

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA.

Título: Intervención Educativa sobre Violencia Intrafamiliar en Adultos Mayores de la Comunidad Las Trozas del municipio Majagua.2017.

AUTOR: Dra.: YAMILKA CHAVECO CASTELLANOS.

2017

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÈDICAS
CIEGO DE ÀVILA
DR. “JOSEÀ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DE
MAJAGUA
“DOÑA EMILIA ECHEMENDÍA GONZÁLEZ”

Intervención Educativa sobre Violencia Intrafamiliar en Adultos
Mayores en Comunidad Las Trozas del municipio Majagua.2017.

AUTOR: Dra.Yamilka Chaveco Castellanos.

Residente 2 año de MGI.

Policlinico docente:”Doña Emilia Echemendia G.”

TUTOR: Dr. Reynol Pina Pérez

Especialista en 1er Grado en MGI

Master en la Atencion a la Mujer

Policlinico docente:”Doña Emilia Echemendia G.”

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en “Medicina
General Integral”

2017

Resumen:

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos sobre violencia intrafamiliar en Adultos Mayores, en la comunidad “Las Trozas” del municipio Majagua, en el periodo comprendido (marzo del 2016- marzo del 2017). El universo de estudio estuvo constituido por 78 pacientes y la muestra de 66 pacientes obtenida por muestreo aleatorio simple. El estudio se estructuró en 3 etapas donde se aplicó una encuesta para medir conocimientos sobre violencia intrafamiliar a los adultos mayores, en la que se impartió un programa de clases sobre el tema dividido en 6 sesiones y la evaluación se realizó pasado un mes de concluida la etapa anterior. Se aplicó el mismo cuestionario calificándose con los mismos criterios de la etapa inicial. Los resultados fueron resumidos en tablas de doble entrada y validadas por la prueba de Mc Nemar lográndose modificar positivamente los conocimientos sobre el tema en cuestión. Al concluir la investigación resultaron más frecuentes los del sexo masculino y en las edades 60-64 años, con estado civil de casados, con primaria sin terminar y las amas de casas. La violencia psicológica más frecuente fue los insultos y siguiéndola la violencia física con los empujones, resultando satisfactorio el programa de clases aplicado, lo que nos permitió emitir como recomendación hacer extensivo el estudio al resto de los consultorios del área de salud y el municipio para lograr modificar conocimientos sobre el tema.

PALABRAS CLAVES: Adulto Mayor, Intervención Educativa, Violencia Intrafamiliar.

INDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivos.....	
MARCO TEÓRICO.....	
MATERIALES Y MÉTODOS.....	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	
CONCLUSIONES.....	
RECOMENDACIONES.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ANEXOS.....	

INTRODUCCION:

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 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 ,familias, las comunidades y los países.. ⁵

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 violentos⁶la 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. ⁶⁻⁸

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 las siguientes . ⁹

Causas de violencia o maltrato en el adulto mayor en estas citamos: 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 socio familiar; 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: . ¹⁰⁻¹¹

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. . ¹²⁻¹³

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, 13,14}

Diversos estudios demuestran que personas expuestas a situaciones violentas crónicas o episódicas, van perdiendo su dignidad, su capacidad de controlar el medio, así como la seguridad y confianza en sí mismos y en los demás. El sentido de competencia y autoestima también disminuye al experimentarse constantemente la impotencia y desesperación de ver que los esfuerzos que se hacen son inútiles para controlar o salir de la violencia. Tan serias consecuencias más una dramática pérdida de la capacidad de expresar emociones, originan una gran vulnerabilidad a los desórdenes que se manifiestan como el estrés y otros problemas emocionales. ¹⁵⁻¹⁸

En el mundo actual hay una tendencia creciente a la violencia. En América Latina los países con mayor índice son: Colombia, Brasil y Panamá, en ese orden, donde se registran anualmente más de 102 mil casos de extrema violencia, de los cuales 37,15 % son en ancianos. Por su parte, en Argentina y Chile este fenómeno se ha venido incrementando desde hace más de tres décadas. ¹⁹

No obstante, estudios otros 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. . ²⁰⁻²²

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. ²³

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 2016 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 2016 reporta en el grupo >60 años: 1,077 casos (802 mujeres, 275 hombres) que habían sufrido violencia en el país.²⁴⁻²⁵

Según los datos ofrecidos por la Organización de Naciones Unidas, la población

mundial continúa creciendo de una manera alarmante, en la actualidad somos 7 000 millones de personas y para el 2050 se pronostica la cifra de 9 500 millones de habitantes.²⁶ Preocupa entonces el análisis de las estadísticas en los adultos mayores, en las que se predice que el número de personas mayores de 65 años en el planeta se triplique, de 650 millones en la actualidad a casi 2 000 millones.²⁷

En el caso de Cuba, el envejecimiento poblacional se produce por la acción combinada de dos connotadas transformaciones sociales que poseen una fuerte relación entre sí: la transformación demográfica y la transformación epidemiológica o de salud. Definidas brevemente, la transformación demográfica se refiere a los cambios en las estructuras de la población, debido esencialmente a las bajas tasas de fecundidad y de mortalidad existentes en nuestro país²⁸. La transformación epidemiológica responde a los enormes avances de Cuba en materia de salud humana, progresos caracterizados por la existencia de menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes.

Según la proyección evolutiva del envejecimiento poblacional de Cuba para el año 2025, nuestros ciudadanos se convertirán en los más envejecidos de la región latinoamericana.²⁹ Tomando como base los datos de la Oficina Nacional de

Estadísticas, Cuba posee una población general de 11 241 161 habitantes y de ellos 1 434 973 habitantes mayores de 65 años de edad, lo que demuestra la alta esperanza de vida en el país, que alcanza los 78 años.³⁰

Por su parte, la provincia de Ciego de Ávila registra cifras interesantes con respecto a los adultos mayores al contar con 50 726 personas que superan los 65 años, lo cual representa 12,0 % del total poblacional.

Mientras que la importante evolución demográfica que atravesamos en el municipio de Ciego de Ávila refleja un proceso de envejecimiento de la población que asciende a 17 197 habitantes mayores de 65 años para un 11,8 %, provocado tanto por el incremento en la esperanza de vida como por los bajos niveles de natalidad en el territorio.³¹

En la provincia Ciego de Ávila se ha venido trabajando en la atención al adulto mayor, debido al aumento de las expectativas de vida y por tanto aumentar la calidad de vida ya que 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 existe conocimientos del tema en las 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 Majagua es lograr líneas de investigaciones sociales coherentes con las realidades del país y en especial del adulto mayor.

Reflejar numéricamente los casos de los adultos mayores, sometidos a violencia intrafamiliar del policlínico Doña Emilia González, sería poco representativo, ya que mucho de ellos son maltratados sin que estos conocieran realmente que eran violentados en la mayoría de los casos, por lo que estadísticamente fue posible identificarlos a través de los intentos suicidas. En el municipio Majagua en el año 2015 hubo 3 intentos suicidas más que en el año 2016 en el adulto mayor, motivados por el maltrato psicológico y físico a los cuales eran sometidos.

Problema científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre Violencia Intrafamiliar en los adultos Mayores del CMF 32 de la Comunidad “Las Trozas” del Municipio Majagua?

Por todo lo antes expuesto se decidió la realización del presente trabajo de terminación de residencia en la especialidad de Medicina General Integral, basados en la siguiente *Hipótesis*: Si se implementa una intervención educativa sobre la Violencia Intrafamiliar en Adultos Mayores se contribuirá a elevar su nivel de conocimientos sobre el tema y así contribuir a la disminución de la incidencia y prevalencia de esta afección.

OBJETIVOS

Objetivos generales:

Evaluar el nivel de conocimientos sobre Violencia Intrafamiliar en adultos mayores de la comunidad “Las Trozas” del municipio Majagua en el periodo comprendido desde marzo del 2016-marzo del 2017.

Objetivos específicos:

Distribuir la muestra de estudio según las variables socios demográficos: edad, género, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil y otras.

Elevar el nivel de conocimiento que tiene el grupo de estudio sobre violencia intrafamiliar.

Aplicar una estrategia de intervención educativa a la población de estudio.

Evaluar el nivel de conocimientos luego de aplicada la intervención educativa.

MARCO TEORICO:

La violencia es considerada un problema de Salud Pública³² que está presente en distintos ámbitos de desarrollo del ser humano; e incluso se percibe como parte de la condición humana. Sus costos son asumidos por las sociedades, y un porcentaje relevante de ellos, por las consecuencias dañinas del maltrato en la salud de las víctimas, termina siendo asumido por las instituciones de salud. El maltrato vulnera los derechos y la dignidad como consecuencia del abuso de poder hacia una persona que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad debido a sus limitaciones, ya sea por razón de edad, género o pérdida de capacidades³³.

Las víctimas de la violencia se encuentran en todos los grupos etarios, siendo especialmente reconocido el maltrato a las mujeres, niños y ancianos. La violencia comprende agresiones psicológicas, físicas y sexuales, abandono y, especialmente en los ancianos, se agrega el abuso económico o patrimonial por parte de familiares u otras personas ajenas a la familia. La vulnerabilidad biológica, psicológica y social del anciano, como también el hecho de que no siempre es autovalente por lo que depende del cuidado de otros, miembros de su familia o terceros, favorecen los malos tratos.

Las condiciones actuales de aumento de las expectativas de vida en que ya se habla de una cuarta edad-, de “falta de tiempo”, de viviendas estrechas, agudizan este problema. Así, los adultos mayores se transforman en una carga, en un peso que soportar, en una molestia para sus familias lo que trae como consecuencia la “externalización” del problema entregando el cuidado a una institución. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la “Declaración de Toronto” define los malos tratos a personas mayores como “La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”³⁴. Para Álvarez (1997), en igual sentido es: “toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, psicológico, emocional, social o económico, infringido a una persona mayor de 60 años por los hijos, sobrinos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio en el cual se desenvuelve”³⁵.

A modo de precisar aún más el término cabe recordar una definición más antigua en el Reino Unido (1995), de la organización contra el Maltrato de los Ancianos ³⁶, que señala que “el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado y dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existan expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”. Como se puede apreciar el maltrato a personas mayores considera acciones y omisiones o descuidos, con o sin intencionalidad, con el riesgo de subvaloración si no se describen adecuadamente.

La Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor y la OMS, el año 2001 publicaron un estudio realizado en ocho países, que recogía creencias y valores respecto a malos tratos a personas mayores ³⁷. Con posterioridad la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) en igual sentido se pronuncian sobre el maltrato desde la perspectiva del adulto mayor ³⁸.

El abuso asume dos formas:

“Maltrato” como grave vulneración de derechos (maltrato físico, sexual, abandono) “Formas menores” que muchas veces pasan desapercibidas para el entorno, pero igualmente inaceptables.

El estudio SEGG, según las esferas comprometidas de la persona las clasificó en:

I. Esfera íntima:

- a. Explotación de la capacidad de trabajo en el hogar.
- b. Destitución familiar: ignorar o franca hostilidad.
- c. Desarraigo: ingreso forzoso a institución o casas de familiares.
- d. Explotación económica y apropiación de sus bienes.
- e. Abandono: familia desatiende sus necesidades.
- f. Falta de capacitación de los cuidadores informales.

II. Ámbito público:

- a. Falta de instituciones sanitarias para la atención geriátrica especializada.
- b. Profesionales médicos que achacan a la edad cualquier padecimiento.

A su vez, los autores Wolf ³⁹ y Pillemer ⁴⁰ clasificaron los malos tratos en:

- Maltrato físico: causar daño o dolor físico, abuso sexual y/o contención física.
- Maltrato psicológico: infringir angustia mental.
- Negligencia activa: rechazo o incumplimiento de la aceptación de las obligaciones en los cuidados.

A esta clasificación es posible agregar como formas de maltrato, el abuso de medicamentos o el uso indebido de estos, para sedar o provocar daños físicos a la persona de edad ⁴¹

LAS CAUSAS DEL MALTRATO

Se identifican tres ejes en el maltrato a personas mayores: un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera expectativa de confianza; el resultado de daño o riesgo significativo de daño y la intencionalidad o no intencionalidad ⁴²

Mc Creadie (2002) ⁴³, señala la importancia de considerar como necesidad la comprensión del riesgo que existe para adultos mayores en sus propias casas. En especial, respecto a las mujeres, quienes viven más años y en la medida que envejecen viven más solas. El estudio reconoce las siguientes situaciones de riesgo:

- Persona cuidadora con problemas de carácter psicológico, alcohol;
- La persona anciana con demencia que permanece sola todo el día;
- Hogar de la persona anciana donde se bebe demasiado alcohol;
- Persona cuidadora que se pone muy enfadada por la carga del cuidado;
- Persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora;
- Persona anciana que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana;
- Persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

Los signos y síntomas de abuso pueden incluir las lesiones o caídas inexplicables. El adulto mayor puede tener lesiones antiguas que no se trataron cuando sucedieron. Las abrasiones, marcas de mordeduras o marcas de objetos de sujeción, pueden también estar presentes. Él podría también presentar sangre o secreción proveniente de su nariz, boca o genitales, cortadas, huesos rotos o cicatrices.

El abuso físico de un adulto mayor es un problema grave que puede poner en peligro la vida, y deberá darse tratamiento tan pronto como sea posible. Los medicamentos usados para aliviar el dolor causado por el abuso físico pueden ocasionar salpullido, náusea, vómito o úlceras estomacales. Él puede sangrar o adquirir una infección si se le realiza cirugía para tratar sus heridas, fracturas u otras lesiones. Si no se detiene el abuso físico, la víctima podría desarrollar problemas graves de salud y problemas mentales. Los actos repetidos de violencia pueden conducir a lesiones severas o a la muerte. Mientras más temprano se trate el abuso, son mejores las oportunidades de prevenir futuros problemas. La salud, calidad de vida y capacidad de funcionamiento de la víctima pueden mejorar si se detiene la violencia doméstica. Consulte a su médico si usted o la víctima se encuentran preocupados o tienen dudas acerca de su padecimiento, tratamiento o cuidados.⁴⁴

La violencia contra el adulto mayor es un fenómeno mundial que también toca a las puertas de los hogares cubanos. Por lo general, se habla del maltrato infantil y femenino, pero el que se manifiesta de manera aislada o reiterada con los ancianos en centros de trabajo, vecindarios, instalaciones de salud y en la propia familia, aún permanece invisible ante los ojos de las sociedades actuales.⁴⁵

La vejez es una etapa de la vida donde se tiende a la creciente dependencia de los otros. Las maneras de atacar a los ancianos van desde las muy sutiles, como una frase incisiva y humillante, hasta el abuso físico, emocional, psicológico, financiero, sexual, la desatención, negación a brindarle ayuda, abandono, intimidación, injurias orales, golpes y episodios criminales; aspectos que son causantes de nerviosismo, temores, depresión, baja autoestima,

aislamiento, inactividad, entre otras. Los ancianos con deterioro cognitivo son los más vulnerables.

Hoy no ocurre lo mismo. La vida se vuelve cada vez más agitada y el peso del hogar, en gran medida, descansa sobre las espaldas de los adultos mayores, se lo impone. Por ley de la naturaleza, el adulto mayor pierde facultades físicas y mentales, atenderlo con dignidad precisa amor y paciencia. Desde luego, no pocas veces el cuidador está expuesto al trabajo agotador sin descanso, a la falta de tiempo y espacio personal, al aislamiento psicosocial y a otras presiones que lo pueden llevar a actuar de manera impensada. Conocer esos riesgos ayuda a ponerse en su lugar.

En la actualidad ha surgido una nueva palabra para tratar de definir las conductas violentas en contra de este fenómeno que es el vocablo no violencia, que constituye una novedad para tratar de yugular esta perniciosa conducta.

La violencia repercute en todas las personas que conviven en el núcleo familiar, siendo los más afectados o vulnerables niños y adultos mayores por ser los más dependientes dentro del hogar.

Por último, cabe resaltar que este es un tema actual y en que la investigación Gerontológico juega un rol muy importante para un mejor diagnóstico y futura Educación al público en general.

Brindar conocimientos a los miembros que conviven con los adultos mayores acerca de los diferentes tipos de violencia intrafamiliar y argumentar su repercusión en las personas de la tercera edad.

Lograr la vinculación de la mayor cantidad posible de la población de la tercera edad a la Cátedra de la Universidad del Adulto Mayor, para así contribuir a elevar los conocimientos acerca de la violencia intrafamiliar mediante intervenciones de especialistas y actividades dramatizadas.

Trabajar con familias disfuncionales en cuyo seno conviven adultos mayores.

Incluir en los círculos de abuelos temáticos dadas por un personal capacitado sobre aspectos psicosociales y otros de interés para esta vulnerable población.

Aprovechamiento de los Centros de Educación para la Salud mediante la coordinación de visitas, charlas y videos sobre la temática en cuestión.⁵³

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas.

Se define la intervención educativa como:

“una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”.

Objetivos de la intervención

La intervención psico educativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.
- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.

- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser 'instrumento-agente' de cambio social.(35;42)

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social (36).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental en el cual se implementó una estrategia de intervención educativa dirigida a elevar el nivel de conocimiento sobre la violencia intrafamiliar, en los adultos mayores pertenecientes al Consultorio médico de la familia 32 de la comunidad de “Las Trozas” del Municipio Majagua, en el período comprendido desde marzo del 2016 a marzo del 2017.

El universo estuvo constituido por un total 78 adultos mayores dispensarizados en el Consultorio Médico de la familia 32 de dicha área en el periodo antes mencionado.

La muestra estuvo seleccionada por 66 pacientes a través de un muestreo simple aleatorio respetando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Respetando primero el consentimiento informado (Anexo1).
2. Voluntariedad del paciente para participar en la intervención
3. Estar apto física y mentalmente para participar en las clases.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que se negaron a la participación en la investigación.
2. Pacientes que presentaron limitaciones físicas o mentales y no cooperaron con la recolección de la información.

Criterios de salida:

1. Abandono de la intervención.
2. Traslado de domicilio fuera del área del consultorio médico de la familia.
3. Faltar a más de 3 clases programadas.

Obtención y Procesamiento de la información:

La información fue recogida por la propia autora lo que se evitaron los sesgos posibles en la investigación. Para la recolección de la información, a cada paciente del grupo de estudio se le realizó una revisión exhaustiva de su historia clínica familiar. Al revisar las historias clínicas se tendió en cuenta como ha sido el seguimiento por parte del equipo básico de salud y los demás especialistas del Área. Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente, donde con el mejor análisis de la información obtenida y se transcribió a un modelo de datos con las variables y categorías definidas.

Variable Independiente: Intervención educativa: Sistema de actividades educativas que se realiza después de detectar una problemática en la cual se planifican acciones, encuentros con los diagnosticados y se ofrecen conferencias, talleres, seminarios y actividades prácticas sobre tópicos centrales del tema para lograr elevar el nivel de conocimientos a través de métodos y técnicas de participación, se imparte conjugando los componentes teóricos y prácticos.

Variable Dependiente. Nivel de conocimiento sobre Violencia Intrafamiliar en los Adultos mayores: Conjunto de información donde se refiere todo aquel acto de omisión que conlleve como resultado un daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana.

Para dar salida a los objetivos de la investigación se trabajó con las siguientes variables. Grupo de edades; género; estado civil; nivel de escolaridad y ocupación.

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipos.	Escala.	Descripción	Indicadores
Genero	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino. Femenino.	Se refiere a la expresión fenotípica del paciente.	Porcentaje según categorías.
Edad.	Cuantitativa continua.	De 60-64 años De 65- 69 De 70-74 De 75- 79 80 y más	Según años cumplidos Tiempo que media desde el nacimiento hasta la aplicación de la encuesta por primera vez.	Porcentaje por grupos de edades.
Escolaridad	Cuantitativa Ordinal	Primaria sin terminar, terminada. Secundaria, Técnico medio, Pre-universitario, universitario, Iltrado.	Historia Clínica Familiar.	Porcentaje según categorías
Estado Civil	Cualitativa Ordinal	Casado, Acompañado(a), viudo, soltero y divorciado.	Historia Clínica Individual.	Porcentaje según categorías
Ocupación	Cuantitativa Ordinal	Amas de casa , Jubilado(a), Desocupado (a), trabajador estatal, comerciantes, otros	Historia Clínica Familiar.	Porcentaje según categorías

Agentes agresores	. Cualitativa Ordinal	Hijos, Hermanos, Otros familiares, Vecinos, Su pareja, convivientes no familiares, etcétera	Encuesta	Porcentaje según categorías
Actos de violencia	Cualitativa Ordinal	Una vez, ocasionales, frecuentes ,varias veces	Encuesta	Porcentaje según categorías
Violencia psicológica	Cualitativa ordinal	Insultos, Humillaciones, Niega agresiones psicologicas, amenaza de abandono, silencio prolongado, etcétera.	Encuesta	Porcentaje según categorías
Violencia física	Cualitativa Ordinal	Empujones, castigos, Uso inapropiado de medicamentos, Golpes	Encuesta	Porcentaje según categorías
Nivel de Conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Inadecuado Adecuado	Encuesta	Porcentaje según categorías

La intervención educativa se llevó a cabo mediante tres etapas:

1. Etapa diagnóstica:

Se citaron a los Adultos Mayores a la Escuela Primaria “Mártires del Corinthya” de la Comunidad de Las Trozas del Policlínico Majagua para solicitar su consentimiento de participar en la intervención, seleccionándose los 66 pacientes que fueron el objeto de estudio ;llenándose el anexo 1, Planilla

de consentimiento, posteriormente se les realizó una Encuesta de forma individual (anexo 2), calificando los conocimientos antes de la intervención.

La Encuesta se realizó por la autora con cada grupo de pacientes, utilizando siempre el mismo método evaluativo para su calificación. La misma se realizó personalmente por la autora.

2. Etapa de intervención:

Se dio inicio a la intervención educativa, en la misma se procuró un enfoque práctico, en el que las personas generasen conocimientos y los aplicaran en su cotidianidad. El programa educativo constó de 5 temas que fueron impartidos en 6 sesiones. Se impartieron varias conferencias y dinámicas de grupos sobre La Violencia Intrafamiliar en dichos pacientes durante un período de cinco semanas. Esta actividad se decidió realizarla en una frecuencia a la semana, los martes con una duración de 45 minutos. Todas las clases fueron impartidas directamente por la autora, en la Escuela Primaria “Mártires del Corintha” en el horario de la tarde.

3 .Etapa de comprobación:

En un segundo momento, pasado 1 mes de la intervención se repitió la encuesta con las mismas características de su calificación y se evaluaron las modificaciones de los conocimientos adquiridos de la intervención. En los resultados se consideraron antes y después sobre la base de este período de tiempo.

En este estudio se realizaron modelos de investigaciones cuanti-cualitativos, expresadas en el sistema de métodos teóricos, empíricos y procedimientos estadísticos que permitieron triangular la información.

Métodos del nivel teórico:

Análisis y síntesis: Permitirá penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Análisis histórico lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre los cambios que ocurren en el adulto mayor.

Inducción, deducción: Se establecen generalizaciones que confirmarán empíricamente la hipótesis.

Hipotético deductivo: Se propuso una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

Revisión documental: se realizó a través de los documentos oficiales del consultorio 32: las fichas familiares, las historias clínicas individuales y registros estadísticos del policlínico Majagua.

Procesamiento estadístico: El procesamiento de la información se realizó en una computadora, se utilizó el Microsoft Excel del paquete de Office 2013 para los cálculos matemáticos. La información obtenida se procesó de forma computadorizada mediante el paquete estadístico SPSS-11.5.1, utilizándose el porcentaje como medida de resumen calculado con el mismo paquete estadístico mediante una computadora Pentium IV. En todos los cuadros donde existieron condiciones para su aplicación se utilizó la prueba de McNemar, para una significación de $p < 0,05$ y un 95% de confiabilidad. Los resultados se reflejaron de forma tabular donde facilitó su análisis e interpretación, además se comparó con otros autores. Al final arribó a las conclusiones y recomendaciones. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen.

Antes de la intervención	Después		
	Adecuados	Inadecuados	Total
Adecuados	a	b	a + b
Inadecuados	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	N

a = conocimientos adecuados a adecuados (+ +)

b = conocimientos adecuados a inadecuados (+ –)

c = conocimientos inadecuados a adecuados (– +)

d = conocimientos inadecuados a inadecuados (– –)

Fórmula del test de Mc-Nemar $\chi^2 = \frac{(|a-d|-1)^2}{a+d}$

Consideraciones éticas:

Esta investigación se realizó de acuerdo con los principios éticos del respeto a la autonomía, la beneficencia y no-maleficencia, y la justicia, para lo cual se le explicó detalladamente a los participantes sobre los objetivos del estudio y la necesidad de su participación y colaboración. Por lo que se le solicitó consentimiento firmado a través de un documento (Anexo 1), que estos firmaron para así oficializar legalmente su disposición a participar y colaborar con la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Al Concluir esta investigación se demostró que esta comunidad en el grupo de estudio sufren de violencia intrafamiliar.

Tabla 1. Distribución de los grupos de edades y género en la muestra del estudio en el Consultorio Médico de Familia 32. Majagua.2017.

Grupo de edades	género				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
60- 64 años	10	26,3	14	50,0	24	36,3
65 - 69 años	9	23,6	6	21,4	15	22,7
70- 74 años	10	26,3	3	10,7	13	19,6
75-79 años	5	13,1	0	0	5	7,5
80 o más años	4	10,5	5	17,8	9	13,6
Total	38	57,5	28	42,4	66	100

Fuente: Historia Clínica Familiar.

En la tabla 1, se presenta la distribución de los 66 adultos mayores que refirieron algún tipo de violencia según género y grupo de edades. Se observó que la mayor frecuencia de los adultos mayores son del sexo femenino 38 (57,5%) y sólo 28 (42,4%) del sexo masculino. Al analizar los grupos de edades, la violencia se observó con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 60 a 64 años 24 (36,3%), seguido en orden de frecuencia por el grupo de 65 a 69 años. Es de destacar que tanto el sexo femenino como los adultos con edades comprendidas entre 60 y 64 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 65 a 69 años de edad.

Otros Autores como en las revistas cubanas plantean que la violencia que más frecuentes en las edades comprendidas 70-74 años donde no se relaciona con este estudio, pero en otras referencias como Enamorado Pina de la comunidad de Ginea afirma que el género masculino es más frecuentes.

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores atendidos por algún tipo de violencia según su escolaridad en el Consultorio Médico de Familia 32. Majagua.2017.

Nivel de escolaridad	Adultos Mayores	
	No.	%
Iletrado	2	3,0
Primaria Sin Terminar.	21	31,8
Primaria Terminada.	9	13,6
Secundaria.	20	30,3
Técnico Medio.	1	1,5
Preuniversitario	13	19,6
Universitario	0	0
Total	66	100

Fuente: Historia Clínica Familiar.

En la tabla 2, 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 21(31.8%), seguido en orden de frecuencia por los del nivel secundaria 20(30.3%). 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.

Según Enamorado se evidencia que mientras menor fue el nivel de escolaridad, mayor resultó la frecuencia de violencia intrafamiliar, pues la mayoría de los ancianos maltratados eran iletrados (44, para 58,6 %), seguidos de los que solo habían cursado la primaria (22, para 29,3 %) donde no concuerdo con mi estudio.⁴⁸

Tabla 3. Distribución de los adultos mayores atendidos por algún tipo de violencia según su estado civil en el Consultorio Médico de Familia 32. Majagua.2017.

Estado Civil	Adultos Mayores	
	No.	%
Casados	35	53,0
Solteros	10	15,1
Acompañados	9	13,6
Viudos	7	10,6
Divorciados	5	7,5
Total	66	100

Fuente: Anamnesis.

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 35 (53,0%), seguidos en orden de frecuencia por el estado de solteros 10 (15,1%).

Tabla 4. Distribución de los adultos mayores atendidos por algún tipo de violencia según su ocupación en el Consultorio Médico de Familia 32. Majagua.2017.

Ocupación	Adultos Mayores	
	No	%
Ama de Casa	24	36,3
Jubilados	22	33,3
Desocupados	2	3,0
Trabajador Estatal	16	24,2
Comerciantes	1	1,5
Otros	1	1,5
Total	66	100

Fuente: Ficha Historia familiar.

Al evaluar la distribución de los adultos mayores atendidos en el consultorio por algún tipo de violencia según su ocupación (Tabla 4), se observó que la mayor frecuencia correspondió a las ama de casa 24 (36,3%), seguido en orden de frecuencia por los jubilados 22 (33,3%). 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 agentes agresores que generaron la violencia en el adulto mayor en el Consultorio Médico de Familia 32 de Majagua.2017.

Agentes Agresores	Adultos Mayores	
	No.	%
Hijos	24	36,3
Hermanos	12	18,1
Otros Familiares	9	13,6
Vecinos	11	16.6
Su pareja	6	9.0
Convivientes no familiares	4	6.0
Total	66	100

Fuente: La Encuesta.

En la Tabla 5, 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 24 (36,3%), seguido en orden de frecuencia por los hermanos 12 (18,1%). Se destaca una alta proporción de adultos mayores en los cuales la violencia fue generada por las mixtas con respecto a otros agresores que generaron la violencia.

Tabla 6. Distribución en los adultos mayores según frecuencia del acto de violencia en el Consultorio Médico de Familia 32 de Majagua.2017.

Frecuencia de Acto de	Adultos Mayores	
	No.	%
Violencia		
Frecuentes	30	45,4
Ocasionales	24	36,3
Una vez	12	18,1
Total	66	100

Fuente: La Encuesta

En la Tabla 6, Se observó que la mayor frecuencia de los adultos mayores sufren de violencia de frecuentes 30 (45,4%) seguido en orden de frecuencia ocasionales 24 (36,3%) Se destaca una proporción alta de adultos mayores que sufren de violencia frecuentes, con respecto a las otras frecuencias de actos de violencia evaluados.

Tabla7. Distribución de las formas de violencias empleadas en el adulto mayor según su tipo (psicológica) en el Consultorio Médico de Familia 32 .Majagua.2017.

Formas de Violencias	Adultos Mayores	
	No.	%
Psicológicas		
Insultos	33	50,0
Tratarlos como niños	15	22,7
Humillaciones	4	6,0
Limitación sus actividades	10	15,1
Amenaza de abandono	3	4,5
Silencios Prolongados	0	0
Niega Agresiones psicológicas	1	1,5
Total	66	100

Fuente: La Encuesta

En la tabla 7, 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 los insultos 33(50,0%), seguida en orden de frecuencia tratarlos como niños 15(22,7%). Se destaca una proporción alta de adultos mayores de los insultos como forma de violencia psicológica con respecto a las otras formas evaluadas en el estudio.

Tabla 8. Distribución de las formas de violencias empleadas en el adulto mayor según su tipo física Consultorio Médico de Familia 32 .Majagua.2017.

Formas de Violencias Físicas	Adultos Mayores	
	No.	%
Empujones	43	65,1
Castigos	8	12,1
Uso inapropiados de fármacos	9	13,6
Golpes	6	9,0
Total	66	100

Fuente: La Encuesta.

En la tabla 8, 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 43 (65,1%).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 9. Nivel de conocimiento general sobre e la Violencia Intrafamiliar en el Adulto Mayor en el Consultorio Médico de Familia 32 de Majagua.2017.

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Inadecuado	43	65,1	12	18,1
Adecuado	23	34,8	54	81,8
Total	66	100	66	100

Fuente: La Encuesta

Al observar (Tabla 9) que corresponde al nivel de conocimiento general de cuidadores donde se muestra que el 65,1 % ante de la intervención poseían conocimientos insatisfactorio, después de aplicada la intervención educativa se logra un resultado satisfactorio de 81,8 % de conocimientos de los Adultos Mayores sobre violencia intrafamiliar. Al aplicar el Mc Nemar se demostró una significación estadísticamente. El objetivo principal de la medicina geriátrica no es disminuir la morbilidad y la mortalidad, sino mantener la autonomía y el validismo, pues ambos se corresponden con la medida de salud del anciano .En general se demostró que es posible lograr aumentar los conocimientos en el adulto mayor. Al evaluar de forma general el nivel de conocimientos en el grupo de estudio sobre la temática en estudio antes y después de la Intervención Educativa se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) por lo que consideramos que resultó eficaz en la consecución de los objetivos que perseguimos. Es posible, y necesario educar a los Adultos Mayores sobre su adecuada atención, con lo que se reduce el impacto económico, social y familiar en estos casos, y constituye la intervención un elemento eficaz para la medicina preventiva. La intervención educativa al Adulto Mayor es en realidad una forma de prevención de enfermedades, pues constituye un intento para limitar el daño ocasionado por los tipos de maltrato ya manifiesta y disminuir sus efectos. Los esfuerzos van dirigidos a mantener la autonomía y la calidad de vida; su acción consiste en eliminar los maltratos en el adulto mayor.

CONCLUSIONES:

El conocimiento general de la intervención educativa fue efectivo porque la mayoría logró aprender técnicas que permiten el control antes el maltrato del adulto mayor. Donde se destacó el género femenino entre las edades comprendidas entre 60-64 años, seguido las amas de casas, con primaria sin terminar.

RECOMENDACIONES:

Donde se recomienda extender los estudios a otras áreas de salud del municipio y de la provincia.

ANEXO 1.

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: Intervención Educativa sobre Violencia Intrafamiliar en Adultos Mayores de la Comunidad Las Trozas del municipio Majagua.2017. Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema. Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

Dado en Majagua, a los _____ días del mes _____ del _____

Paciente

Firma

Dra. Yamilka Chaveco Castellanos

Firma

ANEXO 2:

Encuesta

Estimado paciente:

I- Datos Generales.

Nombre y apellidos _____

Edad: ____ años

Sexo: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____

II. La presente encuesta es muy importante para poder desarrollar la investigación que se llevará a cabo, es necesario marque con una X, los incisos que considere correctos en cada caso.

1. Diga Si o No a cerca del concepto de maltrato o violencia en el Adulto Mayor.

_____ El maltrato puede definirse como toda acción u omisión que de manera directa o indirecta, cause daño físico o psicológico, a la persona adulta mayor.

_____ Todo aquel acto de omisión que lleve como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana.

_____ “Es 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”

_____ Todo aquel acto de omisión que no lleve como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana.

2. Marque con una X cuatro acciones que constituyan un acto de violencia física contra los adultos mayores:

Darle piñazos. ____

Tratarlos bien. ____

No saludarlos. ____

Darle empujones. ____

Darles cariño. ____

Negarle el derecho a comer. ____

Halarle los pelos. ____

Mirarlos desnudos. ____

Deterioro o enfermedad _____

Atarlos _____

Uso de restricciones físicas o medicación _____

3. Marque con una X cuatro acciones que constituyan un acto de violencia psicológica:

Intimidarlos. ____

Darle cariño. ____

Insultarlo en privado. ____

No aprobar lo que hace. ____

Culparlo de todos los problemas ____

Hacerle regalos. ____

Preguntarle lo que desea comer

Consultarle los problemas. ____

Criticarlos repetidamente ante los demás adultos mayores _____

Abandonos _____

4. Marque con una X cuatro agentes agresores que contribuyen en la violencia contra los adultos mayores:

Hijos_____

Otros familiares_____

Vecinos_____

Su pareja_____

Convivientes no familiares_____

Compañeros de trabajo_____

Profesoras_____

Negarle visitar a su familia ____

5. Marque con una X dos acciones que constituyan un acto de violencia contra el adulto mayor.

Una vez_____

Impedirle tener amistades ____

Varias veces_____

Quitarle el dinero que le corresponde_____

Ninguna_____

Forma parte de la vida cotidiana_____

Darle dinero para la comida._____

Ayudarlo en su economía personal.____

Llevarlos a los parques.____

6. Responda las siguientes preguntas mediante Si o No.

Las preguntas son utilizadas para obtener información acerca del abuso son mostradas a continuación:

Abuso físico:

¿Tiene usted miedo de alguien en la casa?

¿Ha sido usted golpeado, abofeteado o pateado?

¿Ha sido usted atado o encerrado en un cuarto?

Abuso psicológico:

¿Usted siempre se siente solo?

¿Ha sido usted amenazado con castigos, privaciones o institucionalización?

¿Ha recibido usted tratamiento de silencio? ¿Ha sido usted forzado?

¿Usted recibe a diario noticias o información?

¿Qué pasa cuando usted y quien lo cuida no están de acuerdo?

Abuso sexual:

¿Hay alguien que lo haya tocado sin permiso?

Abuso por negligencia o abandono:

¿Usted carece de ayuda tal como espejuelos, aparatos para oír, dentaduras, etc.?

¿Ha sido usted dejado solo por largos períodos?

¿Está su casa segura?

¿Tiene falta de ayuda para cuidar de su persona cuando usted lo necesita?

Abuso financiero:

¿Le han robado dinero o lo han usado inapropiadamente?

¿Ha sido usted obligado a firmar un poder ante un abogado, un testamento u otro documento en contra de su voluntad?

¿Ha sido usted obligado a hacer compras en contra de sus deseos?

¿Quién lo cuida depende de usted para su soporte financiero? Responder en la hoja.

Si se identifica abuso, preguntar a continuación:

¿Qué tiempo hace que esto pasa?

¿Es un hecho aislado?

¿Por qué cree que esto suceda?

¿Cuándo piensa que ocurrirá el próximo episodio?

¿Es seguro para usted el retorno a casa?

¿Cómo ve usted lo sucedido?

¿Ha recibido ayuda a sus problemas antes?

Desarrollo de los temas:

Tema 1. Introducción:

Objetivos: Explicar a los adultos mayores para que conozcan el objetivo y desarrollo de la intervención.

Contenido: Presentación del curso y de los horarios, así como el programa de clases a impartir.

Técnicas: Exposición oral, Clase de grupo.

Materiales: Papel, lápices y tiza con su pizarra.

Tiempo: 45 minutos

Lugar: Escuela Primaria "Martires del Corinthya".Las Trozas.Majagua.

Tema 2. Violencia intrafamiliar. Violencia física:

Contenido: Violencia intrafamiliar. Tipos de violencia. Violencia física.

Objetivos: Explicar en qué consiste la violencia intrafamiliar, los tipos de violencia y las características de la violencia física.

Técnicas: Juego de roles. Lectura comentada.

Materiales: Papel, lápices y tiza con su pizarra.

Tiempo: 45 minutos

Lugar: Escuela Primaria "Martires del Corinthya".Las Trozas.Majagua.

Tema 3: Agentes Agresores y Actos de violencia:

Contenido: Agentes Agresores y Actos de violencia. Formas de evitarlos.

Objetivos: Identificar cuando se es víctima de estos Actos y quienes la reflejan.

Técnicas: Exposición, Demostración.

Materiales: Pizarra, tiza, borrador, cartulina, lápices, crayola o plumones.

Tiempo: : 45 minutos

Lugar: Escuela Primaria "Martires del Corinthya".Las Trozas.Majagua.

Tema 4: Violencia psicológica:

Contenido: Violencia psicológica. Formas de evitarlas.

Objetivos: Identificar cuando el adulto mayor es víctima de la violencia psicológica.

Técnicas: Exposición, Lectura comentada y Juego de roles.

Materiales: Papel, lápices y tiza con su pizarra.

Tiempo: 45 minutos

Lugar: Escuela Primaria "Martires del Corinthya".Las Trozas.Majagua.

Tema 5. Conclusiones:

Objetivos: Obtener a partir de las vivencias de la investigación realizada la percepción de los adultos mayores sobre la violencia en sentido general. Concluir la intervención.

Técnicas: Corrillo, lluvia de ideas.

Materiales: Pizarra, tiza, borrador, cartulina, lápices, crayola o plumones.

Tiempo: : 45 minutos

Lugar: Escuela Primaria "Martires del Corinthya".Las Trozas.Majagua.