA General Assembly, Washington 2002 (Note of Clarification on paragraph 29 added); 55th WMA General Assembly, Tokyo 2004 (Note of Clarification on Paragraph 30 added); 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008.

52. Chan RL, Martin SL. [Physical and sexual violence and subsequent contraception use among reproductive aged women.](#) Contraception. 2009; 80(3):276-81.
53. Abrahams N, Jewkes R, Martin LJ, Mathews S, Vetten L, Lombard C. [Mortality of women from intimate partner violence in South Africa: a national epidemiological study.](#) Violence Vict. 2009; 24(4):546-56.
54. Capaldi DM, Shortt JW, Kim HK, Wilson J, Crosby L, Tucci S. [Official incidents of domestic violence: types, injury, and associations with nonofficial couple aggression.](#) Violence Vict. 2009; 24(4):502-19.
55. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria. 2001; 27: 331-334.
56. Ruiz Sanmartín A, Coma Solé M, Boncompte Vilanova P, Altet Torner J, Porta Martí M, Duaso Izquierdo P et al. El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. Aten Primaria. 2000; 26: 641-646.
57. U. S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. Ann Intern Med. 2004; 140 (5): 382-386.
58. Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Elder abuse. Using clinical tools to identify clues of mistreatment. Geriatrics. 2000; 55 (2): 42-44.
59. Lachs MS. Screening for family violence: what's an evidence-based doctor to do? Ann Intern Med 2004; 140: 399-400.

60. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad; Madrid ; 2000.
61. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. J Am Geriatr Soc. 2000; 48 (2): 205-208.
62. CEPAL/CELADE. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas, Publicación de las Naciones Unidas, LC/L: 1973, 17 de octubre de 2003.
63. Canales A. hacia el Envejecimiento Demográfico. Revista demos. Carta demográfica sobre México No. 14, IISUNAM, México. 2001.
64. Fuente: Estudio "Missing Voices" (OMS/INPEA, 2002). Antecedentes Maltrato al Adulto Mayor en Chile, Senama 2006.
65. Monteiro, MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS, 2007.
66. Brecklin L.R., Ullman S.E. The role of offender alcohol use in rape attacks: An analysis of National Crime Victimization Survey data. Journal of Interpersonal Violence. 2001; 16:3-21.
67. Oweis A, Gharaibeh M, Al-Natour A, Froelicher E. [Violence against women: unveiling the suffering of women with a low income in Jordan.](#) J Transcult Nurs. 2009; 20(1):69-76.

68. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 2002; 325:314.
69. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vive-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. 2004; 18 Supl 2:4-12.
70. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en al salud física y psíquica. Med Clin (Barc). 2004; 122:461-7.
71. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for Violence Against Women: Scientific Review. JAMA. 2003; 289:589-600.
72. Guía clínica para la atención primaria a las personas adultos mayores. Washington DC: OPS/OMS; 2002 [en CD].
73. Louro BI. Atención familiar. En. Álvarez Sintes R. Temas de Medicina General Integral. T I, La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001-225.
74. Chambergo YL, Valdivia C. Factores Psicosociales del Familiar que Influyen en el Maltrato del Adulto Mayor. UPCH. Tesis lic. en Enfermería. Lima 2004.
75. Arce AM, Salazar AM, Lizárraga JR. Maltrato Familiar en el Adulto Mayor. UPCH. Tesis Lic. Enfermería. Lima 2006.
76. [Martínez QC, Pérez MVT, Cardona SY, Inclán RL](#). Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(1-2): disponible en www.infomed.sld.cu.

77. *Violencia Intrafamiliar: Guía para facilitadores de Grupos- “Conociendonos”* - Municipal de La Paz, Bolivia y OPS, Bolivia 2005.
78. [Fernández BS, Almuña GM, Alonso CO, Blanco MB](#). Factores psicosociales presentes en la tercera edad Rev Cubana Hig Epidemiol. 2001; 39(2):77-81.
79. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del MIMDES. 2002.

