

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”**

Factores de riesgo que originan la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor del consultorio número 8 del Consejo Popular de Tamarindo.

AUTORA: Dra. Juliet Casas de la Rosa

2015

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

Policlínica Integral Ernesto Che Guevara

Factores de riesgo que originan la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor del consultorio 8 del consejo popular de Tamarindo.

**TESIS EN OPCIÓN POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO
EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

Autora: Dra. Juliet Casas de la Rosa.

Residente de 2do año de Medicina General Integral

Tutor: Dr. Alberto Gonzales Guevara Prof. Instructor.

Especialista de 1er Grado en Medicina Interna.

Florencia, 2015

PENSAMIENTO

Porque con las formación de cada nuevo médico crece la esperanza de un mundo mejor.

Fidel Castro Ruz.

DEDICATORIA

A mi familia por todo el apoyo incondicional en la confección de este trabajo.

A mi tutor por legarme todo el conocimiento necesario para el desempeño de este trabajo.

A todas las personas que participaron en la confección de este trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el consultorio número 8 del Consejo Popular de Tamarindo del Municipio de Florencia, desde mayo 2014 hasta junio 2015 a fin de describir el comportamiento de los factores de riesgo que originan la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor. Se utilizaron métodos del nivel empírico con sus respectivas técnicas e instrumentos, todas aplicadas a partir del conocimiento informado. El universo estuvo conformado por el total de pacientes mayores de 60 años de edad con una cifra de 72 adultos mayores, de los cuales se tomó una muestra de 60 casos que sufrieron algún tipo de maltrato y se les aplicó un cuestionario el cual constituyó la fuente primaria de la información, unida a las Historias de Salud Familiares e Individuales. Los factores de riesgo encontrados en esta población fueron: la edad, el sexo, el nivel de escolaridad bajo, los que provenían de familias disfuncionales, con características psicosociales, cultura sanitaria y satisfacción de las necesidades básicas regulares, entre los diferentes tipos de maltrato estuvieron: el psicológico, financiero, físico y por negligencia.

Palabras claves: factores de riesgo, violencia intrafamiliar, adulto mayor.

ÍNDICE

	PÁG.
Introducción.....	1
Marco Teórico.....	10
Materiales y Métodos.....	25
Resultados y Discusión.....	33
Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	47
Bibliografía.....	48
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El abuso, maltrato o violencia ocurre en todas las etapas del ciclo de la vida. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la esperanza de vida en América Latina ha ido en aumento, de 51 a 68 años, y que para el año 2020, más del 12% de los pobladores serían mayores de 60 años; fenómeno que está relacionado con la baja de la tasa de fertilidad (de 3,1 a 2,4 hijos por mujer) y al avance en la erradicación de enfermedades transmisibles. De acuerdo a cifras estimadas y según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); en el Perú la población de adultos mayores para el año 2020 se duplicará en relación al 2002, de alrededor de 1'848.000 que representa el 7.2% del total de habitantes del país a 3'613,000 Adultos Mayores que equivale al 12.6%; siendo la esperanza de vida de 71 años en la mujer y 66 años en el hombre. Estimaciones que al 2012 alcanzaba los 2 millones 711 mil 772 personas de 60 y más años de edad, de la cual 1 millón 444mil 842 (53,3%) son mujeres y 1 millón 266 mil 930 (46,7%) hombres. ⁽¹⁾

Esta situación, nos lleva a tomar el tema con honda preocupación, en la medida que dicho aumento de la esperanza de vida, no va a la par con mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en países como el nuestro; países, en el que la situación de pobreza es cada vez mayor; donde los principios y valores, tales como la solidaridad y respeto a los adultos mayores, se vienen resquebrajando; y donde la convivencia familiar se hace cada vez más conflictiva, tendiendo a la desintegración que no garantiza las condiciones mínimas de bienestar del adulto mayor.⁽²⁾

La preocupación del ser humano por el envejecimiento viene desde su propia existencia y data desde la comunidad primitiva, cuando las personas más ancianas se utilizaban para tomar decisiones y dar consejos al resto de las familias. Con el desarrollo social, estas personas continúan cumpliendo una función en la sociedad, y en especial en la familia, pero no en pocas ocasiones se encuentran sometidas a evidentes formas de maltratos o abusos¹, siendo estos grupos de personas los más vulnerables de ser afectados por la violencia.⁽³⁾

El abuso, maltrato o violencia ocurre en todas las etapas del ciclo de la vida. El reconocimiento de la violencia en el ambiente doméstico por parte de la medicina es ya antiguo, se ha identificado el llamado "anciano maltratado"; sin embargo, referirse a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano, y constituye el núcleo de toda sociedad. Esta se encuentra en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social, y los diferentes grados, niveles y concepciones con que se presenta en cada terreno. El origen de la violencia es parte de una cuestión cultural o, mejor dicho, tiene sus raíces en los conocimientos, tradiciones, usos, costumbres y manifestaciones de los pueblos, quizá desde hace miles de años. (4).

El maltrato es un fenómeno tan antiguo como el propio surgimiento del ser humano. Desde la comunidad primitiva existieron las primeras manifestaciones, con el objetivo de luchar por la supervivencia o el poder; esto demuestra que nos encontramos ante un problema de una extraordinaria magnitud, que abarca múltiples perspectivas y, en consecuencia, requiere de respuestas también multidisciplinarias. Con el desarrollo de la sociedad comenzaron a realizarse estudios sobre el impacto de la violencia y su conceptualización, y su análisis ha sido objeto de múltiples investigaciones en diferentes áreas del conocimiento. (5)

La violencia constituye una de las afectaciones más severas que ha venido azotando a la humanidad. Las distintas 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. Se estima que la violencia tiene un carácter cambiante en función de la dinámica del poder y de la distribución de los roles y recursos, es por ello que pueden establecerse diferentes tipos de violencia.

Las primeras publicaciones al respecto en el ámbito médico aparecieron en el año 1975, cuando se describió en el Reino Unido el síndrome del "zamarreo del anciano" o Granny Battering, demostrándose además 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 por el tema. Es así como en USA se ha legislado al respecto y la comunicación de los casos es obligatoria en casi todos los estados, cuando el abuso ocurre dentro del hogar. En 1990 las Naciones Unidas designaron el 1º de octubre como "Día Internacional de las Personas de Edad". El año siguiente fueron aprobados los "Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de Edad".⁽⁶⁾

El estudio de este fenómeno como problema social y sus diferentes manifestaciones, ha sido en los últimos años un tema de gran Interés para numerosos investigadores. Si bien los ancianos han sido venerados y respetados como seres con una vasta experiencia, el abuso contra los mismos se remonta desde el siglo XI a.n.e en Mesopotamia y algunas tribus del África del Sur y del Centro, donde eran sacrificados cuando arribaban a ese período de la vida.

Anualmente, se denuncia más de medio millón de casos de maltrato a adultos mayores y se estima que los casos no denunciados son tres o cuatro veces la cifra anterior. Según estadísticas recientes del Centro nacional sobre maltrato a adultos mayores (National Center on Elder Abuse), el 10.5 por ciento de los casos de maltrato involucra a hispanos y los expertos sostienen que estas cifras están aumentando.⁽⁷⁾

"Hace diez años, yo hubiera dicho que el maltrato a adultos mayores no es un problema en la comunidad hispana. Actualmente, vemos cada vez más casos de todo tipo de maltrato: emocional, sexual, económico y mental. Lo que pensábamos que era contrario a nuestras costumbres está creciendo desmesuradamente", dice la doctora Carmela Lacayo, fundadora y presidente de la Asociación nacional de hispanos adultos mayores (National Association of Hispanic Elderly) y miembro del Consejo hispano de AARP (AARP Hispanic Council).

Una advertencia aún más grave hace el doctor Fernando Torres-Gil, decano de asuntos académicos de la Escuela de políticas públicas y trabajo social de la

Universidad de California en Los Ángeles: "cuando se habla de maltrato a adultos mayores en nuestra comunidad, sólo hemos descubierto la punta del problema". (8)

En el mundo actual hay una tendencia creciente a la violencia. En América Latina los países con mayor índice son en orden descendiente: Colombia, Brasil y Panamá, donde se reportan anualmente más de 102 mil casos de extrema violencia, de los cuales un 37.15 % de los maltratados constituyen ser ancianos. (9)

En Argentina y Chile este fenómeno se ha venido incrementando desde hace más de tres décadas y para el 2009 se prevé que más de 33 600 adultos mayores sufran algún tipo de violencia dentro del seno familiar.

En EE.UU. entre el 4 y el 10 % de las personas mayores de 65 años son víctimas de algunas de las formas de maltrato, sin embargo lo más escalofriante constituye el hecho de que más del 20% de los ancianos no sólo son maltratados en sus hogares, sino también en diversas instituciones nacionales destinadas a su cuidado y en centros donde laboran largas horas de trabajo. Pillemos y Finkelhor, por ejemplo, en Boston encontraron en 2 020 personas ancianas no institucionalizadas en el área metropolitana un 3,2 % de maltrato.

Un equipo de Canadá y EE.UU. realizó el primer estudio de prevalencia de maltrato en los ancianos en Canadá, y obtuvo como resultados que el 4 % de los ancianos estudiados habían recibido algunas de las formas de maltrato.⁽¹¹⁾ Alrededor de un 8 % de la población mayor de 65 años es maltratada en los Estados Unidos, sin embargo lo más escalofriante constituye el hecho de que más del 20 % de los ancianos no sólo son maltratados en sus hogares, sino también en diversas instituciones nacionales destinadas a su cuidado y en centros donde laboran largas horas de trabajo .(10).

En la actualidad y en el Perú, el adulto mayor enfrenta problemas de exclusión y maltrato que va desde las atenciones de sobrevivencia, es decir de atenciones mínimas de alimentación y salud física; hasta la de degeneración de su salud mental, como consecuencias de un maltrato no solo de la familia sino de toda la

sociedad, por ello, la asesora regional en Políticas de Salud del Programa de Políticas Públicas y Salud de la OPS, señala la necesidad de ir elaborando leyes que protejan la vida de esta población para lograr "un envejecimiento feliz" aún más cuando se calcula que para el 2025, el 14% de la población de las Américas tendrán 60 años o más, y se estima que el 60% de la población mayor no recibe beneficios de la seguridad social. ⁽¹¹⁾.

En Chile, como en otros países latinoamericanos, el adulto mayor se ve afectado por este problema social, el que se caracteriza por su invisibilidad y deficiente registro; la existencia de instituciones que no cuentan con sistemas de detección precoz o apropiada; así como también, la escasa comprensión de la dinámica de las relaciones violentas y de las experiencias de las personas mayores afectadas. ⁽¹²⁾

Según el Instituto Colombiano de Medicina Legal en 2010 se presentaron más de 4000 casos de violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor, de los cuales 1092 casos de actos violentos ocurrieron sólo en Bogotá, 576 hombres y 516 mujeres, siendo reportados 5 casos de abuso carnal violento en personas mayores de 60 años en esta ciudad". En el mismo año, 67 ancianos fueron sometidos a dictámenes sexológicos, víctimas de agresión sexual.

Los esfuerzos que ha destinado Cuba en preservar la salud se manifiestan en diferentes niveles de bienestar y calidad de vida de los individuos en la sociedad, y van más allá de la propia supervivencia, para adecuar la atención de la salud de la población a su realidad, garantizando un sistema con un enfoque germinante y participativo, centrado en la promoción y prevención de enfermedades, que puedan afectar de alguna forma al ser humano. Diversas son las especialidades de la salud que, en su desempeño, tributan al logro con calidad de los programas en que se organizan los servicios en los diferentes niveles de atención, ya sea, primario, secundario o terciario.

La violencia contra las personas adultas mayores es un problema del cual nuestro país no está ajeno, sin embargo son escasos las cifras y datos al respecto. ⁽¹³⁾

La provincia de Ciego de Ávila registra cifras interesantes con respecto a la ancianidad, al contar con 68.869 personas mayores de 60 años, lo cual representa el 16,3% del total poblacional de la provincia⁴, hecho que resulta llamativo, al poseer una población que se conduce rápidamente hacia la tercera edad y, por consiguiente, aparece una seria preocupación por las medidas de control y prevención que se deben tener en cuenta en la sociedad para garantizar una adecuada calidad de vida para sus longevos.

En tal sentido, se ha demostrado la necesidad que existe en nuestro país y en la provincia de investigar sobre esta temática.

En las circunstancias actuales en la sociedad cubana se hace necesario contribuir para mejorar la calidad de vida de toda la población y fundamentalmente en el adulto mayor, para contribuir con su calidad de vida, donde todos tengan igualdad de oportunidades, para ello se llevan a cabo investigaciones orientadas a resolver algunos de los problemas que se gestan en las comunidades, como son los sus factores de riesgo en la convivencia familiar, nos quisimos enmarcar específicamente en la violencia doméstica en todos sus aspectos. ⁽¹⁴⁾

En Cuba, donde hay un envejecimiento poblacional notable, los derechos a ese grupo están amparados por el Código de Familia y la Ley de Seguridad Social. También se brinda atención multidisciplinaria a los ancianos que denuncian las agresiones familiares o de otro tipo, aunque muchos, como es tendencia en el mundo, prefieren callar para evitarse conflictos con sus familias o para que no se haga público su lamentable problema.

Cualquiera que sea la circunstancia existente es sumamente importante llevar a cabo una amplia evaluación médico social antes de tomar cualquier decisión. En nuestros días es imposible negarse a reconocer la imperiosa necesidad de desarrollar la atención al anciano en sus múltiples y complejas facetas, ya que la salud del adulto se construye a lo largo de la vida, es el resultado de los hábitos personales, de los factores ambientales y el deterioro inevitable que sufre el

organismo. Por tal razón, el Ministerio de Salud Pública de nuestro país dedica cuantiosos recursos humanos y materiales que garanticen la satisfacción plena de todos.

En la carta aprobada el 16 de diciembre de 1991, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, se garantizan una serie de derechos a las personas mayores, que van desde los más básicos, como el acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuada, hasta los más trascendentales, como el acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado, vivir con dignidad y seguridad, verse libre de explotaciones y malos tratos físicos o mentales, poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales y, finalmente, recibir un trato digno por parte de quienes los rodean.

La violencia constituye una de las afectaciones más severas que ha venido azotando a la humanidad. Las distintas 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. Se estima que la violencia tiene un carácter cambiante en función de la dinámica del poder y de la distribución de los roles y recursos, es por ello que pueden establecerse diferentes tipos de violencia.

La vejez, sino un divino tesoro, sí es un apreciable don que en la actualidad disfrutan unos 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta. El fenómeno no solo refleja las tasas más altas de poblaciones de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia en el presente siglo es hacia el aumento de los ancianos, incluso en los países subdesarrollados.⁽¹⁵⁾

En el Municipio de Florencia existe un 20,8 % de adultos mayores. Esta situación constituye un problema de salud en el territorio.

Por la repercusión que tiene este fenómeno en las comunidades, se ha decidido realizar esta investigación, siendo nuestra principal interrogante: ¿Cómo se

comportan los factores de riesgo que predisponen a la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor?

Novedad científica: Consiste en una sistematización de los factores de riesgo en la convivencia familiar del adulto mayor no realizada nunca antes en el Consultorio médico de la familia número 8 del Consejo Popular de Tamarindo, lo cual permitió detectar los factores de riesgo en el grupo etareo objeto de estudio.

Hipótesis:

Si se determinan las condiciones de vida socio familiares de las personas de la tercera edad, se promueven acciones dirigidas a elevar la calidad de vida de los ancianos y las causas de violaciones de sus derechos, disminuirán los factores de riesgo en la convivencia familiar del consultorio número del Consejo Popular de Tamarindo.

Objetivo general:

Describir el comportamiento de los factores de riesgos que originan la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en el consultorio número 8 del Consejo Popular de Tamarindo.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar a la población en estudio según la edad, sexo y nivel de escolaridad.
- 2- Evaluar el funcionamiento familiar, las características psicosociales y satisfacción de las necesidades básicas en los adultos mayores estudiados.
- 3- Identificar el índice de hacinamiento y el comportamiento de la cultura sanitaria.
- 4- Determinar los diferentes tipos de maltrato cometidos hacia el adulto mayor.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es definido como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos. En el envejecimiento patológico o senilidad, a nivel biológico hay descompensación en las enfermedades ocurriendo hospitalizaciones frecuentes. En el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa. (16)

Se puede focalizar en las conductas violentas el empleo de la fuerza para resolver conflictos interpersonales. Es una forma del ejercicio del poder para eliminar aquellos obstáculos que se interponen en nuestras decisiones, acciones y se usa la fuerza. Por lo general la conducta violenta es posible dadas las condiciones de desequilibrio de poder o por el contexto, o producido por maniobras en las relaciones interpersonales de control en la relación:

Ese desequilibrio de poder dentro de la relación puede ser permanente o momentáneo. Cuando es permanente, las causas son culturales, institucionales, etc. Y cuando es momentáneo se explica por sí solo (contingencias ocasionales), por lo que conceptualmente, la violencia se caracteriza por forzamiento (fuerza, poder) y aclara que no es solo fuerza física, sino también cuando hay coacción, presión verbal, emocional, sexual, entre otros. (17)

En el campo de la violencia, un factor de riesgo vendría a ser una característica que, en alguna medida, sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia el comportamiento violento.

El maltrato a ancianos es el trato indebido o negligente a un anciano por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes. A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, la violencia hacia los adultos mayores por parte de los

familiares ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes. Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar.

El maltrato en la tercera edad se puede realizar tanto por acción como por omisión, y puede ser intencional o no. Puede ser de carácter psíquico, físico, además de abuso económico u otros perjuicios, y como consecuencia de esto, el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor de pérdida, violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida. Los problemas médicos habituales de los ancianos más frecuentes son: la incontinencia de los esfínteres, la polifarmacia, las caídas, la inmovilidad, el delirio, la depresión y la demencia. Además, pudiera adicionarse el maltrato recibido por familiares o personas encargadas de su cuidado, que afecta de manera desmedida su salud psíquica, teniendo en cuenta que es 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 víctima frecuente de abusos y maltratos, conformando el límite superior del síndrome de violencia familiar. ⁽¹⁸⁾

Un investigador estadounidense y sociólogo, ha desarrollado el siguiente concepto de maltrato a partir de más de 100 reportes de investigadores, médicos y educadores que trabajan en el campo del maltrato a ancianos: "El maltrato a ancianos es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida para la persona mayor" . ⁽¹⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud ha conceptualizado a la violencia como "el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas

probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. En cuanto a la Organización Panamericana para la Salud, la define como “la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupos en contra de sí mismo, de objetos o de otras personas, que produce como resultado la destrucción o daño del objeto y la limitación de cualquiera de los derechos establecidos de las personas o grupos de personas víctimas”. (19)

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En referencia a su rol determinante para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se plantea que: « es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros y un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos y donde se profundizan los lazos de solidaridad, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y sistemas normativos, pues sus mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia, postura que se confirmó hace más de una década.

Toda persona con independencias de raza, sexo o edad puede ser objeto de conducta maltratante. Esto ha ocasionado que los estudios sobre el tema de violencia se hayan dirigido a diferentes grupos, entre ellos a los adultos mayores. (20)

Son cada vez más los ancianos que viven con uno u otro pariente trayendo consigo un grado de dependencia de estos, implicando además la responsabilidad continuada que la aparición de una enfermedad ocasiona o la necesidad de proporcionar cuidados personales. Estos cambios traen modificaciones en las pautas de las obligaciones de los parientes que se olvidan de sus responsabilidades, del amor, del cariño y de los sentimientos como necesidades básicas a conservar y mantener dentro de un entorno familiar. La familia es el primer refugio para el individuo, ya que esta constituye para el anciano la principal red de apoyo social. Para que además de las necesidades afectivas se cumplan otras funciones como la de protección, cuidado, satisfacción de necesidades económicas y otras.

A menudo los factores claves más influyentes en esas relaciones recíprocas son la capacidad física y económica del anciano. A medida que el estado de salud, las actividades de la vida diaria y las capacidades funcionales del anciano empeoran, le resultará más difícil mantener esa reciprocidad con la familia y de ahí la aparición de la violencia. ⁽²¹⁾

Teniendo en cuenta que la violencia es un síntoma; un indicador del mal funcionamiento en las relaciones familiares; es necesario ir descubriendo los factores de índole económico, familiar y social que la provocan e ir encontrando las alternativas de tratamiento frente a los mismos; es decir, en la medida que se identifique y reconozca las causas que la provocan y se asuma las consecuencias que todo esto acarrea; podremos lograr bajar los índices de dicho comportamiento, mejorar las relaciones familiares y por ende lograr el bienestar de toda la familia y del adulto mayor en particular.

Cuando hablamos de colaborar en el mejoramiento de la calidad de vida, debemos considerar los factores que hacen del adulto mayor una persona vulnerable frente al maltrato:

- Pérdida de rol social.
- Baja autoestima.

- Niveles de dependencia, derivada de algunas patologías.
- Bajos niveles de ingreso, lo que les obliga a vivir con otros o a depender económicamente de ellos. (22)

Otros autores plantean que los factores que contribuyen al maltrato de los adultos mayores son:

- La presencia de ciertas dinámicas familiares (violencia familiar, falta de comunicación, inversión de roles).
- La naturaleza y la calidad de la relación que se establece entre la persona mayor y quien le cuida en el entorno familiar.
- La descalificación, falta de reconocimiento a la sabiduría y la experiencia de las personas mayores de 60 años. La sociedad tiene un culto muy elevado por la juventud y tiende a excluir y marginar a las personas mayores. (23)

Vivian Zas Tabares en estudio realizado en nuestro país con 200 adultos mayores, se reporta que el 59,9 % de su serie recibió algún tipo de maltrato, con un predominio en el grupo de 60 a 64 años y el sexo femenino, y fue el perfil conocido como maltrato psicológico el más frecuente encontrado por ella en su investigación (94 %), seguido del social y el familiar. Asimismo Alma del Pino en el Policlínico Docente "Mario Escalona" en Ciudad de La Habana, también constata predominio del maltrato psicológico perpetrado por sus familiares más cercanos. La frecuencia de maltrato según sexo se puede apreciar que son más maltratadas en casi todos los tipos de maltrato las féminas ya que al llegar a esa edad las mujeres se jubilan y se dedican al cuidado de los nietos para que sus hijas no pierdan el vínculo laboral y aparece una gran contradicción: cuidan al bebé. Cuando la mujer envejece, más aún si padece de algún tipo de discapacidad, aumenta su vulnerabilidad al fenómeno del maltrato. Todo ello unido a que, en muchas ocasiones, después de la jubilación, el anciano busca espacios de reemplazo fuera del hogar, pero las féminas tienden a

exacerbar su soledad y aislamiento dentro de la casa, lo cual trae como consecuencia la predisposición a este fenómeno. (24)

En el ámbito familiar el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce contra los adultos mayores es el maltrato psicológico hasta en un 95%. Siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), humillación y desvalorización (66.3%), amenazas de muerte (40%), y rechazo (48.8%).

En una edad en la que se es dependiente del otro, las maneras de agredirlos pueden ser desde las más sutiles como una frase cortante por sus limitaciones hasta la agresión física, sexual, financiera, el chantaje filial, la poca atención o los descuidos en ella, causándoles consecuencias físicas (alteraciones orgánicas, del sistema nervioso, trastornos del sueño), psicológicas (baja autoestima, aislamiento, temor, depresión) y sociales (pérdida de roles, prejuicios sociales, inactividad, dependencia).

El abusador es por lo general la persona que "lo cuida" o vive a su lado, y puede ser un miembro de la familia, un vecino, amigo o el responsable de una institución. Para el adulto mayor lo más doloroso es que las agresiones provengan de sus hijos o nietos, a quienes ha contribuido a formar y en quienes ha depositado toda su esperanza de tener una vejez grata y equilibrada.

Debido a la existencia de un alto número de familias extensas o trigeracionales, pues los hijos se casan y continúan viviendo con sus padres, llega un momento donde son los hijos los que ocupan el liderazgo de la familia, volviéndose los padres dependientes de estos y los hijos con frecuencia quieren imponer autoridad utilizando métodos violentos y en muchos casos descargan los problemas personales y laborales con los ancianos. (25)

Los estudios realizados sobre la violencia familiar, el alcoholismo, las malas relaciones en la familia constituyen los principales factores de riesgo de la violencia en el anciano.

Se valora que existe un predominio de la psicopatología del abusador como causa de violencia en el anciano porque en estas familias el consumo de alcohol es elevado por parte de los miembros de las mismas produciendo un desequilibrio en la conducta del cuidador, así como desórdenes en la personalidad que generalmente llevan a actos violentos y como los ancianos son, desde el punto de vista físico más frágiles y vulnerables sobre ellos es que recaen con más fuerzas estos cambios que se producen en su cuidador. Es válido reconocer que asociado a esta situación también se encuentran los bajos ingresos y los problemas de empleos que sufren estas familias que conllevan, en muchos casos como estado desesperación, al consumo de alcohol.

Se determina que hay una prevalencia de maltrato en el sexo femenino y si conviven con otras generaciones, trae consigo conflictos generacionales pues sobre ellas suele recaer el mayor número de las actividades hogareñas y no es valorada por la familia su trayectoria vital, además en la sociedad cubana, por diversos patrones heredados, hacen que las mismas sufran una serie de discriminaciones, daños físicos y emocionales, no solo por los familiares, sino también por la misma pareja.

(26)

Una investigación sobre delitos de maltrato intrafamiliar de personas mayores en diez países reveló que las mujeres representan entre el 60% y el 75% de las víctimas, en función del país. Además la investigación muestra que, a partir de los 75 años, se incrementa el riesgo de sufrir maltrato.

En la población española se confirma tal cuestión, puesto que la prevalencia de maltrato aumenta del 0,6% en los ancianos entre 65 y 74 años, hasta el 1,1% entre los que superan los 74. Evidentemente, no se trata sólo de una cuestión demográfica; los ancianos más mayores tienen mayor probabilidad de presentar otros factores de riesgo, como dependencia y aislamiento social. Así mismo, es más probable que sus cuidadores presenten altos índices de estrés (*síndrome de burnout*). Todos estos factores aumentan el riesgo de padecer maltrato.

El tercer factor es el grado de dependencia de la víctima. La tasa de maltrato aumenta conforme se incrementa el nivel de dependencia. Los ancianos dependientes presentan mayores tasas de todos los tipos de maltrato.

El cuarto factor es la demencia de la víctima. Posiblemente, el segmento de ancianos al que es más difícil llegar en la investigación sea el de aquellos que presentan demencia. A pesar de ello, es fundamental hacerlo, puesto que han encontrado prevalencias de maltrato muy superiores a la media, por ejemplo, entre personas con enfermedad de Alzheimer.

También se demuestra que los principales agresores en los casos de ancianos con dependencia son los hijos, mientras que los ancianos sin dependencia sufren más maltrato a manos de sus parejas.

El 35% de las Personas Adultas Mayores (PAM) que acudieron al CEM por maltrato señalan como motivo de la violencia, la actitud de parte del agresor/a en el extremo de querer “controlar su vida”, el 31.7% el carácter dominante e impulsivo del victimario/a, 21.9% los motivos económicos, 27.5% motivos familiares, 9.8% celos e infidelidad y el 12.4% refiere que no hubo motivo o razón aparente. ⁽²⁷⁾

En un estudio se encontró que la mayoría de los estudios revisados, las mujeres eran las más maltratadas, quizás exista todavía alguna discriminación, no por la sociedad ni el sistema hacia la mujer, sino una discriminación en el hogar de la mujer por sus familiares que las confinan a tareas solamente hogareñas. No ven en la mujer un ente capaz de hacer las tareas que hacen los hombres, incluso a veces ellas mismas se acostumbran a la idea del hogar y dentro de sus planes no está para nada salir de esa rutina.

En nuestro país con una población que excede a los 11 millones de habitantes tenemos algo más del 12,5% de la población por encima de los 60 años. La población cubana ha ido envejeciendo debido al aumento de la esperanza de vida, al

desarrollo demográfico y a los movimientos migratorios. Colaboradores demostraron en su investigación como los ancianos que vivían en hogares con un funcionamiento familiar de tipo disfuncional y un alto índice de hacinamiento sufrieron 3 veces más algún tipo de maltrato en relación a aquellos que vivían en condiciones favorables.

En la literatura referente al funcionamiento familiar y su relación con el maltrato, se encontró, en un estudio realizado en el año 2004, un amplio predominio de las familias disfuncionales (57,1%), y un mínimo de familias funcionales (42,9 %). (28)

Estudios sobre el funcionamiento familiar revelan resultados similares, en su investigación encontrando que uno de los factores que pudieran llevar por tanto a la aparición del maltrato es el mal funcionamiento familiar, ya que se considera esencial la dinámica de relaciones con la familia.

Al relacionar la capacidad funcional e individual para las actividades del diario vivir, en otros estudios se reflejó que los pacientes incapaces de realizar actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentadas, tenían mayor probabilidad de ser víctimas del maltrato; esto puede explicarse por los conflictos intergeneracionales y por la incomprensión familiar que está presente en muchos casos, al no asimilar el deterioro físico y psíquico propios de la edad e interpretarse como un fenómeno "voluntario" del anciano, todo ello debido a la falta de preparación para la vejez que tienen los hombres y mujeres de la sociedad actual. Las dificultades en la comunicación aumentan la tendencia al uso del maltrato para la solución de conflictos, a lo que se añade la situación de los adultos mayores que están postrados y requieren de personas que los asistan.

Algunos ancianos le tienen más miedo a la dependencia que a la muerte. Esto es un problema de orden social, ya que se considera a las personas mayores como improductivas, cargas obsoletas o descartables como objetos. El abuso psicológico o emocional en esta etapa de la vida es el más habitual, y daña en gran medida la salud mental de los ancianos, y es el más frecuente de todos, puesto que en esa etapa se vuelven susceptibles y, en ocasiones, se consideran inservibles. (29)

Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar.

Un gran porcentaje de adultos mayores, ubicados en los conos de la ciudad de Lima, convive con familiares cuyo sustento económico proviene del comercio informal y/o trabajos eventuales con ingresos que solo permiten cubrir las necesidades básicas; en muchos casos esta situación se convierte en fuente generadora de tensión y conflicto que afectan la dinámica familiar al punto de constituirse en poderosos factores que propician el desarrollo de conductas agresivas que ponen en riesgo la integridad física y psicológica de la familia y sus miembros, de tal forma que nos encontramos con familias empobrecidas que no disponen de la economía ni el tiempo para el esparcimiento y el afecto, manteniendo una convivencia con la violencia familiar.

A partir de consultar algunos trabajos de los diferentes continentes, se pudo constatar la frecuencia del maltrato físico y el psicológico; este último predominó en los países de Sudamérica en un rango del 30 al 50 %, mientras que el maltrato físico prevaleció en Norteamérica y Europa con un 30%.

Los resultados de un estudio efectuado en Madrid han determinado que el principal tipo de maltrato que reciben los ancianos es la negligencia (16,4 %), seguido del abandono (7,7 %), el abuso psicológico (3,1 %), la explotación financiera (1,5 %), el abuso físico (1 %) y el sexual (0,2 %).

Es en las poblaciones de pobreza y pobreza extrema donde se observa mucho más las dificultades para mantener la unión familiar y las buenas relaciones entre éstos.

El nivel de escolaridad constituye un factor de riesgo en la aparición de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor, según diversos autores y psicólogos. Lo que puede repercutir de forma negativa en la frecuencia del maltrato, ya que muchas veces cuando no se obtiene cierto nivel de enseñanza, estos no pueden identificar los

distintos tipos de violencias intrafamiliares, convirtiéndolos en seres con mayores probabilidades a ser maltratados. Además, el hecho de no tener un alto grado de escolaridad hace de los ancianos más dependientes de las personas que los rodean por no tener un buen respaldo económico en su poder y pensar por tanto que el daño que le produciría a él (me refiero al anciano) dejar de depender del maltratante sería mayor que el propio hecho de ser maltratado. (30)

Muchos autores como Burrows, plantean que al no tener un alto nivel de escolaridad se está más predispuesto al maltrato, ya que estos abuelos con mayor ignorancia no defienden su espacio. Ortiz, en su investigación encontró que más del 48% de su muestra correspondían a ancianos que apenas habían terminado el nivel de secundaria básica. (31)

Nuestras profesionales, tal como se ha mencionado anteriormente, sólo pueden intervenir reteniendo el pago, por unos días, mientras se intenta esclarecer los acontecimientos. Esta situación nos permite observar que, en general, los pensionados no conocen sus derechos, por ejemplo, el derecho a decidir a quién dar o no un poder para cobrar su pensión; la creencia más internalizada en ellos es la de pensar que necesitan de un intermediario para realizar ciertos trámites. En este sentido, el analfabetismo es un gran obstaculizador a la autonomía del adulto mayor.

(32)

Delia en su investigación alega que el grupo de ancianos entre 70-79 eran los mayormente maltratados debido a que cada vez más van perdiendo sus facultades biológicas. Este hecho los hace más vulnerables al maltrato, además, a medida que pasan los años los ancianos presentan una mayor labilidad emocional por lo que se hacen más sensibles y menos entendidos por sus familiares. En cuanto al funcionamiento familiar disfuncional, se refirió que es más difícil lograr una mayor organización de los roles familiares cuando se trata de un núcleo familiar integrado por numerosos miembros, los cuales pudieran tener un nivel de relaciones bastante deficiente. Esto contribuye aún más a la aparición de diversos tipos de violencia intrafamiliares contra los adultos mayores, por ser el grupo más afectado. El apoyo

social al anciano, por tanto, no es sólo transacción de ayuda material sino también expresión de afecto. (33)

En investigaciones realizadas arrojó que las familias de los ancianos maltratados tenían características psicosociales deficientes, lo que constituye un riesgo para la aparición de la violencia familiar, siempre que tenga una categoría regular o mal. Además, la jubilación, constituye un acontecimiento vital que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuyen los contactos sociales, y por tanto también las relaciones afectivas con amigos de tiempo. Por tanto, es importante que cada persona dentro de la familia juegue su papel o rol de acuerdo a la etapa del ciclo de vida en que está viviendo. Conductas delictivas, desvinculación con el estudio o el trabajo, no participación en las actividades populares pueden ser el punto de partida para una actitud desfavorable para con los ancianos. (34)

La cultura sanitaria constituye un elemento fundamental en la evaluación de los hogares pertenecientes a las comunidades que atiende el MGI. Otros autores expresan que cuando el comportamiento de la cultura sanitaria es malo o regular, el riesgo de recurrirse a ese modo de vida luego de la actividad promotora del médico se incrementa entre un 36 a un 41%. Además plantean en su investigación que las familias con mayor índice de maltrato hacia los ancianos, presentaban una cultura sanitaria regular en 31% de las familias y malas en otro 39% de ellas, por lo que es lógico pensar que éste pudiera considerarse como un factor de riesgo influyente, pero además modificable, para la aparición del maltrato. (35)

Un hecho que pudiera avalar lo anteriormente expresado es lo encontrado en la presente investigación, donde las familias que presentaban regular y mala cultura sanitaria fue donde predominó la violencia. La mayoría de las familias al tener una cultura sanitaria mala, aceptan parcialmente las orientaciones médicas sobre promoción de salud pero no las practican y en otros casos la higiene personal o colectiva no fue buena.

Los miembros pertenecientes a este núcleo familiar son mucho más incomprensibles a la no recepción adecuada de las diferentes orientaciones para la salud que le den, lo cual trae consigo que no reflexionen acerca de sus inadecuadas actitudes y aumenten más los incidentes de maltratos. ⁽³⁶⁾

El maltrato se puede presentar en sus diferentes modalidades: Abuso físico, psicológico, sexual o financiero; negligencia que puede ser física, psicológica o financiera. Se toman en cuenta: Maltrato en la familia, maltrato en las instituciones (Residencias, Hospitales, Centros de salud, Asilos), maltrato en otros lugares como Reparticiones del Estado, Comunidad, y el maltrato por parte de la pareja (Otro anciano).

La violencia financiera es otra de las formas de abuso contra los ancianos, esta se da cuando se usan los recursos del senescente en beneficio del cuidador, cuando es víctima de chantaje financiero, de destrucción, de pérdida o extracción discriminada de propiedades físicas (objetos, dinero, entre otros), no darle la ayuda económica que necesitan (quedar estos dependiendo de familiares, amigos allegados o de la propia sociedad), o la coerción para firmar documentos legales como testamentos y propiedades.

La negligencia y el maltrato psicológico siguen en frecuencia al abuso económico. La negligencia es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y esa negligencia 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 anciano 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 anciano. Bajo la negligencia también se enmarcan ciertas conductas como proporcionar dosis inadecuadas de medicación, ya sea por exceso o por defecto, o administrar una medicación errónea.

El maltrato psicológico se refiere a las amenazas de abandono, de acusaciones, acoso, intimidación con gestos, palabras, infantilización, desprecio verbal, uso de palabras obscenas, limitación del derecho de privacidad, de decisión, de información, voto y de comunicación.

En los adultos mayores el abuso emocional toma grandes dimensiones, lo que contribuye a que se aislen aún más y se depriman con notable frecuencia. Si a esto se le suma el hecho de que entran en una nueva etapa de su vida, disminuyen sus capacidades psíquicas y físicas, además de que también pueden ser objeto de burlas, incomprendimientos, desatención y sobrecarga de los quehaceres domésticos. Se puede ver cómo los propios familiares, sin darse cuenta, pueden maltratar a las personas más viejas de la casa y hasta incluso, crearse un círculo vicioso que puede afectarlos, sin que puedan expresar muchas veces la realidad de lo que sienten, por temor a ser reprimidos o no escuchados.

En relación con la personalidad del maltratador se plantea que los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas, lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, suelen ser emocionalmente inestables, impacientes e impulsivos.

Se han descrito diferentes cuadros clínicos y síndromes geriátricos que, en ausencia de una causa conocida que los justifique, pueden estar en relación directa con el maltrato en sus diferentes formas. En el caso específico del anciano, víctima de malos tratos, puede que este no se recupere del todo de la experiencia sufrida. Se describen diferentes trastornos como son: cuadros confusionales, trastornos depresivos, síndrome de desgaste, caídas a repetición, úlceras por presión, desnutrición, deshidratación, pérdida de autonomía, aislamiento y todo tipo de lesiones físicas⁶. En un estudio realizado en el Centro de Rehabilitación (Casa de abuelos) perteneciente al Consejo Popular Centro, en la ciudad de Santa Clara, durante el año 2009, de un total de 39 ancianos, se encontró que 35 habían sido víctimas de maltrato, de ellos el 79,29 % correspondió al sexo femenino. Predominó

el maltrato psicológico con un 54,2 %, seguido del económico con un 20,0 % y el maltrato físico con un 2,9. No se encontró relación entre el funcionamiento familiar y el tipo de maltrato.

Para los adultos mayores, los factores que más inciden, en orden de importancia en su calidad de vida son: tener buena salud, tener oportunidad de aprender y conocer, poder valerse por sí mismo, tener seguridad en el medio donde viven, seguido por buenas relaciones socio familiares y buenos ingresos, además de mantenerse activos. En los adultos mayores el abuso emocional toma grandes dimensiones, lo cual contribuye a que los mismos se aíslen aún más y se depriman con notable frecuencia. Si a esto se le suma el hecho de que entra en una nueva etapa de su vida, disminuyen sus capacidades psíquicas y físicas, además de que también sean objeto de burlas, incomprensiones, desatención y la sobrecarga de los quehaceres domésticos. Se puede ver cómo los propios familiares sin darse cuenta pueden maltratar a las personas más viejas de la casa y hasta incluso crearse un círculo vicioso que puede afectarlos, sin que puedan expresar muchas veces la realidad de lo que sienten por temor a ser reprimidos o no escuchados.

Los efectos de la violencia intrafamiliar para la salud en los ancianos, van desde la muerte hasta otros síntomas compatibles con trastornos del estrés pos traumático, además de la elevada frecuencia en los trastornos del sueño, los problemas de memoria y concentración, la conducta agresiva e ideación suicida asociados a ella, las enfermedades recurrentes que en muchas ocasiones requieren de hospitalización y las consecuencias derivadas de ella en esa edad de la vida. ⁽³⁷⁾

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos generales del estudio

Se realizó un Estudio Observacional descriptivo transversal con el objetivo de describir el comportamiento de los factores de riesgo que originan la violencia intrafamiliar contra los adultos mayores en el consultorio número 8 del médico de la familia del Consejo Popular de Tamarindo en el período comprendido entre el 12 de mayo del 2014 al 13 de junio del 2015. Se tomó como universo de estudio 72 ancianos de la Comunidad del Aguacate y una muestra de 60 ancianos del consultorio número 8 del médico de la familia, que cumplieron con los criterios pre establecidos para el estudio. Una vez conformada la muestra, se decidió aplicar la encuesta y se analizaron las historias de salud familiares en los respectivos consultorios para determinar las otras variables del estudio.

Criterio de inclusión

- Pacientes que estén dispuestos a participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que no estén dispuestos a participar en el estudio.
- Pacientes mentalmente afectados.

Criterio de salida:

- Pacientes que abandonen el estudio.
- Pacientes que mueran.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenina	Según su género	Valores absolutos y por ciento.
Edad	Cuantitativa Discreta	60 años o más	En dependencia de la edad que fue más afectada.	Valores absolutos y por ciento.
Nivel de escolaridad	cualitativa nominal	Alto: secundaria terminada, técnico. Medio terminado, pre. Universitario terminado, Universitario terminado. Bajo: primaria terminada, primaria sin terminar, no escolarizado		Valores absolutos y por ciento.
Funcionamiento Familiar.	Cualitativa nominal dicotómica.	Funcional: + de 43 pts. -Disfuncional: - de 42 pts.	Según análisis de Historia Clínica Familiar	Valores absolutos y por ciento.

Satisfacción de necesidades básicas	Cualitativa nominal politómica	<p>Buena: Satisfacen sus necesidades de alimentación, recreación y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.</p> <p>Regular: No satisfacen algunas de las necesidades básicas o las satisfacen parcialmente.</p> <p>Mala: Presentan serias dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.</p>	Según análisis de Historia Clínica Familiar	Valores absolutos y por ciento.
-------------------------------------	--------------------------------	--	---	---------------------------------

Índice de hacinamiento	Cualitativa nominal dicotómica	<p>Con hacinamiento si es mayor de 3 y la vivienda tiene sala y comedor o mayor de 2 cuando carece de esto.</p> <p>Sin hacinamiento: si no rebasa los requisitos anteriores</p>	Según análisis de Historia Clínica Familiar	Valores absolutos y por ciento.
Comportamiento de la cultura sanitaria	Cualitativa nominal politómica	<p>Buena: Aceptan orientación médica, conocen las orientaciones sobre promoción de salud y las practican. Tienen una higiene personal y colectiva buena.</p> <p>Regular: Aceptan parcialmente las orientaciones médicas sobre promoción de salud pero no las practican. La higiene personal o</p>	Según análisis de Historia Clínica Familiar	Valores absolutos y por ciento.

		colectiva no es buena Mala: No aceptan consejo médico ni se orientan a través de los programas de Promoción. La higiene personal y colectiva es deficiente.		
Examen Geriátrico de Evaluación Funcional (EGEF)	Cualitativa nominal dicotómica	Frágil: cuando en algunos de sus aspectos se encuentra por debajo de 4. No frágil: cuando su puntuación se encuentra entre 4 y 5.	Según análisis de Historia Clínica Familiar	Valores absolutos y por ciento.
Tipos de violencia intrafamiliar hacia los adultos mayores	Cualitativa nominal politómica	Psicológica Física Negligencia Sexual y financiero	Según la encuesta realizada a los adultos mayores	Valores absolutos y por ciento.

1-Abuso físico: Actos asociados a tirar objetos a otros, pegar a alguien, empujarlo, halarle el pelo, producir quemaduras con cigarros u otro objeto como plancha, sartén, etc., que provocan diversos traumatismos, inflamaciones, hematomas.

2-Abuso psicológico: Se vincula a la descalificación, insultos, amenazas, tanto de abandono como de golpes, portazos o tirar objetos al piso, así como silencios prolongados. Es conocido como maltrato psicológico.

3-Abuso sexual: Es la imposición para realizar el acto sexual (tocamiento, caricias o penetración oral, vaginal o anal) en contra de la voluntad del otro.

4- Violencia financiera: esta se da cuando se usan los recursos del senescente en beneficio del cuidador, cuando es víctima de chantaje financiero, de destrucción, de pérdida o extracción discriminada de propiedades físicas (objetos, dinero, entre otros), no darle la ayuda económica que necesitan (quedar estos dependiendo de familiares, amigos allegados o de la propia sociedad), o la coerción para firmar documentos legales como testamentos y propiedades.

5-La negligencia: es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria.

Métodos y técnicas utilizados.

- **Histórico – Lógico** en la elaboración de la fundamentación teórica de la investigación, para delimitar los antecedentes históricos, así como para facilitar las reflexiones acerca de los resultados de otras investigaciones que ayuden a completar las experiencias y enriquecerlas con un pensamiento lógico más profundo.
- **Analítico – Sintético** en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo de analizar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos metodológicos en la elaboración de un plan de acción dirigido a las autoridades sanitarias del territorio.
- **Inductivo – Deductivo** para concretar los supuestos teóricos y metodológicos para la elaboración de la discusión de los resultados.
- **Sistémico – Estructural – Funcional** para la determinación de la estructura del plan de acción dirigido a las autoridades sanitarias del territorio.

Del nivel empírico:

- **La observación.** Con el objetivo de determinar los factores de riesgo de los adultos mayores en el ambiente familiar, con antecedentes de esta conducta, a partir de su comportamiento social e incidencia de las familias en ellos.
- **La encuesta.** Para diagnosticar el conocimiento que tienen los adultos jóvenes y familias acerca de cómo tratar al adulto.
- **Análisis de documentos:** Con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos relacionados con el tema de estudio.

Para ello se emplearán los métodos de la estadística descriptiva. Los datos serán organizados, clasificados y resumidos adecuadamente para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribirán a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. Para el procesamiento de la información se utilizarán los cómputos matemáticos. Los resultados se reflejarán de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores así como arribar a

conclusiones y recomendaciones. Se utilizará el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla1 Distribución de los adultos mayores según sexo y edades que recibieron maltrato en el consultorio número 8 del Consejo Popular de Tamarindo .

Grupo etario	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
60--69	14	23.3	9	15	21	35
70-79	18	30	10	17	30	50
+80	4	7	5	8.3	9	15
Total	36	60.3	24	40.3	60	100

Fuente: encuesta

En el estudio realizado el 60.3% de la muestra investigada pertenece al sexo femenino y el 24% al sexo masculino por lo que podemos concluir que existe un predominio del primero, se coincide con Vivian Zas Tabares donde en estudio realizado en nuestro país con 200 adultos mayores, reporta que el 59,9 % de su serie recibió algún tipo de maltrato, siendo el más frecuente el sexo femenino, ⁽²⁴⁾ se coincide además con Campillo que su estudio encontró que la mayoría de los estudios revisados, las mujeres eran las más maltratadas, quizás porque existía todavía alguna discriminación, no por la sociedad ni el sistema hacia la mujer, sino una discriminación en el hogar de la mujer por sus familiares que las confinan a tareas solamente hogareñas. No ven en la mujer un ente capaz de hacer las tareas que hacen los hombres, incluso a veces ellas mismas se acostumbran a la idea del hogar y dentro de sus planes no está para nada salir de esa rutina. ⁽²⁸⁾ La edad que prevaleció fue la de 70 a 79 años para un 50% del total, se coincide con Delia donde en su investigación alega que el grupo de ancianos entre 70-79 eran los mayormente maltratados debido a que cada vez más van perdiendo sus facultades biológicas. Este hecho los hace más vulnerables al maltrato, además, a medida que

pasan los años los ancianos presentan una mayor labilidad emocional por lo que se hacen más sensibles y menos entendidos por sus familiares, ⁽³³⁾ no se coincide con Vivian Zas Tabares donde expuso que en su estudio existía un predominio en el grupo de 60 a 64 años. ⁽²⁴⁾

Podemos apreciar que en el estudio realizado hubo una mayor participación del sexo femenino mostrando mayor interés por cooperar, se sintieron más motivadas y no se negaron a responder las preguntas realizadas, con deseo de mejorar su calidad de vida en el medio familiar. Además se puede decir que son las más maltratadas debido a que ya en esta etapa de su jubilación se dedican completamente a las tareas del hogar por lo que todas las tareas recaen sobre ellas. En cuanto a la edad se considera que a medida que esta aumenta los adultos mayores van disminuyendo sus capacidades funcionales por lo que se vuelven más dependientes de sus familiares lo que constituye un factor de riesgo para el maltrato.

Tabla 2. Nivel de escolaridad de los adultos mayores.

Escolaridad	No	%
Alto	29	48.3
Bajo	31	52
Total	60	100

Fuente: encuesta

Los resultados expuestos reflejan que los adultos mayores la mayor representación de la muestra tenía un bajo nivel escolar dado por un 52%. Lo cual coincide con Guevara donde planteó que el bajo nivel de escolaridad constituye un factor de riesgo en la aparición de la violencia intrafamiliar, ya que muchas veces cuando no se obtiene cierto nivel de enseñanza, estos no pueden identificar los distintos tipos de violencias intrafamiliares, convirtiéndolos en seres con mayores probabilidades a ser maltratados. Además, el hecho de no tener un alto grado de escolaridad hace de los ancianos más dependientes de las personas que los rodean por no tener un buen respaldo económico en su poder. ⁽³⁰⁾ Se coincide también con Burrows donde plantea que al no tener un alto nivel de escolaridad se está más predispuesto al maltrato, ya que estos abuelos con mayor ignorancia no defienden su espacio. ⁽³¹⁾

Se considera que el bajo nivel de estudio puede determinar que se cometan abusos con los ancianos, ya que no saben identificar cuando son maltratados, por lo que no pueden defender sus derechos.

Tabla 3. Distribución según funcionamiento familiar.

Funcionamiento familiar	No	%
Disfuncional	34	57
Funcional	26	43
Total	60	100

Fuente: Historia Clínica Familiar

De la muestra estudiada, 34 de los adultos mayores formaban parte de familias disfuncionales para un 57 % y los 26 restantes pertenecían a familias funcionales para un 43%. Se coincidió con Dairon donde revela resultados similares, en su investigación encontrando que uno de los factores que pudieran llevar por tanto a la aparición del maltrato es el mal funcionamiento familiar, ya que se considera esencial la dinámica de relaciones con la familia. (29)

Colaboradores demostraron en su investigación como los ancianos que vivían en hogares con un funcionamiento familiar de tipo disfuncional sufrieron 3 veces más algún tipo de maltrato en relación a aquellos que vivían en condiciones favorables. (28)

Se considera que efectivamente, el funcionamiento familiar es esencial para que el adulto mayor viva en un ambiente favorable, lleno de cariño y respetado por sus familiares.

Tabla .4 Satisfacción de las necesidades básicas.

Satisfacción de las necesidades básicas	No	%
Regular	30	50
Bien	21	35
Mal	9	15
Total	60	100

Fuente Historia Clínica Familiar

Se observó en 36 de los encuestados un estatus regular en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas para un 50%, seguido en orden de incidencia por 22 adultos mayores enmarcados con una categoría de bien, para un 35%. Se coincide con Guevara, donde expresó que los ingresos que solo permiten cubrir las necesidades básicas; en muchos casos esta situación se convierte en fuente generadora de tensión y conflicto que afectan la dinámica familiar al punto de constituirse en poderosos factores que propician el desarrollo de conductas agresivas que ponen en riesgo la integridad física y psicológica de la familia y sus miembros, de tal forma que nos encontramos con familias empobrecidas que no disponen de la economía ni el tiempo para el esparcimiento y el afecto, manteniendo una convivencia con la violencia familiar.⁽³⁰⁾

Se considera que la satisfacción de las necesidades básicas constituye un factor de riesgo predisponente para el maltrato a los pacientes de la tercera edad, ya dicho hecho puede crear un estado de tensión intrafamiliar por no contar con los recursos necesarios para sustentar a su familia, rompiendo el equilibrio armónico entre ellos, donde se ven afectados los adultos mayores ya que en esta etapa de la vida están jubilados y se encuentran en el hogar sin trabajo, por lo que constituyen un estorbo y todas las tensiones recaen sobre ellos.

Tabla 5. Distribución según características psicosociales.

Características psicosociales	No	%
Regular	32	53.3
Bien	12	20
Mal	16	27
Total	60	100

Fuente: Historia Clínica Familiar

Se observó en 32 de los casos estudiados para un 53.3 % una evaluación de regular, seguido en orden de incidencia por 16 miembros de la familia para un 27 % con categoría de mal. Se coincide con Tamara que halló en su investigación que los ancianos maltratados tenían características psicosociales regulares, donde dijo que las conductas delictivas, desvinculación con el estudio o el trabajo, no participación en las actividades populares pueden ser el punto de partida para una actitud desfavorable para con los ancianos. ⁽³⁴⁾

Se considera que efectivamente, una categoría de regular, en cuanto a las características psicosociales constituye un factor de riesgo, ya que por lo general en estas familias existe una mala vinculación social, laboral y con el estudio y esto influye negativamente en los ancianos.

Tabla 6. Índice de hacinamiento.

Índice de hacinamiento	No	%
Sin hacinamiento	48	80
Con hacinamiento	12	20
Total	60	100

Fuente: Historia Clínica Familiar

En cuanto al índice de hacinamiento que presentaban los hogares de los pacientes estudiados, se observó que 48 adultos mayores vivían sin hacinamiento, seguido en orden de incidencia por 12 con hacinamiento. No se coincide con Campillo donde demostró en su investigación como los ancianos que vivían en hogares con un alto índice de hacinamiento sufrieron 3 veces más algún tipo de maltrato, señaló además que a medida que aumentaba el hacinamiento, se creaban nuevos conflictos e incidentes entre los miembros, siendo los adultos mayores los más perjudicados.

Aunque no se encontró un índice alto estadísticamente significativo en los hogares de los casos estudiados, se evidenció malas condiciones del cuarto donde dormían y en otros casos no disponían de suficiente espacio para su privacidad o eran desplazados a los lugares más desfavorables de la casa (sala, comedor, cuartos sin adecuada ventilación o iluminación), donde sólo disponen de una pequeña cama o canapé.

Tabla 7. Cultura sanitaria de los adultos mayores estudiados.

Comportamiento en la cultura sanitaria	No	%
Regular	40	66.6
Buena	8	13.3
Mala	12	20
Total	60	100

Fuente: Historia Clínica Familiar

Al analizarse el comportamiento de la cultura sanitaria en los hogares de los abuelos estudiados, se observó en la mayoría de los mismos un comportamiento regular (40) para un 66.6 %, seguido por una categoría de mala en 12 casos para un 20 %. En relación a lo reportado por López Masó donde expresa que cuando el comportamiento de la cultura sanitaria es malo o regular, el riesgo de recurrirse a ese modo de vida luego de la actividad promotora del médico se incrementa entre un 36 a un 41 %, lo cual coincide con nuestros hallazgos: ⁽³⁵⁾

Se coincide también con Orosa donde encontró que las familias que presentaban regular y mala cultura sanitaria fue donde predominó la violencia. La mayoría de las familias al tener una cultura sanitaria mala, aceptan parcialmente las orientaciones médicas sobre promoción de salud pero no las practican y en otros casos la higiene personal o colectiva no fue buena. Los miembros pertenecientes a este núcleo familiar son mucho más incomprensibles a la no recepción adecuada de las diferentes orientaciones para la salud que le den, lo cual trae consigo que no reflexionen acerca de sus inadecuadas actitudes y aumenten más los incidentes de maltratos.

En dependencia de lo encontrado, se considera que este elemento constituye un importante factor de riesgo que favorece la aparición de la violencia contra los adultos mayores, ya que los miembros pertenecientes a este núcleo familiar son mucho más lábiles a la no recepción adecuada de las diferentes orientaciones para la salud que le den, lo cual trae consigo que no comprendan sus inadecuadas actitudes y aumenten más los incidentes de maltratos, perjudicando cada vez más la integridad psico-emocional del anciano, quien es víctima de nuevos y continuados actos de violencia.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según fragilidad.

Muestra escogida	Frágiles		No frágiles	
	Nº	%	Nº	%
ADULTOS MAYORES	10	17	50	83.3

Fuente: Historia Clínica Individual

El análisis de los resultados refleja que el 83.3% de la muestra fueron adultos mayores no frágiles, mientras que solo 10 pacientes presentaron fragilidad, por lo que no se coincide con Dairon donde reflejó que los pacientes incapaces de realizar actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentadas, tenían mayor probabilidad de ser víctimas del maltrato; esto puede explicarse por los conflictos intergeneracionales y por la incompreensión familiar que está presente en muchos casos, al no asimilar el deterioro físico y psíquico propios de la edad e interpretarse como un fenómeno "voluntario" del anciano. Esto es un problema de orden social, ya que se considera a las personas mayores como improductivas, cargas obsoletas o descartables como objetos. (29)

No se coincide además con Guevara donde expresó que aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar. (30)

Se considera que aunque no se coincidió en el estudio con otros, el adulto mayor frágil en parte sí puede ser el más maltratado, debido a que dependen de sus familiares y estos a su vez se estresan debido a la sobrecarga de trabajo ejemplo: trabajan para poder sustentar a su familia, pero a su vez tienen que estar pendiente

de todo lo que necesite el anciano, lo que los lleva a cometer en una u otra forma maltratos hacia ellos.

Tabla 9. Tipos de violencia intrafamiliar en el adulto mayor.

Tipos de violencia	No	%
Violencia psicológica	45	75
Violencia por negligencia	39	65
Violencia física	4	6.6
Violencia financiera	20	33.3
Violencia sexual	0	-----

Fuente: encuesta

Al analizarse los tipos de violencia intrafamiliar, se pudo constatar que de la muestra estudiada, 45 encuestados fueron maltratados psicológicamente, para un 75 % de los casos, seguido en orden de incidencia por violencia por negligencia (39) para un 65 %. Se evidenció también en 4 adultos mayores, para un 6.6 % una consideración de la violencia física como un tipo de maltrato intrafamiliar.

Respecto al maltrato intrafamiliar que presentaban los ancianos, se coincide con Vivian donde encontró en su investigación cifras de más del 94% de los adultos mayores que reconocieron el maltrato psicológico, además sitúan a este tipo de maltrato en un lugar importante:

Se coincide también con Dairon donde expresó que el abuso psicológico o emocional en esta etapa de la vida es el más habitual, y daña en gran medida la salud mental de los ancianos, y es el más frecuente de todos, puesto que en esa etapa se vuelven susceptibles y en ocasiones se consideran inservibles. ⁽²⁹⁾

Se considera que este tipo de maltrato es el más frecuente debido a que este toma grandes dimensiones, lo cual contribuye a que los mismos se aíslen aún más y se depriman con notable frecuencia; si a esto le sumamos el hecho de que entra en una nueva etapa de su vida como la jubilación, disminuyen sus capacidades psíquicas y

físicas, además de que también sean objeto de burlas, incomprensiones, desatención y la sobrecarga de los quehaceres domésticos, podemos darnos cuenta de cómo los propios familiares sin darse cuenta pueden maltratar a las personas más viejas de la casa y hasta incluso crearse un círculo vicioso que puede afectarlos, sin podernos expresar muchas veces la realidad de lo que sienten por temor a ser reprimidos o no escuchados.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que hubo predominio en los adultos mayores el grupo de edades entre 70-79 años, el sexo femenino y un bajo grado de escolaridad. La mayoría de los encuestados provenían de familias disfuncionales. Hubo una mayor incidencia de adultos mayores catalogados con una evaluación de regular respecto a sus características psicosociales y a la satisfacción de las necesidades básicas. Además la mayoría de los adultos mayores vivían en hogares sin hacinamiento, se evidenció un comportamiento regular de la cultura sanitaria en la mayoría de los casos estudiados. En cuanto a la violencia intrafamiliar el abuso psicológico fue el mayormente encontrado seguido por la negligencia y en un menor número el abuso físico.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados de esta investigación a todos los médicos y enfermeras que atiendan cada área médica y brindar información necesaria de este trabajo con el objetivo de elevar la calidad de vida del adulto mayor en el Municipio de Florencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Ridhardson J. Identifying domestic violence: a cross sectional study on primary care. *BMJ* 2010; 324 (7332):274-8.
2. Lic. Sonia Fernández Brañas. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana Salud Pública*. Ciudad de la Habana. © 2014.
3. Dra. Rita Campillo Motilva. Violencia con el anciano. *Revista. Cubana Salud Pública*. Ciudad de la Habana. 2014. Pinar del Río abr.-jun. 2014:1-7. Diana Belkis Gómez Guerra¹, Ana Carmen Valdés Vento², Yanín Arteaga Prado³, María de la C Casanova Moreno⁴, Pinar del Río abr.-jun.2010:1-7
4. Ana Margarita Barrabe⁵. Caracterización del maltrato a ancianos. *Rev Ciencias Médicasv*.14 n.2 Pinar del Río abr.-jun. 2010:1-7
5. Dr. Cesar Martínez Querol Maltrato al adulto mayor. *Rev Cubana de Medicina General Integral*. May- jun 2010:1-6.
6. MSc. Dra. Tamara Guevara de León. Violencia en el adulto mayor. *Revista Cubana Salud Pública*. Ciudad de la Habana. © may-jul 2013.
7. Evans JY. Prevention of Age: associated less of Autonomy. *Epidemiological Aproahes J Chronic Dis* 2010. P .353-58.
8. Torres Vidal Rosa M, Gran Álvarez Miriam A. *Revista Cubana Salud Pública*. Ciudad de la Habana. abr._jun. 2005; V: 3(N2).
9. Ortiz GM, Morales AL: ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad? *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15 (5): 503-8.
10. Leman K. El maltrato en el anciano. [En línea] julio-2003 (consultado el 3 de marzo del 2004); 16 (4) URL disponible en: [http://: www.Google.com.ur/16.Htp-www.bvs.sld.cu-resvistas-res-vol-12-2-10](http://www.Google.com.ur/16.Htp-www.bvs.sld.cu-resvistas-res-vol-12-2-10).
11. Santana VO, Bembibre TR, Gama NR, González AE. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones de la medicación. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 1998; 14 (4): 316-19.
12. Dulcey EM, Ardilla RJ. Actitudes hacia los ancianos. *Rev. Latinoam Psicol*. 2002; 8:57.

13. Fernández, O.P. Caracterización psicosocial de la familia con violencia intradinámica. Revista electrónica Archivo médico de Camagüey. Vol.11.No 6. 2004.
14. Delgado JE. Violencia en los ancianos. Boletín del Centro Iberoamericano para la tercera edad. La Habana: Editorial CITED; 1998. p. 21-6.
15. Bernal A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2010; 32(2):118-22.
16. Valdés Y, Otaño Y .Algunas reflexiones sobre la violencia familiar en la comunidad. [En línea] octubre –2009 (consultado el 13 de enero del 2010); 17(9) URL disponible en : [http://: www.sld.cu.ur](http://www.sld.cu.ur)
17. Clavijo. Crisis, familia y psicoterapia. 2010. Habana .Cap-3. p.86. 21.Loredo GI, Cabrero JH. Actitudes hacia los ancianos. Barcelona: Editorial Salvat; 2010. p. 52-57.
18. Rodríguez M .Factores de riesgos que predisponen al maltrato en el adulto mayor. [En línea] agosto –2011(consultado el 13 de enero del 2011); 2(11) URL disponible en: <http://: www.sld.cu.ur/>.
19. Sánchez Almira,T. y Hdez Aria , N. Violencia conyugal. Revista Sexología y sociedad. p.23-27, mayo-agosto2010.
20. Abreu,J.A. violencia en el anciano. Estudio preliminar Instituto de Medicina Legal. Cuba.2010.
21. Lanzos Robles, Antonio (2011). La violencia doméstica: una visión general. En III Encuentro Internacional: Escuela de Verano de La Habana sobre temas penales contemporáneos y VII Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Ciencias Penales. Cuba, 13 de julio de 2011.
22. Hernández Aguilera, A. Violencia familiar intradinámica contra el adulto mayor. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Medicina General Integral. ISCM. Camagüey.2010.

23. González Winos M, Buján Garay J. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. En Revista Cubana de Medicina General Integral 2010.12– 17
24. Zas Tabares V. Maltrato en el anciano. En Revista Cubana de Medicina General Integral Vol. I 2010.
25. El maltrato en las personas adultas mayores [monografía en Internet]. -: -; 2011 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/1_maltrato.Htm.
26. El maltrato al adulto mayor: una visión del instituto de normalización previsional, INP. [monografía en Internet]. UBIOBO.CL: -; 2008 [citado 7 Noviembre 2011]. Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencias/maltrato/c/vision_inp_maltrato.Doc.
27. Formas de violencia (2011). Recuperado el 18 de mayo de 2007 de: <http://www.violenciaintrafamiliar.org/venezuela/formas.php>.
28. Campillo Motilva R. Violencia en el anciano. En Revista de Medicina General Integral. Vol. II 2007. p 24 – 31.
29. Dayron Ríos Oropesa D. Comportamiento de los factores de riesgo en la violencia familia contra el adulto mayor. [monografía en Internet]. Revista 16 de abril: Ciencias Médicas; 2010 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/eventos/xviiiforum/virtuales/Atencion%20Primaria%20de%20Salud/Violencia%20contra%20adulto%20mayor.doc>
30. Guevara Ramírez, Lydia (2010). Violencia, género y discriminación. Recuperado el 15 de agosto del 2011 de: <http://www.mtas.es/inshtl>.
31. Burrous, SL. Violencia familiar. Proyecto Corto de investigación de maestría en Salud Pública .Subdirección de Posgrado, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León. 2010. (Nuevo León, México) 75 pp.
32. Delia SC. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. San Juan: Editorial Arles; 2010. P.112-8.
33. Arellano, Blank A. (2010). La violencia. ¿Qué es la paz? Recuperado el 20 de julio de 2007 de: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22.html>.

34. Caballero Rodríguez, Tamara (2010). Análisis de la violencia familiar: propuesta de una metodología para el trabajo preventivo de los trabajadores sociales. Cuba: Universidad de Oriente.
35. López Masó IM, Rodríguez Hernández H. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. Revista Cubana de medicina General Integral. 2010 Vol. 1. p 19 -23.
36. Orosa FT. La tercera edad y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana, 2011.
37. AA. VV. (2010). Comportamiento de los factores de riesgo en la violencia familiar contra el adulto mayor. Recuperado el 20 de junio de 2007 de: <http://www.F.nosotros/correos.html>.

ANEXOS

GUIA DE ENCUESTA

OBJETIVO: Obtener información sobre el estado de la convivencia del anciano en su medio familiar.

CONSIGNA:

Estimado abuelo:

Estamos haciendo una investigación para mejorar su salud en el ambiente familiar. Esperamos nos ayude con sus opiniones importantes.

Gracias.

I-Datos generales

A) Sexo: Femenino ____ Masculino ____

B) Edad: ____

C) Escolaridad: _____

Primaria terminada-----

Primaria sin termina-----

Secundaria terminada.-----

Téc. Medio terminado.-----

Pre. Universitario terminado.-----

Universitario terminado.-----

No escolarizado.-----

D) A continuación le mostramos algunos de los elementos relacionados con el maltrato, marque con una x los que tengan que ver con usted, (puede ser más de una vez).

Ha recibido golpes, quemaduras.-----

No se le expresa cariño.-----

Se le exige que haga más de lo que puede.-----

Lo amarran.-----

Cuando se toman decisiones en su casa, no escuchan su opinión.-----

Cuando realiza algo que en su casa que a sus familiares no les guste le gritan o lo ofenden.-----

Le tocan sus genitales sin permiso.-----

Lo abandonan por largos períodos de tiempo.-----

No proporcionan su higiene.-----

Cuando tiene hambre no le dan alimentos. -----

No le dan las medicinas a su hora.-----

Utilizan su dinero sin su consentimiento.-----

Su familia depende de usted para sustentarse.-----

Le tiran objetos.-----

Han abusado de usted sexualmente.-----

Anexo-II

ESCALA GERIATRICA DE EVALUACION FUNCIONAL (EGEF)	
<p><i>Instrucciones: Defina el ítems por la respuesta del paciente, si este no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítems marque el inferior.</i></p>	
CONTINENCIA	<input type="checkbox"/> 5-Perfectamente continente <input type="checkbox"/> 4-A perdido ocasionalmente el control de la micción <input type="checkbox"/> 3- Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 2- Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 1- Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/> 5- Se moviliza sin limitaciones tanto dentro como fuera del hogar <input type="checkbox"/> 4- Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público <input type="checkbox"/> 3- dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 2- Depende para moverse de la ayuda de otra persona <input type="checkbox"/> 1- Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón
EQUILIBRIO	<input type="checkbox"/> 5- No refiere trastornos del equilibrio <input type="checkbox"/> 4- Refiere trastorno del equilibrio, pero no afecta su vida

	<p>cotidiana</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de su vida cotidiana</p> <p><input type="checkbox"/> 1- La falta de equilibrio lo mantienen totalmente incapacitado</p>
VISIÓN	<p><input type="checkbox"/> 5- Tiene visión normal (aunque para ello use lentes)</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Refiere dificultad para ver pero esto no lo limita en su vida cotidiana</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Problemas de la visión, le obligan a depender de otra persona</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión</p>
AUDICION	<p><input type="checkbox"/> 5- Tiene audición normal(aunque para ello use prótesis auditiva)</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Refiere dificultad para oír pero esto no limita en su vida cotidiana</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Dificultad para oír, con algunas limitaciones en la comunicación</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Severos problemas de audición, que le limitan la comunicación</p>

	<input type="checkbox"/> 1- Sordo o aislado por la falta de audición
USO DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> 5- No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos <input type="checkbox"/> 4- Usa menos de 3 de forma habitual <input type="checkbox"/> 3- Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos <input type="checkbox"/> 2- Usa más de 6 medicamentos <input type="checkbox"/> 1- Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma
SUEÑO	<input type="checkbox"/> 5- No refiere trastornos del sueño <input type="checkbox"/> 4- Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somníferos <input type="checkbox"/> 3- Debe usar somníferos para lograr el sueño que lo satisfaga <input type="checkbox"/> 2- Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño <input type="checkbox"/> 1- Trastornos severos del sueño que le impide realizar su vida diaria
ESTADO EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> 5- Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo <input type="checkbox"/> 4- Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda <input type="checkbox"/> 3- Trastornos emocionales le obligan al uso de psicofármacos

	<input type="checkbox"/> 2- Mantiene limitación por trastornos emocionales aún con tratamiento <input type="checkbox"/> 1- Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida
MEMORIA	<input type="checkbox"/> 5- Buena memoria. Niega trastornos de la misma <input type="checkbox"/> 4- Refiere problemas de memoria, pero no limitan sus actividades diarias <input type="checkbox"/> 3- Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida <input type="checkbox"/> 2- Trastornos de memoria le hacen dependiente parte del tiempo <input type="checkbox"/> 1- La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente
SITUACION FAMILIAR	<input type="checkbox"/> 5- Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades <input type="checkbox"/> 4- Existe apoyo familiar, pero tiene limitaciones en alguna ocasión <input type="checkbox"/> 3- El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis <input type="checkbox"/> 2- El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis <input type="checkbox"/> 1- Ausencia o abandono familiar total
SITUACION SOCIAL	<input type="checkbox"/> 5- Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos

	<input type="checkbox"/> 4- Buena relación social. Tiene apoyo, limitado de vecinos o amigos <input type="checkbox"/> 3- Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis <input type="checkbox"/> 2- Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos <input type="checkbox"/> 1- Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos o amigos
SITUACION ECONOMICA	<input type="checkbox"/> 5- Niega problemas económicos <input type="checkbox"/> 4- Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras <input type="checkbox"/> 3- Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir necesidades básicas <input type="checkbox"/> 2- Tiene habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas <input type="checkbox"/> 1- Depende económicamente de la asistencia social
ESTADO FUNCIONAL GLOBAL	<input type="checkbox"/> 5- Es independiente, activo y está satisfecho de la vida que lleva <input type="checkbox"/> 4- Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho <input type="checkbox"/> 3- Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros <input type="checkbox"/> 2- Depende en su vida diaria de los cuidados de otras persona <input type="checkbox"/> 1- Está totalmente incapacitado, exige cuidados

	constantes
<p><i>Leyenda: AVD Actividades de la vida diaria. Se consideran como actividades básicas (ABVD) las más elementales, bañarse, vestirse, ir al baño, movilizarse, la continencia y la alimentación; como actividades instrumentadas (AIVD) hablar por teléfono, movilizarse fuera del hogar, comprar, prepararse los alimentos, hacer tareas hogareñas o manuales, tomar sus medicinas y manejar su dinero.</i></p>	

Anexo-III

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted puede clasificar y marcar con una X la respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia
2. En mi casa predomina la armonía
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones

11. Podemos conversar diversos temas sin temor

 12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas

 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar

 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.
-
1. Familia funcional 70-57
 2. Familia moderadamente funcional 56-43
 3. Familia disfuncional 42-28
 4. Familia severamente disfuncional 27-14