

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas
Finlay-Albarrán

Violencia sobre personas de la tercera edad con demencia Policlínico Cristóbal Labra Lisa. 2010

Violence on old persons with dementia Policlínico Cristóbal Labra Lisa. 2010

**Lidia Rodríguez Blanco^I, Olga Sotolongo Arró^{II}, Gladys Luberta Noy^{III},
Marina Calvo Rodríguez^{IV}**

^IEspecialista Primer Grado en Medicina Interna y Medicina General Integral. MSc. Facultad de Ciencias Médicas Finlay- Albarrán. lidia_rdguez@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Primer Grado en Medicina Interna. MSc. Facultad de Ciencias Médicas Finlay- Albarrán. arro@infomed.sld.cu

^{III} Profesora auxiliar. MSc. Facultad de Ciencias Médicas Finlay- Albarrán. gladysluberta@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista Primer Grado en Psiquiatría. Centro de Salud Mental.

RESUMEN

Introducción: las demencias son enfermedades degenerativas que afectan a 35.6 millones de personas en el mundo y a más de 100 000 en Cuba; constituyen un acontecimiento vital estresante y hacen al anciano muy dependiente de otros y, por tanto, presa fácil de violencia.

Objetivo: caracterizar los pacientes con demencia, según grupos de edades, sexo y nivel educacional, manifestaciones clínicas e identificar las conductas violentas, ejercidas sobre ellos, en la consulta de demencia y de terreno durante marzo a agosto de 2010.

Material y Método: se realizó un estudio descriptivo desde el 1ero de marzo al 31 de agosto de 2010, en la consulta de demencia y/o en terreno pertenecientes al Policlínico Cristóbal Labra. La información se obtuvo mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Miniexamen del estado mental del anciano, criterios del DSM-IV, la escala de Zarit, Yasavage y la aplicación de una encuesta creada por la autora. Se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas; los datos se recogieron en una planilla previamente diseñada y se procesaron de forma automatizada. Los

resultados se mostraron en tablas y/o gráficos, y se calcularon medidas de resumen (frecuencias absolutas y porcentajes).

Resultados: la demencia se relacionó con aumento de la edad, sexo femenino y menor grado de escolaridad. Los principales síntomas que generaron violencia fueron la pérdida de memoria e insomnio, predominó la Violencia Psicológica; las hijas fueron las principales maltratadoras.

Conclusión: la demencia en adultos mayores constituyó un factor estresante generador de violencia en los cuidadores.

Palabras clave: demencia, anciano, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato financiero, negligencia, maltratadores, cuidadores.

ABSTRACT

Introduction: the violence against the older persons is not a recent, it has been producing since many time ago, it real number is unknow. The dementia is a neurodegenerative disorders, already 35.6 millones of persons in the world and more of 100 000 en Cuba are affected by this pathology. The dementias are an important cause of violence because it produced a big uncapacity physical and intellectual.

Objetives: caracterize pacient with dementia, by age, educacional level and sex, know mainly symptoms that produce violence in their mainly parent, diferents types of violences, principle clinical symptoms of psicologycal violence, persons responsible of injuries.

Material and Methods: we made a descriptive estudios, since march 1er to agust 31, 2010 about the behavior of the violence on this kind of pacients and it relation with their parent. We used Minimental de Folstein, DSM-IV, Zarit, Yasavage test. Also we used the National Aging Resource Center of violence and the test made for the author.

Results: dementias be increased in old patients, women were more afected, it increased in patient with low educational level, symptoms more frequently found were: memory loss e insomny. The psychological violence was the principal type of violence found, the daughters had more violence behavior.

Conclusion: The dementia on old persons produce a lot stress in persons that take care them.

Key words: dementia, old patient, injury on persons with demence, economic, psychological, physical violences, persons who take care the patient with dementia, symphoms.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunas décadas, se ha producido un incremento en el número de personas mayores. En la actualidad, existen en el mundo más de 600 millones de personas de la tercera edad.¹ Cuba no se excluye de esta realidad demográfica que es el envejecimiento poblacional; por ejemplo, en 1899, sólo vivían en el país 72 000 personas que de existir hoy tendrían cumplidos más de 110 años; esa cifra

representaba un anciano por cada 22 personas del total de población. En 1953, había 400 000 adultos mayores, uno por cada quince individuos. Hoy, Cuba es el cuarto país más envejecido de América Latina,² con 17% de su población mayor de 60 años. En el 2020, se convertirá en el país más envejecido de América Latina con 23.4%, seguido de Uruguay con 18.4% y Argentina con 16.9%. Este aumento de la expectativa de vida ha condicionado un incremento de las discapacidades y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se destacan las demencias, las cuales constituyen un importante problema de salud a nivel mundial;² alrededor de 35.6 millones de estas personas tienen un síndrome demencial; se estima para el 2025 una afectación de 42 millones por esta enfermedad, cifra que en el 2040 se elevará a 80 millones. Su incidencia anual es de 4.6 millones y su costo es de 315.4 billones de dólares.^{2,3}

Estudios realizados en Cuba por el Dr. Llibre sobre prevalencia de la demencia, desarrollados en el municipio Playa, en 2002, y en Santa Clara, en 2004, consideran que alrededor de 100 000 personas padecen una enfermedad de Alzheimer o una demencia relacionada.²⁻³ La demencia es una enfermedad degenerativa, orgánica, adquirida, de evolución progresiva, que afecta varias funciones intelectuales que interfieren de forma significativa en las actividades sociales u ocupacionales, sin existir alteración del estado de conciencia, o sea, sin estar en coma, ni estupor.² Etiopatológicamente, se sabe que con el envejecimiento, algunas neuronas comienzan a modificar su estructura y funcionamiento con acumulación de depósitos tóxicos, lo que unido a otros factores y mecanismos provocaría finalmente la aniquilación cerebral. En el síndrome demencial, se pueden reconocer varios tipos de sintomatologías generadoras de violencia sobre los mismos: por parte de los cuidadores; una referida al deterioro cognitivo; otra, al deterioro funcional y una última que atañe a síntomas mentales. La demencia constituye un acontecimiento vital estresante con gran repercusión económica, humana y social, tanto para el paciente como para su familia, capaz de generar una situación de crisis familiar, lo que hace al anciano demente presa fácil para la violencia.^{1,2, 4,5, 6}

El término violencia proviene del latín *violentilla*, definiéndose como: "Una situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, de privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador."^{8,9} Las maneras de atacar a los ancianos van desde las muy sutiles y simples hasta episodios criminales; no es un hecho nuevo, ha ocurrido a través de todos los tiempos; las tribus nómadas solían abandonar a los ancianos cuando estos eran incapaces de sostenerse por sí mismos. Según los historiadores, cuando en la antigua Grecia se tenía la suerte de llegar a una edad avanzada, se celebraba una fiesta al anciano y se le despeñaba, ya que el resto de la vida sería una "enfermedad crónica e incurable". Desde la década del 80 y hasta la actualidad, ya muchas organizaciones reconocen la violencia contra el adulto mayor como una problemática en salud.^{5,6,7,8,9}

España reporta más de cinco millones de personas mayores de 65 años; Estados Unidos más de 20% de los ancianos; Brasil y Panamá reportan anualmente 27.1% de ancianos maltratados.^{10,11,12,13}

En Cuba, a partir de 1959, se comenzaron a efectuar cambios radicales en la atención médica y social de toda la población. En 1978, aparece el primer programa de atención al anciano conocido por "Modelo de Atención Comunitaria". En la década del 80, se amplían los Servicios de Geriátría del Sistema Nacional de Salud en hospitales y áreas de salud comunitarias. En 1987, comienzan a surgir diferentes servicios de Geriátría muy especializados, con el propósito de brindar asistencia médica cualitativamente mejor y con un alcance cuantitativo poco despreciable. En 1992, se inauguró en La Habana el Centro Iberoamericano de la

Tercera Edad, actual Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, con objetivos fundamentalmente asistenciales, investigativos y de formación de recursos humanos para la atención a este sector poblacional.¹⁴

Sin embargo, a pesar de todos estos logros, la violencia sobre adultos mayores es una realidad en Cuba; esta posee magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y son varios los autores cubanos que se han dedicado a su estudio. Campillo, Motilva, en su artículo "Violencia con el anciano" lo considera como problema de salud. Roca Bruno Mederos, en su tratado de "Gerontología y Geriatria" (1999) al hablar sobre este tema, plantea que esta trae aparejado sobre el anciano trastornos psicológicos como la depresión y demencia, provocados por los diversos sentimientos que manifiesta ante los actos de violencia y encontró como más frecuencia la tristeza, la depresión, la inconformidad, e incluso, hasta pensamientos sobre el suicidio.^{5, 7,14}

Otros estudios cubanos relacionados con el tema plantean que a pesar de que para lograr una longevidad fisiológica, los adultos mayores deben vivir en armonía con su familia, no marginados, ni sin amparo filial, el envejecimiento hace parecer a los ancianos como cargas pesadas para los familiares, debido al deterioro físico, mental, económico y pérdida de autonomía que genera y esto puede causar conflictos, problemas y maltratos.^{10,14}

Motivada por lo antes expresado, así como también, porque de una población de 15 300 habitantes, con que cuenta el Policlínico Cristóbal Labra, 26.5 %,

4 065 personas, son mayores de 60 años; a que existe una prevalencia de 12.6% de adultos mayores con Síndrome Demencial, por lo cual se creó una consulta municipal de Demencia, que brinda asistencia a todos los adultos mayores remitidos por los médicos de familia y por el equipo multidisciplinario de atención geriátrica y a que nunca antes se había realizado un estudio de violencia sobre gerontes con demencia, se decidió la realización de este estudio.

OBJETIVOS

General

Caracterizar las conductas violentas de cuidadores principales sobre pacientes con demencia, en la consulta de demencia y de terreno durante marzo a agosto de 2010.

Específicos

- Identificar a los pacientes con demencia, según grupos de edades, sexo y nivel educacional.
- Describir sus principales manifestaciones clínicas.
- Identificar los tipos más frecuentes de violencias aplicadas sobre estos pacientes, según sexo.
- Conocer las manifestaciones clínicas más relevantes de violencia psicológica.
- Caracterizar a los maltratadores según sexo y grado de parentesco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo desde el 1ero de marzo al 31 de agosto de 2010, en la consulta de demencia y/o en terreno, pertenecientes al Policlínico Cristóbal Labra, Municipio La Lisa, para caracterizar las conductas violentas sobre pacientes adultos mayores portadores de demencia. El universo de estudio fueron 63 pacientes con diagnóstico de demencia y sus 63 cuidadores.

Recolección de información

Para la demencia, se recogió mediante la aplicación de instrumentos: Mini- examen del estado mental del anciano (Anexo 1), así como criterios del DSM-IV (Anexo 2). Para la información del estado psicológico del cuidador se utilizó el *Test* de Zarit (Anexo 3) y escala de Yassavage (Anexo 4). La relacionada con la violencia se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta, creada y aplicada por la autora (Anexo 5), a los cuidadores dentro de la consulta de demencia o en las visitas de terreno; la misma se estructuró sobre la base de datos que brinda la clasificación del National Center on older abuse (Anexo 6).

Se tuvo en cuenta el examen físico del paciente. Los datos se recogieron en una planilla previamente diseñada y se procesaron de forma automatizada en una Pentium 4. Se utilizaron los programas Access y Excels. Los resultados se mostraron en tablas y/o gráficos. Se estimaron medidas de resumen para las variables cualitativas (frecuencias absolutas y porcentajes).

Se consideró como cuidador primordial a la persona, familiar o no, que se responsabilizó, se encargó de su cuidado, su asistencia, satisfacción de sus necesidades, debido a que la discapacidad que presenta (demencia) le impide vivir independiente. Es aquel del que depende para sobrevivir.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los casos de pacientes con demencia con 60 y más años de edad.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos pacientes que no tenían diagnóstico de demencia o tenían menos de 60 años de edad.

Ética

Se solicitó el consentimiento informado por escrito de los cuidadores (Anexo 7), así como la aprobación de la investigación por el Comité Científico del Policlínico Cristóbal Labra.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra como la demencia aumenta proporcionalmente a la edad, predominando la afectación en el sexo femenino.

Tabla 1. Pacientes con síndrome demencial según edad y sexo

Grupos de edades	M	%	F	%	Total	%
60-69	2	3.2	6	9.5	8	12.7
70-79	5	8	21	33.3	26	41.3
80 y más	9	14.2	20	31.7	29	46.0
Total	16	25.4	47	74.6	63	100.0

Fuente. Historia Clínica

Excepto en el nivel de Preuniversitario, en el que no se registraron casos, la demencia estuvo presente en el resto de los niveles educativos, los analfabetos fueron los de mayor afectación. (46.3%). Tabla 2

Tabla 2. Pacientes dementes según edad y escolaridad

Edades n- 63	Analfabeto		Primaria Terminada		Secundaria Terminada		Universitario	
	M	F	M	F	M	F	M	F
60-69 n-8	0	1	1	2	1	1	0	2
70-79 n-26	2	11	2	6	1	2	0	2
80 y más n-29	6	9	2	8	1	3	0	0
Total %	29 (46.3%)		21 (33,3%)		9 (14.2%)		4 (6.3%)	

Fuente. Historia Clínica

Los síntomas más frecuentes encontrados en los pacientes con demencia fueron: La pérdida de memoria 100%, el insomnio 93.6% y la deambulacion 79.3%; sin embargo, es menester señalar que la incontinencia esfinteriana y la desinhibición sexual provocaron gran repercusión sobre el cuidador, solo que la presentaron un número menor de casos, ya que estas manifestaciones están estrechamente relacionadas con los estadios avanzados de la enfermedad y el tipo de demencia. Tabla 3.

Se apreció que la Violencia Psicológica ejercida sobre los pacientes con demencia fue la que más casos reportó (68.2%), seguida de la violencia por Negligencia; en relación con el sexo; el femenino fue el más afectado, excepto en la violencia física, donde el sexo masculino llevó la primacía. Hubo dos casos de ancianos masculinos que recibieron más de un tipo de maltrato. Tabla 4

Tabla 3. Principales síntomas de pacientes con síndrome demencial que se relacionaron con violencia

Síntomas n-63	Sexo		Total	%
	M	F		
1-Pérdida de Memoria	16	47	63	100.0
2-Insomnio	14	45	59	93.6
3-Deambulaci3n	13	37	50	79.3
4-Síntomas Delirantes	8	39	47	74.6
5-Agitaci3n- agresión	12	26	38	60.3
6-Depresi3n	4	33	37	58.7
7-Polilalia-Ecolalia	5	30	35	55.5
8-Incontinencia de esfínteres	3	12	15	23.8
9-Desinhibici3n sexual	4	1	5	7.9

Tabla 4. Tipos de violencias ejercidas sobre pacientes con demencia según sexo

Tipos de Violencias n= 63	M	F	Total	%
Psicol3gica	9	34	43	68.2
Abandono y Negligencia	5	12	17	27.0
Físicas	2	1	3	4.7
Financieras	2	0	2	3.1

Se valoró que los gritos seguidos del ignoro y/ o negaci3n del habla fueron las manifestaciones que predominaron (51.2%). Tabla 5

Tabla 5. Manifestaciones más frecuentes de Violencia Psicol3gica

Violencia Psicol3gica	Total	%
Gritos	22	51.2
Ignoro y/o negaci3n del habla	15	34.8
Insultos	2	4.7
Amenazas	4	9.3

Los principales maltratadores fueron los hijos (74.6. %) y el sexo que propici3 más violencia fue el femenino. Tabla 6.

Tabla 6. Maltratadores en pacientes con demencia según grado de parentesco y sexo

Maltratadores	M n=8	%	F n=55	%	Total	%
Hijos	5	62.5	42	76.4	47	74.6
Nietos	1	12.5	8	14.5	9	14.3
Pareja	2	25	5	9.1	7	11.1
Total	8	100.0	55	100.0	63	100.0

Se apreció que 100.0% de los cuidadores manifestaron que el cuidar a pacientes con demencia les representaba una carga, ningún familiar entrevistado refirió lo contrario. Tabla 7.

Tabla 7. Grado de carga que representó cuidar a un paciente demente según sexo. Zarit

Intensidad	F	M	Total	%
Poca	1	2	3	4.8
Moderada	2	13	15	23.8
Mucha	3	21	24	38.1
Extrema	2	19	21	33.3
Total	8	55	63	100.0

DISCUSIÓN

Las demencias son enfermedades degenerativas que discapacitan a la persona cognitiva y físicamente; su magnitud está aumentando vertiginosamente como consecuencia del envejecimiento poblacional del cual no escapa Cuba; constituyen un serio problema de salud, por ser una enfermedad de alto costo económico y social, por lo difícil y tardío de su diagnóstico y por su curso progresivo e invalidante; ^{1,2,3} estudios previos realizados en el área, muestran que el síndrome demencial tiene una prevalencia de 12.6%, y la violencia sobre estos pacientes constituye 37.2% de todos los maltratos ejercidos sobre adultos mayores con enfermedades crónicas no trasmisibles. ^{15, 16, 17} La Organización Panamericana de la Salud, en su *Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable* la considera como un "problema de Salud Mundial". ^{1, 9,12, 13} Sin embargo, es necesario señalar que a pesar de existir numerosos estudios cubanos sobre el tema, aún su cifra exacta no se conoce, aunque existe un subregistro de la misma. Lo que pudiera ser el resultado de la interacción de muchos factores, pero fundamentalmente a la falta de información tanto de la población como del médico de familia; algo similar sucede con la demencia. ^{1,2,9}

Es importante destacar que en esta investigación todos los pacientes con demencia sufrieron algún tipo de maltrato, lo que pudiera guardar relación con que el cuidado de personas con demencia es mucho más estresante que atender a personas con otra discapacidad, pues el cuidador debe introducir mayores cambios en su estilo de vida, tiene una mayor limitación social y recibe menor gratificación por parte del

enfermo. También pudiera estar asociado con la poca información acerca de las formas de violencia que posee el cuidador y a patrones socioculturales propios de cada familia donde la violencia familiar es una conducta aprendida y pasada de generación en generación.^{1,2,9}

En la investigación, se observó que a medida que aumentaba la edad de los pacientes dementes aumentaba la violencia intrafamiliar sobre ellos; pensamos esto guarde relación con la intensificación o progresión de los síntomas y con el propio deterioro que provoca el envejecimiento. Este resultado coincidió con muchas de las bibliografías nacionales e internacionales consultadas, en las que el sexo femenino fue el más afectado, similar a lo hallado por Díaz López, y colaboradores.^{17, 18, 19, 20}

En relación con el nivel educacional, la violencia predominó sobre aquellos pacientes dementes con menor nivel de instrucción; tener instrucción brinda a las personas la posibilidad no solo de conocer todo lo relacionado con violencia, sino también cómo evitarla, qué hacer ante la misma. La violencia es una conducta aprendida donde existen factores sociales, culturales y de aprendizaje, que van más allá de los procesos psicológicos involucrados en él. Así, el niño que fue una vez abusado por parientes, continúa el ciclo de violencia cuando ellos son viejos. Martínez Querol y colaboradores en su trabajo "Maltrato en los ancianos: Un reto a la atención primaria de salud geriátrica", establecen una relación inversamente proporcional entre el incremento de violencia en la tercera edad y el bajo nivel educacional. Por otra parte, algunos estudios relacionados con la demencia, le dan al elevado nivel de escolaridad un papel protector, basados en la hipótesis que la educación prepara mejor el cerebro para resistir los cambios biológicos del envejecimiento, y produce cambios bioquímicos o redes neuroanatómicas modificadas potencialmente protectoras contra sus futuras disfunciones; de manera tal que cuando unas neuronas mueren otras suplen sus funciones; o sea, que a menor nivel educacional habría menos motivaciones, intereses, así como menor desarrollo intelectual y desarrollo de proyectos de vida.^{2,7,19,20,21}

En cuanto a los síntomas encontrados en pacientes portadores de demencia que desencadenaron maltrato, en sentido general, son similares a los hallados en la bibliografía correspondiente a la demencia. El Dr. Llibre y colaboradores en su libro *Epidemiología de las demencias y enfermedad de Alzheimer* mencionan los síntomas más frecuentes que pueden identificarse en estos pacientes, tales como pérdida de memoria, deambulación, agresividad, alucinaciones, *delirium*, ilusiones, etcétera. Es necesario destacar que la intensidad y la aparición de los síntomas varían en relación con el estadio (avanzado) y/o el tipo de demencia.^{2 5}

La Violencia Psicológica fue la principal forma de violencia ejercida; lo que fue similar a lo encontrado por Almenares, Aleaga y colaboradores, en su estudio "Comportamiento de la violencia intrafamiliar".^{12,16,17,19, 22}

A pesar de que la familia constituye la principal red de apoyo con que cuenta la persona desde su nacimiento son precisamente los miembros de la familia, los mayores infligidores de violencia encontrados, siendo los hijos y dentro de ellos, las hijas, las mayores protagonistas. Lo hallado en nuestro trabajo estuvo acorde con la bibliografía analizada. Se destacan en el cuidado, en primera línea, las hijas de estos enfermos, lo cual se correspondió con los resultados publicados en la literatura nacional revisada, en la que el papel de cuidador principal es asumido por familiares de primer orden. Sin embargo, un estudio del Grupo Internacional de Investigaciones en Demencias, el primero realizado en 32 países en vías de desarrollo, y que incluye 706 personas con demencia y sus cuidadores cruciales de 5 regiones del planeta: China y Sudeste Asiático, India, Latinoamérica y el Caribe

(incluida Cuba) y África, informa que la mayoría de estos cuidadores son las esposas o mujeres más jóvenes.^{8,17,23}

En relación con las afectaciones psicológicas encontradas en los cuidadores primordiales es conocido que asumir el papel de cuidador no es una tarea inocua, y puede desarrollar un fenómeno de "sobrecarga". Hajo Breinbauer y colaboradores plantean que una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador, los cuales presentan cuadros ansiosos-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, que en población comparable no sobrecargada. El cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar.^{24, 25}

Las limitaciones del estudio radicarón en que solo una parte de los pacientes se pudo ver dentro de su medio familiar a través de visitas en el terreno, por lo que se pudieron escapar manifestaciones de violencias.

CONCLUSIONES

- 1- La demencia se asoció con el aumento de la edad, el bajo nivel de escolaridad y el sexo femenino.
- 2- Los principales síntomas que generaron violencia fueron la pérdida de memoria e insomnio.
- 3- Predominó la Violencia Psicológica; siendo las hijas las principales maltratadas.
- 4- La demencia constituye una carga importante para el cuidador crucial y una condición importante para la generación de violencia.

RECOMENDACIONES

Es recomendable diseñar, y poner en práctica, un plan de intervención educativa, dirigido a cuidadores primordiales, que permita reducir la violencia y mejore tanto la calidad de vida del cuidador como la del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Núñez D, Gallardo Sánchez Y, Hadad Rodríguez D, De la Paz Castillo KL, Gallardo Arzuaga RL. Violencia al adulto mayor un problema en un área de salud granmense. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewPaper/115>
III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana - CIMF
X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud Versión Virtual. Revisado el 3 de mayo de 2011.

2. Llibre Rodríguez JJ. Epidemiología de las demencias y enfermedad de Alzheimer. En: Marcheco Teruel B, López Medina A, Otero Estévez M. Enfermedad de Alzheimer. Manual para el Médico de Familia, Trabajador Social y Familia. La Habana: Editorial Abril; 2005, p. 20-22.
3. Díaz García WJ, Linares TM, Rabelo G, Díaz H. Envejecimiento e Invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. Rev. Salud y trabajo. 2009; 2.
4. Valdés Jiménez Y, Padrón Durán S. Violencia intrafamiliar y género: una mirada desde la familia cubana. Boletín CIPS. 2008.
5. Rocabrana Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Científico- técnica; 1999, cap.28.
6. González Winos M, Buján Garay J. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005; 1: 1217.
7. Campillo Motilva R. Violencia en el anciano. En: Revista de Medicina General Integral. 2007; 2: 2431.
8. Mejía R, Alemán M. Family violence. The physician's role. Medicina. Buenos Aires: 2009, p. 59.
9. Urrusuno Carvajal FL, Rodríguez Fernández R, Vázquez Abreu RL. Violencia doméstica en la tercera edad. Rev. Cubana Salud Pública. Ciudad de La Habana. Mayo-jun., 2010;36 (2).
10. Orosa FT. La tercera edad y la familia. La Habana: Editorial Félix Varela; 2007.
11. Bazo, M. T. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España Disponible en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v36n1a12001511pdf001.pdf> :consultado el día 12 de mayo de 2011.
12. Escalona Aguilera JR. Rodríguez Ramírez R, Pérez Aguilera. La Violencia Psicológica al anciano en la familia. Psicol. Am. Lat. México. Nov., 2009;(18).
13. Organización Panamericana de la salud. La violencia, un problema de Salud Mundial. Rev. Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable. 2005; 3(10). Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_10/viol_salud2.htm. Revisado el 12 de mayo de 2011.
14. Fernández Guerra N. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. Disponible en: (Lo del CITED2002; 10(1-2) http://www.bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act01102.htm#autor. Revisado el 8 de mayo de 2011.
15. Rodríguez Blanco L, Suárez Vasallo E, Llibre JJ. Comportamiento del síndrome demencial en el Policlínico Cristóbal Labra. Municipio La Lisa. 2008. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. RNPS.2008; 3(3)

16. Rodríguez Blanco L. Violencia en adultos mayores. Policlínico Cristóbal Labra. Municipio La Lisa. 2010. Gerontología y Geriatria. RNPS. 2110;5(3): ISSN 1816-8450.
17. Almenares Aleaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gómez MT. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Rev. Cubana Med Gen Integral. Abril, 2007; 15(3):285-92.
18. Márquez Reyes MA, Arvizu Iglesias R. Perfil de la violencia familiar en el anciano: Experiencia en 680 pacientes mexicanos. Medicina Familiar. Oct.-dic., 2009; 11(4).
19. Díaz López RC. Principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Junio 2008-junio 2009. Revista Médica Electrónica. Matanzas. Jul.-ago., 2010-2011; 32(4).
20. Martínez Querol CI, Pérez Martínez VT, Cardona Sanson Y e Inclán Ravelo L. Maltrato en los ancianos: Un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev. Cubana Med Gen Integr. Ciudad de La Habana. Ene.-abr., 2005; 21(1-2).
21. Salas LM - 2005 - ideas.repec.org. Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar. Evidencias para familias colombianas.
22. Caballero García JC. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. Rev. Mult. Gerontol. Instituto Vasco de Gerontología. Bilbao. 2000-10; 177-188.
23. García JCC , Remolar ML , García C. Consideraciones sobre el maltrato. Revisado el día 3 de abril de 2011.
24. Pérez Martínez VT, La Vega Pazitková T. Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". Versión impresa ISSN 0864-2125. Rev. Cubana Med Gen Integr. Ciudad de La Habana. Abr.-jun., 2006; 26(2).
25. Gort AM, Mingot M, March J, Gómez X, Soler T. Utilidad de la escala de Zarit reducida en demencias. Medicina Clínica. 2010; 135(10): 447-449.

ANEXOS

Anexo 1. MINI MENTAL DE FOLSTEIN

- 1- Orientación. Máximo 10 puntos.
- 2- Registro. Máximo 3 puntos.
- 3- Cálculo y Atención. Máximo 5 puntos.
- 4- Recuerdo. Máximo.3 puntos.

5- Lenguaje. Máximo 9 puntos.

Puntuación Máxima 30 puntos.

Deterioro cognitivo por debajo de 23 puntos .

Anexo 2. CRITERIOS DEL DSM IV

1. Evidencia de alteración en la memoria anterógrada o retrógrada.
2. Al menos uno de los siguientes trastornos cognoscitivos, (afasia, agnosia, apraxia, trastorno de ejecución).
3. Las alteraciones de los ítems 1 y 2 interfieren con las actividades personales y sociales.
4. Evolución gradual y deterioro cognoscitivo continuo.
5. El deterioro cognoscitivo es producido por otras enfermedades.
6. Los déficit no ocurren exclusivamente durante el curso de un *delirium*.
7. El trastorno no se tiene en consideración en caso de otra enfermedad psiquiátrica.

Anexo 3. ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT 1983)

Instrucciones

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en la cual se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de la afirmación se debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y siempre.

A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

0= nunca 1= rara vez 2= algunas veces 3= bastantes veces 4= siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?

0 1 2 3 4

2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?

0 1 2 3 4

3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

0 1 2 3 4

4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?

0 1 2 3 4

5. ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?

0 1 2 3 4

6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?

0 1 2 3 4

7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?

0 1 2 3 4

8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?

0 1 2 3 4

9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

0 1 2 3 4

10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

0 1 2 3 4

11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría por tener que cuidar de su familia?

0 1 2 3 4

12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?

0 1 2 3 4

13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?

0 1 2 3 4

14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?

0 1 2 3 4

15. ¿Piensa que no tiene los suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de los otros gastos?

0 1 2 3 4

16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

0 1 2 3 4

17. ¿Piensa que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

0 1 2 3 4

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

0 1 2 3 4

19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

0 1 2 3 4

20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

0 1 2 3 4

21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

0 1 2 3 4

Para esta pregunta global utilice las respuestas que se describen:

22. ¿Que grado de carga experimenta por el hecho de tener que cuidar a su familiar?

1 2 3 4 5

1= nada 2= poco 3 =moderada 4 =mucho 5 =extremada.

Anexo 4. Escala De Depresión Geriátrica (Yesavage)

Sí No

¿Está satisfecho con su vida?

¿Ha abandonado muchas de sus actividades?

¿Nota que su vida está vacía?

¿Se encuentra a menudo aburrido?

¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?

¿Tiene miedo de que algo malo le pase?

- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
- ¿Se siente a menudo abandonado?
- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?
- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que otros?
- ¿Cree que vivir es maravilloso?
- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?
- ¿Se siente lleno de energía?
- ¿Cree que su situación es desesperada?
- ¿Cree que los otros están mejor que usted?

Anexo 5. Encuesta

Datos sociodemográficos

Nombre del cuidador

Dirección

Estado civil: casado — soltero—

Sexo: M— F—

Escolaridad: 1aria— 2daria—PUniv— Univ—

Trabaja — jubilado—

Número de personas que viven con el enfermo en la misma vivienda —

Parentesco que tiene con usted el enfermo. Padres—abuelos—suegros—otros

Preguntas

1-¿Conoce usted qué es la violencia y cuántos tipos existen?

2 Marque con una cruz:

Alguna vez usted a su familiar

Le ha gritado sí— no— a veces—

Ha golpeado.

Zarandeado.

Empujado.

Sujetado.

Encerrado.

Ignorado.

Insultado.

Amenazado.

Niega del habla.

¿Cada cuánto tiempo usted baña a su familiar?

diario— semanal — mensual—

¿Usted chequea a su familiar con el médico? Sí/No

¿Cada cuánto tiempo lo realiza? nunca— mensual— trimestral— anual—

¿Le compra las medicinas? Sí/No

¿Se ocupa de darle alimentación? Sí— No— a veces—

¿Lo ha cambiado de dormitorio o vivienda? Sí—No—

¿Se ha deshecho de objetos o prendas del enfermo? Sí—No—

Anexo 6. Clasificación (National Center on Elder Abuse, NCEA, EE.UU.)

- Abuso físico: Golpear, uso ilegal o innecesario de sujeciones o excesiva medicación.

- Abuso sexual: Contacto sexual sin consentimiento.

- Negligencia: Falta de provisión de las necesidades básicas.

- Físico: Referido a la vestimenta, movilidad, higiene, salubridad, que es demorada o denegada.

- Médico: Referido al tratamiento médico, debido a la edad, coste o reembolso limitado, atribuir a signos de la edad sin diagnóstico específico.

—Emocional: Falta de comunicación efectiva, falta de provisión de estimulación psicológica, exposición a olores y ruidos desagradables.

Anexo 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

-Las demencias constituyen enfermedades crónicas que demandan un considerable esfuerzo por parte de la persona que cuida al enfermo y de la familia en su totalidad.

-Tener conocimientos sobre la enfermedad y habilidades relacionadas con el cuidado de su familiar le permiten realizar este cuidado con mayor efectividad y menor sentimiento de sobrecarga.

-Con el presente estudio pretendemos profundizar en sus conocimientos sobre la enfermedad y las acciones que usted pone en práctica para cuidar a su familiar.

-Usted puede participar en el estudio, si así lo decide y retirarse del mismo en el momento que considere necesario.

Recibido: 15 de septiembre de 2011

Aprobado: 15 de mayo de 2012