

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez
Residencia de Geriatría

MALTRADO EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE
GERIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA,
SAN CRISTÓBAL. AGOSTO-OCTUBRE, 2013.

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

GERIATRÍA



UNPHU
Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña

Sustentante:

Dra. Evelyn Ulloa Olivares

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dra. Rose Nina
(Clínica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2014

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción...	8
I.1. Antecedentes.	9
I.2. Justificación.	10
II. Planteamiento del Problema.	12
III. Objetivos.	13
III.1. General.	13
III.2. Específicos.	13
IV. Marco Teórico.	14
IV.1. Maltrato.	14
IV.2. Historia.	14
IV.2.1. Definiciones.	18
IV.3. Causas	20
IV.4. Clasificación del Maltrato.	28
IV.4.1 Abuso físico.	28
IV.4.2. Abuso psicológico o verbal.	28
IV.4.3. Abuso sexual.	28
IV.4.4. Abuso financiero.	29
IV.4.5. Negligencia física.	29
IV.5. Epidemiología.	29
V. Hipótesis.	32
VI. Operacionalización de las variables.	33
VII. Material y método.	34
VII.1. Tipo de estudio	34
VII.2. Área de estudio.	34
VII.3. Universo.	35
VII.4. Muestra.	35
VII.5. Criterio.	35
VII.5.1. Criterios de inclusión.	35

VII.5.2. Criterio de exclusión.	35
VII.6. Instrumento de recolección de los datos.	35
VII.7. Procedimientos.	36
VII.8. Tabulación.	36
VII.9. Análisis.	36
VII.10. Aspectos éticos.	36
VIII. Resultados.	37
IX. Discusión.	48
X. Conclusiones.	50
XI. Recomendaciones.	52
XII. Referencias.	53
XIII. Anexos.	55
XIII.1. Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente.	55
XII.2. Cronograma.	82
XII.3. Instrumento de recolección de datos.	83
XIII.4. Consentimiento informado.	84
XII.5. Costos y recursos.	85
XII.6. Evaluación.	86

AGRADECIMIENTOS

Dr. Martin Medrano

Infinitas gracias por ser mi maestro, siempre entregado a la enseñanza brindando sus conocimientos y por inspirarme para dar siempre lo mejor.

Dra. Rose Emily Nina

Gracias por todo el apoyo, entrega y confianza que deposito en mí. Con usted sé que tengo más que una maestra una amiga. Muchas gracias!!!!

Dr. Rubén Darío Pimentel

Muchas gracias por su paciencia y dedicación en la realización de este trabajo.

A todos los pacientes geriátricos que cooperaron con el estudio.

Gracias por su cooperación, espero que mediante este trabajo se tomen medidas para brindarles y asegurarles una vejez digna como todos la merecen.

Gracias a mis profesores y compañeras de residencia

Por su apoyo y amistad durante esos años de ardua labor y aprendizaje.

A todos mis amigos, amigas, compadres y comadres.

Que me han brindado su amistad sincera e incondicional, por soportar mis quejas y llantos, gracias por ser participes en cada momento de mi vida.

DEDICATORIA

A Nuestro Padre Supremo: Dios

Siempre me acompañas e iluminas los caminos aun sean tortuosos y oscuros, gracias por brindarme la mejor familia del mundo, dejarme ser lo que soy y permitirme alcanzar esta meta.

A Don Héctor y Dña. Nina (mis padres)

No existen palabras que describan el orgullo y gratitud que es tenerlos en mi vida, me han guiado y formado con amor, humildad y paciencia para llevarme hasta donde estoy, son el pilar de mi vida. Los quiero infinitamente!!!!

A Ivette (mi hermana)

Mil gracias por soportarme y por tu apoyo incondicional siempre.

Héctor Manuel

Eres el mayor regalo que Dios me ha dado, gracias mi amor por ser un excelente hijo, amoroso, inteligente y comprensivo; eres quien me dio las fuerzas para continuar cada día aun cuando en ocasiones quería renunciar. Este trabajo te lo dedico como el fruto de nuestro sacrificio. Te amo!!!!!!

A mis abuelitos: Waldemaro, Elvira y Gloria,

Siempre me consintieron, me apoyaron en todo y me transmitieron sus conocimientos, estarían muy orgullosos de su nieta, estoy más que agradecida de haberlos tenido en mi vida. Siempre estarán en mi corazón.

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio de tipo prospectivo, descriptivo de corte transversal, desde el mes de agosto hasta octubre del mismo año cuya finalidad fue determinar la frecuencia de maltrato que reciben los pacientes que asisten a la consulta de Geriatria del Hospital Regional Juan Pablo Pina en la Provincia San Cristóbal. En nuestro país es un tema poco estudiado y del cual no se cuentan con estadísticas que lo categoricen, esperamos que los resultados de este trabajo motive a muchos con el fin de iniciar fuertes campañas de educación a la población brindándole a nuestros adultos mayores protección y seguridad para que disfruten de una vejez digna. De un total de 469 pacientes encuestados solo 73 (15.56%) confesaron haber sido maltratados y 396 (84.4%) no confesaron haber sido maltratados. De la muestra de 73, el 43 (58.9%) fueron víctimas de más de un tipo de maltrato y 30 (41.1%) fueron víctimas de un solo tipo de maltrato. El 54.7 por ciento de los pacientes que pertenecían al sexo femenino tenían edades entre 70-79 años. El 40.0 por ciento de los pacientes que pertenecían al sexo masculino tenían edades entre 80-89 años. El 24.6 por ciento de los pacientes tenían estado civil en unión libre. El 61.6 por ciento de los pacientes eran analfabetos. El 52.1 por ciento de los pacientes residían en área rural. El 52.1 por ciento de los pacientes vivían con familiares. El 23.6 por ciento de los pacientes con maltrato psicológicos o verbal por cónyuges eran por mandar a callar. El 18.8 por ciento de los pacientes con maltrato psicológicos o verbal por familiares eran las ofensas. El 21.7 por ciento de los pacientes con maltrato psicológicos o verbal por vecinos eran las ofensas, insultos y la humillación respectivamente. El 40.0 por ciento de los pacientes con maltratados físicos por sus cónyuges eran por golpes. El 13.3 por ciento de los pacientes con maltratados físicos por cónyuges eran por golpes y empujones. El 6.7 por ciento de los pacientes con maltratados físicos por vecinos eran por golpes. El 29.7 por ciento de los pacientes con negligencia por familiares eran por uso inapropiado de fármacos. De los pacientes que reportaron negligencia por parte de sus cónyuges fue de tipo de abandono el 33.0 por ciento. El 25 por ciento de los pacientes con abuso financiero por cónyuges eran por uso de dinero sin autorización. El 50.0 por ciento de los pacientes con abuso financiero por familiares eran por uso de dinero sin autorización.

Palabras claves: maltrato, consulta, geriatría, frecuencia.

ABSTRACT

It was made a prospective, descriptive and transversal study, from August to October 2013 determining the frequency of abuse on patients attending the Geriatric consultation of the Regional Hospital Juan Pablo Pina at the Province of San Cristóbal. Our country does not have statistics categorized properly and the topic is not well studied, we hope that the results of this work will motivate many in order to start strong campaign to educate the population giving our seniors safety and security to enjoy a dignified old age. From a total of 469 respondents only 73 patients (15.56 %) confessed to have been abused. Of the sample of 73, 43 (58.9%) were victims of more than one type of abuse and 30 (41.1%) were victims of only one type of abuse. 54.7 percent of patients were female between 70-79 years .The 40.0 percent of patients were male between 80-89 years, 24.6 percent of the patients had been in free civil union, 61.6 percent of patients were illiterate, 52.1 percent of patients residing in rural areas, 52.1 percent of patients living with relatives, 23.6 percent of patients with psychological or verbal abused by spouses were treatment of silent, 18.8 percent of patients with psychological or verbal were abused by family offenses, 21.7 percent of patients with psychological or verbal abused by neighbors were offenses , insults and humiliation. The 40.0 percent of patients with physical abused by their spouses were punches, 13.3 percent of patients physically abused by spouses were punches and pushing's, 6.7 percent of patients with physical abused by neighbors were punches, 29.7 percent of patients with neglect by relatives were inappropriate use of drugs. Of the patients who reported neglect by their spouses rate was 33.0 percent, 25 percent of patients with financial abuse by spouses were using money without authorization. The 50.0 percent of patients with financial abuse by relatives were by using money without authorization.

Key words: abuse, consultation, geriatrics, frequently.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo y es a partir de la década de los 70, del Siglo XX, cuando se observa una tendencia de crecimiento continuo de la población de 60 años y más de edad, conocida en términos demográficos como «envejecimiento de la población» de la «tercera edad» debido a la prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer.¹

El fenómeno del envejecimiento de la población es muy heterogéneo, pues se combinan varios factores que hacen que la vejez se alcance en muy diversas condiciones, pues dependiendo de criterios como la salud, la capacidad económica, de las redes afectivas como las de parentesco, la viudez, el estatus social, el apoyo de servicios médicos y sociales, el servicio de pensiones, la capacidad productiva, etc. permiten al anciano una mayor o menor dependencia de terceros para poder sobrevivir en condiciones generalmente desventajosas.¹

El adulto mayor es una víctima fácil y frecuente de maltrato y de la violencia. Las cifras más aceptadas de la bibliografía mundial indican una prevalencia global entre el tres por ciento y el 12 por ciento de la población mayor de 70 años, frágil, dependiente física o psicológicamente, con múltiples necesidades de atención en la salud, con deterioro cognoscitivo, aislamiento social, pobreza y otras eventualidades que generan estrés. El maltrato puede ocurrir en cualquier situación y cometerse por cualquier persona de confianza, o familiares que sostienen una relación significativa, intensa y frecuente con la víctima, o bien, en las instituciones de atención a la vejez, en donde el personal mal capacitado, mal pagado, sin supervisión y con sobrecarga de trabajo puede realizarlo consciente o inconscientemente.

Maltrato, negligencia, abuso y victimización pueden ser de varios tipos, desde actos espontáneos e «inocentes» o extremos (abandono o amenaza de muerte), hasta el abuso sistemático y premeditado.

Se incluyen actos de comisión (maltrato) y omisión (descuido, negligencia) intencionales o involuntarios, muchos de ellos por ignorancia o por falta de conocimiento sobre el proceso de envejecimiento. Pero también por pereza o con crueldad deliberada.

Generalmente la práctica del maltrato al anciano permanece oculta justamente por su carácter de agresión, otras veces, es tratado como tema tabú ya que es considerado del ámbito familiar, vedado toda vez que está referido a los abuelos, de quienes descendemos y teóricamente queremos, respetamos, obedecemos y son dignos de nuestra protección, soporte y consideración. Algunas veces más, tal práctica -del maltrato- pasa desapercibida toda vez que es considerada «normal» o «natural» la vulnerabilidad del sujeto que ha perdido una serie de capacidades para desenvolverse en un mundo dominado básicamente por población joven y adulta, que a veces ni siquiera se plantea la posibilidad de alcanzar alguna vez edades avanzadas.

El viejo o anciano está más propenso a ser víctima de cualquier tipo de maltrato cuando estructuralmente se conjugan soledad, pobreza y enfermedad, que significan prácticamente la ruina en su calidad de vida.¹

I.1. Antecedentes

El envejecimiento de la población se ha asociado frecuentemente con los países más desarrollados de Europa y América del Norte, en los cuales una quinta parte de la población tiene más de 60 años de edad. Sin embargo, este proceso también ha ocurrido y está ocurriendo en los países menos industrializados como el nuestro.¹

De acuerdo a estudios del Servicio Nacional para el Adulto Mayor, en América Latina la tendencia que se está produciendo hacia el envejecimiento de la población es generalizada y se encuentra reflejada entre otros aspectos en una disminución de la mortalidad y fecundidad. Con respecto a esto, es posible señalar que entre 1950 y el 2002, la esperanza de vida al nacer aumentó de 52 años de edad a 70 años de edad, la fecundidad descendió de un seis a dos punto siete hijos por mujer y la tasa media anual de crecimiento poblacional se redujo de dos punto siete por ciento a un uno punto cinco por ciento. Entre el año 1950 y el año 2000 el porcentaje de Adultos Mayores en la región aumentó de un seis por ciento a ocho por ciento y las personas menores de 15 años de edad disminuyeron de un cuatro por ciento a un 32 por ciento.¹

La población adulta mayor seguirá aumentando su peso socio demográfico hasta alcanzar las cifras de 25 a 30 por ciento de la población general en el 2050. Esto es verdaderamente alarmante si tenemos en cuenta que muchos países, como la Argentina, no están preparados para enfrentar una realidad de esta magnitud, que afectará en lo económico, político y social a las sociedades. Se trata de una transformación con consecuencias de todo tipo, entre ellas, el replanteamiento de nuestra actual forma de organización social, construida en torno a una población joven.¹⁶

Documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para el año 2000 unos 600 millones de personas presentaron edad mayor de 60 años y 60 millones estaban en los 80 años de edad.²

La República Dominicana no escapa de este contexto de crecimiento de los viejos. Según datos oficiales de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), la esperanza de vida al nacer en el 1990 se encontraba en la edad de 66 años como promedio, donde para los hombres es de 63 años y para las mujeres es de 68 años. En el año 2000 el promedio era de 69 años de edad en ambos sexos. Esta población ocupa el seis por ciento de la población total en la República Dominicana.³

Según el Plan Decenal de salud 2006-2015 del Ministerio de Salud Pública (MSP) establece que: Aunque el porcentaje de población menor de 15 años se ha reducido progresivamente y el de quienes tienen 65 años y mas se ha elevado progresivamente, estos grupos de edad para el año 2015 serán 28 por ciento y seis punto uno por ciento del total de población respectivamente, el más importante crecimiento de habitantes ocurrirá en el grupo de 15 a 64 años, es decir en la población económicamente activa, particularmente entre la población joven.⁴

I.2. Justificación

Vivimos en un país que avanza aceleradamente hacia el crecimiento del envejecimiento poblacional y es de preocupación mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayores.

La violencia, el abuso y el maltrato son todos sinónimos, siendo en particular un fenómeno oculto y en ascenso progresivo, con repercusiones directas en la salud

física y mental de las víctimas. Nina, *et al* en el año 1994 realizaron una investigación la cual reflejaba la situación de maltrato que vivían los ancianos en ese momento en la ciudad de Santo Domingo, y luego en el año 2002 realizaron un estudio comparativo arrojando datos alarmantes sobre el incremento del maltrato en especial hacia el sexo femenino siendo más frecuente el abuso verbal o psicológico propiciado por la pareja o familiares.

Inspirado en lo señalado anteriormente me motivo en realizar este estudio debido a la poca investigación en este campo y sobre todo que no contamos con información ni documentación sobre lo que acontece en la región sur del país específicamente la Provincia de San Cristóbal y sus periferias respecto al tema.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de adultos mayores resulta en particular susceptible al maltrato a causa de situaciones propias de su condición como grupo vulnerable. Es un grupo que se considera ignorado, marginado y hasta rechazado por los más jóvenes sin que se tome en cuenta que muchos aun conservan sus capacidades.

En nuestro país aun no contamos con organismos rectores y reguladores efectivos que se encarguen de hacer cumplir la Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente donde se establece: «como objetivo sentar las bases institucionales y establecer los procedimientos que permitan la protección integral de la persona envejeciente; donde la familia, la comunidad, la sociedad en general y el Estado tienen el deber de garantizar, con absoluta prioridad y efectividad, la protección de los derechos relativos a la vida, la salud, la alimentación, la recreación, la cultura, el respeto de su dignidad, libertad, y convivencia familiar y comunitaria. Las personas envejecientes no pueden ser perjudicadas en sus derechos fundamentales por negligencia, explotación, violencia, ni podrán ser castigadas o víctimas de cualquier atentado, sea por acción u omisión.» (Ver anexo XIII.1. Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente).

Aun contando con dicha Ley vemos a diario su incumplimiento ante la indiferencia y poco interés de hacerla cumplir, estando en muchos casos nuestros adultos mayores indefensos luego de haber aportado todos sus esfuerzos y dedicación en el ámbito social y familiar; y es en esta etapa de sus vidas de mayor vulnerabilidad donde no reciben ni los mínimos recursos básicos y seguridad para disfrutar de una vejez digna, siendo muchos víctimas de maltrato físico, verbal, financiero, sexual y de negligencia por parte de familiares, cónyuge y vecinos como revela en estudio. Tratando de ampliar la base de datos en el tema con fines de que se le preste atención nos motivamos a la realización del estudio en esta región del país, con la interrogante: ¿Cuál es la frecuencia de maltrato en los pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar la frecuencia de maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013

III.2. Específicos

Determinar la frecuencia de maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina, según:

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Escolaridad
5. Área de residencia
6. Con quien vive
7. Tipos de maltrato
8. Quien o quienes realizan el maltrato

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Maltrato

IV.2. Historia

El envejecimiento es un fenómeno multigeneracional que plantea retos fundamentales a los sistemas de protección social integral y a las políticas de empleo en los países se puede apreciar que, si bien por una parte aumentan las oportunidades para que cada vez más individuos lleguen a vivir mayor cantidad de años, por otro, la calidad de vida empeora a medida que se envejece. Un claro ejemplo es la pobreza, la marginación social y la violencia que viven algunos adultos mayores al interior de sus familias.³

Actualmente, vivimos en una sociedad donde impera la violencia, con diferentes manifestaciones, producto de la crisis económica, política y social, que trata duramente a amplios sectores sociales, particularmente a los vulnerables y excluidos, entre los que encontramos a los adultos mayores. La violencia en el hogar y el maltrato hacia algunos de sus miembros, siempre ha existido. Sin embargo, se mantiene silenciada, volviéndose aceptada, es por este motivo que la violencia al interior de la familia es un fenómeno que causa gran inquietud en la sociedad.

El tema de la Violencia en la Familia, constituye un problema social que implicó un lento proceso de toma de conciencia, debido a que en un primer momento era considerado un problema del ámbito privado, que solo debía ser solucionado al interior del hogar, y causaba gran vergüenza y culpabilidad sacarlo a la luz pública. Sin embargo, con el paso del tiempo esta situación ha ido cambiando, ya que la violencia en la familia no es problema de unos pocos.

La sensibilización inicial frente al tema se abordó desde el ámbito de la mujer golpeada o maltratada a raíz del accionar de las organizaciones feministas que promovían la igualdad de derechos entre la mujer y el hombre y posteriormente, se comenzó a tratar el tema de la violencia infantil y luego se incorporó a otros sujetos del núcleo familiar.²

Los Derechos Humanos de las personas mayores han sido seriamente descuidados tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, al igual que dentro de los debates y documentos de las Naciones Unidas aun impartiendo

asambleas mundiales y declaración de los derechos de los envejecientes, como lo establecen las siguientes Reseñas históricas, existen evidencias de que las personas mayores experimentan muchas formas de abuso como son el maltrato psicológico o verbal, económico, físico, sexual y otros.⁵

➤ Reseñas históricas:

1948: La Asamblea General de las Naciones Unidas realiza la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

1982: 1ª Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Aprobación de los derechos humanos de los ancianos. (Viena).

1997: Se crea la Liga Internacional para la prevención del abuso al adulto mayor. (INPEA).

1990: 14 de diciembre la Asamblea General de las Naciones Unidas designó el 1º de octubre como Día Internacional de las Personas de Edad.

2002: 2ª Asamblea Mundial reconoce el maltrato en las personas adultas mayores. (Madrid).

2002: Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a personas mayores. (Canadá).

2003-2006: Comunidades de todo el mundo comienzan a planificar sus actividades para crear conciencia sobre el abuso y la negligencia de los adultos mayores.

2006: 15 de junio se celebra el Primer Día Mundial para la toma de conciencia del abuso en los ancianos (New York).

2011: Alianza Global por los derechos de los adultos mayores.

2012: Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina, el Caribe y Costa Rica.¹⁵

Aunque no hay una definición ampliamente aceptada sobre el abuso en el adulto mayor, o también llamado maltrato puede ser definido como una «situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador». Su exacta frecuencia es desconocida, en parte porque no hay una

definición del término común para todos, estimándose que es un dos a un cinco por ciento, pero probablemente esta cifra esté subestimada y en la medida que aumentan los estudios y registros al respecto ésta cifra sea por lo menos doblada en su frecuencia.

Si bien los ancianos han sido venerados y respetados como personas por su vasta experiencia y sabiduría, el abuso contra los mismos se remonta al siglo XI antes de nuestra era, en la Mesopotamia y en algunas tribus del África del Sur y del Centro, eran sacrificados cuando arribaban a ese período de la vida.¹⁶

El abuso hacia los ancianos ocurre desde hace siglos, recién en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Por lo mismo ya no se puede aceptar que este es un tema sea aún desconocido por los miembros del equipo de salud y público en general. Adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan. Las primeras publicaciones al respecto en el ámbito médico aparecieron en el año 1975 cuando se describió en UK el síndrome del «samarreo del anciano» o «Granny Battering», demostrándose además que era un problema substancial. La inicial incredulidad respecto a los reportes sobre abusos en el adulto mayor fueron posteriormente reemplazados por un creciente interés sobre 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 y en todos los estados cuando tiene lugar dentro de instituciones.¹⁴

Este tema ha ido tomando importancia en distintos países del mundo, ya en 1986 se realizaron las primeras reuniones multidisciplinarias en Israel donde se trabajó en torno al estrés, conflictos y abusos en el adulto mayor.

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

suelen ser personas conocidas o personas que están en contacto continuo con el individuo dependiente también pueden ser los miembros de la familia que se han convertidos en cuidadores o los llamados cuidadores profesionales, el abuso por parte de un cuidador puede estar alimentado por una psicopatología previa (una necesidad patológica del perpetrador de controlar a otro ser humano), una violencia transgeneracional, una dependencia también participan otros factores como el estrés, la ignorancia del buen cuidado, la frustración, la desesperación o la incapacidad de proporcionar cuidados apropiados; esto afecta a personas de todos los grupos socioeconómicos, las personas afectadas desarrollan con frecuencia sentimientos insuperables de miedo, aislamiento e ira entre otros el estrés de cuidar a una persona se considera el gatillo y no la causa del abuso.

En general no hay una causa única sino que son numerosas, complejas e interactúan entre ellas, muchas veces existe una situación mutuamente abusiva previa y por largo tiempo.

Son escasos los reportes espontáneos al equipo de salud, servicios policiales u otros, lo que dificulta aún más su pesquisa y posibles soluciones.

En muchos países no existe una legislación específica sobre abuso o maltrato en el adulto mayor y prácticamente no se conocen registros, ni estimaciones de la dimensión de este problema, muchas veces esta información no llega al Servicio Médico Legal, ya que para ello debe existir de por medio una denuncia, pero sí deben conocer casos de maltrato, abuso o negligencia que muchas veces llegan a los servicios de urgencia de los hospitales, y es ahí donde los clínicos deben sospechar este tipo de acciones a través de los diagnósticos de presentación más comunes que ocurren en los pacientes geriátricos.¹⁴

➤ Ocultación por parte del maltratador

No detección por profesionales: falta de información y dudas de actuación. Alrededor del 80 por ciento de las situaciones de maltrato detectadas se producen en mujeres, en más del 50 por ciento de los casos los malos tratos son infligidos por los hijos.

El maltrato más prevalente es la negligencia física, seguida de maltrato psicológico, el abuso económico y el abuso físico. La existencia de un tipo de maltrato no excluye la presencia de otro, ya que con frecuencia se da más de un tipo de maltrato en la misma persona. Según algunos estudios, el 70 por ciento de las víctimas sufre más de un tipo de maltrato.

IV.2.1. Definiciones

✓ Maltrato, violencia o abuso

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones.

Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca también las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorio, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.¹⁰

✓ Maltrato, violencia o abuso en la vejez

Aunque no hay una definición ampliamente aceptada sobre abuso o maltrato en el adulto mayor, éste puede ser definido 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».⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Toronto (2002) «Para la prevención global del maltrato de las personas mayores», define ese maltrato 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. En ese sentido la violencia se

configura como un abuso de poder, de violación de los derechos fundamentales de las personas, expresión de la intolerancia y de estereotipos que justifican la inequidad.¹¹

✓ Maltrato institucional

Un tipo especial de maltrato en el anciano es aquel que se produce en el ámbito institucional, ya sea hospitales, centros sociosanitarios o residencias. El maltrato institucional puede producirse por dos mecanismos:

1. Consciente o intencionado (abuso):

Maltrato fácil de detectar.

Detectado por personas en contacto con el anciano: familia, profesionales.

Con frecuencia son abusos físicos.

2. Inconsciente o no intencionado (trato inadecuado):

Difícil de detectar, ya que con frecuencia se consideran actitudes normales.

Relacionados con la atención y cuidados.

Con frecuencia son malos tratos psicológicos.

La persona responsable del abuso puede ser un familiar, amigo, otros residentes, los profesionales y la propia institución debido a malas instalaciones, masificación y barreras arquitectónicas. Los tipos de maltratos que pueden darse son los mismos que en ancianos que están en la comunidad. Varios términos son utilizados en la literatura para describir situaciones insatisfactorias hacia el buen cuidado de los ancianos: pobre calidad de cuidado, maltrato, negligencia, abuso y victimización. Estos términos, son usados a veces en forma similar y algunas veces como fenómenos diferentes. Desde el punto de vista de salud, generalmente se habla de «pobre calidad de cuidado» que es definida como una mezcla de fallas en las técnicas de cuidado y del arte de cuidar. Las dimensiones técnicas del buen cuidado se relacionan al uso de instrumentos diagnósticos y terapéuticos correctos. El arte de cuidar se refiere a la atmósfera de cuidado y a la comunicación entre el cuidador y el receptor. La calidad del cuidado puede ser medida por indicadores directos de calidad como equipamiento apropiado, extensión o aumento de personal entrenado. También esta calidad de cuidado puede ser medido con relación a estándares

previamente establecidos, como son la limpieza personal, higiene oral, resolución de problemas visuales con el uso de anteojos. Es básico comprender que el buen cuidado, es la realización de todo lo que un anciano necesita dentro de su hogar o de una institución.¹⁴

IV.3. Causas

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Sin embargo, también es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Entre un 15-40 por ciento de los ancianos de 70 años carecen de enfermedades objetivables; por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad.¹⁴

La población mayor de 65 años no es una población homogénea; es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Así, en la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de ancianos. Los términos empleados para definir estos perfiles suelen estar mal definidos, y con frecuencia son utilizados en el lenguaje diario de forma inapropiada. A continuación se exponen las definiciones que de forma aproximada han adquirido un mayor nivel de consenso en nuestro entorno.

1. Anciano sano:

Se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

2. Anciano enfermo:

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

3. Anciano frágil:

Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar.

En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad.

4. Paciente geriátrico:

Es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad.¹⁴

En el contexto de los malos tratos a los mayores, como se menciona anteriormente la vulnerabilidad surge sobre todo de afecciones relacionadas con la edad, como la fragilidad física y mental, la discapacidad e incapacidad, pero también factores socioeconómicos: ingresos, riqueza, procedencia étnica y aislamiento social.

Los residentes mayores de centros sociosanitarios o de cualquier institución que les proporcione servicios sanitarios y sociales personales pueden considerarse vulnerables por el hecho de vivir allí. Hay más probabilidades de que los

profesionales de los servicios tengan contacto con personas mayores vulnerables, que debido a sus trastornos físicos y/o mentales son menos capaces de protegerse a sí mismos. Esto puede ser importante en relación a la explotación económica.

1. Factores de riesgo y perfiles:

Se han identificado algunas situaciones que incrementan el riesgo de que se produzca un maltrato.

2. Factores de riesgo del anciano:

- Deterioro físico, mental o emocional que le produce una dependencia.
- Aislamiento social.
- Cohabitación con el agresor.
- Deterioro rápido que no permite organizarse a la familia.
- Historia previa de violencia familiar.

3. Factores de riesgo del cuidador responsable del maltrato:

- Cuidadores agotados, con un promedio de cinco años cuidando al anciano.
- Cuidador único sin ayudas familiares ni oficiales.

4. Cuidador poco preparado y con problemas personales:

- Laborales, de pareja.
- Problemas psíquicos en el cuidador.
- Cuidador con adicción a drogas, alcohol.
- Cuidador con dependencia económica del anciano.
- Mala relación previa entre el cuidador y el anciano.

5. Factores de riesgo del entorno:

- Falta de respuesta a las demandas realizadas.
- Falta de soporte tanto familiar como institucional.
- Falta de espacio en la vivienda.
- Dificultades económicas.

6. Indicadores que sugieren maltrato.

Existen ciertos datos de la historia clínica, exploración física y relación con el anciano y/o cuidador que deben hacernos sospechar que nos hallamos ante una posible situación de maltrato.

- Datos de la historia clínica.

- Retraso inexplicado en la búsqueda de tratamiento.
- No asistencia a varias citas médicas.
- Lesiones previas no explicadas.
- Explicaciones de lesiones previas inconsistentes en la exploración.
- Constatación de la existencia de lesiones similares en otras ocasiones.

7. Observaciones sobre la actitud:

- El anciano parece temeroso de algún miembro de la familia o parece reacio a contestar cuando se le pregunta.
- El anciano y un miembro de la familia dan explicaciones diferentes de un incidente.
- Un miembro de la familia tiene una actitud indiferente o está enfadado con el anciano y es reacio a proporcionarle la asistencia necesaria.
- Llegada a urgencias sin el cuidador principal.
- Falta de cooperación del cuidador.
- Un miembro de la familia está excesivamente preocupado por el coste de la asistencia médica.
- Un miembro de la familia busca evitar que el anciano hable en privado con los profesionales sanitarios.

8. Indicadores de negligencia:

- Malnutrición o deshidratación no explicable por patología orgánica.
- Boca séptica.
- Ropa inadecuada para la época del año o sucia, mala higiene corporal.
- Gafas rotas o falta de las mismas cuando son necesarias, falta de audifono o prótesis dentales.
- Caídas de repetición (no explicables por la condición física del paciente).
- Hipotermia.
- Contracturas articulares por falta de movilidad.
- Úlceras por presión descuidadas.
- Signos de intoxicación medicamentosa o de incumplimiento terapéutico.

- Visitas repetidas a urgencias por exacerbaciones de enfermedades crónicas a pesar de un programa de atención sanitaria y de haber proporcionado los recursos necesarios.
- Retraso entre la aparición de una enfermedad y la búsqueda de ayuda sanitaria.
- Presentación en urgencias de un paciente muy deteriorado sin que aparezca el cuidador.

9. Indicadores de abuso psicológico o verbal:

- Amenazas de castigo, de abandono y/o institucionalización.
- Confusión, depresión, ansiedad.
- Considerar a la víctima no capacitada en su juicio y negarle la capacidad de tomar decisiones.
- Amenazas al anciano para controlar la situación.
- Vigilancia y cautela excesiva por parte del cuidador.
- Negación de relaciones con otras personas.
- Pérdida de la capacidad de tomar decisiones por parte del anciano.
- Censura, acoso o intimidación verbal.
- Infantilización.
- Mínimas conversaciones entre la víctima y el cuidador.
- Actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del cuidador.
- Dejarlo solo durante períodos largos de tiempo.
- No proporcionar información al anciano.

10. Indicadores de abuso financiero:

- Negar al anciano su vivienda.
- Robo o mal uso del dinero.
- Anciano coaccionado para firmar contratos o asignar poderes notariales, compra de bienes o cambio de testamento.
- Transferencia súbita de bienes a miembros de la familia de ancianos ingresados en hospitales en los que había certeza o alto grado de sospecha de maltrato.

- Despreocupación y falta de interés por recibir información sobre el estado de salud del adulto mayor, negativa al alta, número de visitas muy reducido o nulo, pero una gran exigencia al personal sanitario demandando atenciones continuas.
- El paciente recibe unos cuidados subóptimos en domicilio a pesar de tener recursos.
- El anciano parece confuso o desconoce su situación económica.

11. Indicadores de abuso físico y sexual:

- Heridas y contusiones múltiples, en diferentes momentos evolutivos, localizadas en muñecas, hombros, alrededor del abdomen o en cara interna de muslos y brazos.
- Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes.
- Lesiones en la cabeza, cara o cuero cabelludo con arrancamiento de cabello.
- Quemaduras en sitios poco frecuentes.
- Arañazos.
- Enfermedades venéreas o infecciones genitales no explicadas.

12. Situaciones frecuentes en instituciones que pueden considerarse maltrato:

- Trato infantil.
- Humillaciones o insultos que pueden estar medio escondidos.
- Vulneración de los derechos como persona.
- Falta de intimidad.
- Falta de información.
- No contemplación de expectativas.
- Tratamiento no equitativo o discriminación por la edad.
- Restricciones físicas.
- Aislamiento.
- Abuso de la posición de superioridad.

13. Factores de riesgo de la institución:

- Precaria situación laboral de trabajadores.
- Burn-out de los trabajadores.

- Problemas personales de los trabajadores.
- Trastornos mentales, consumo de tóxicos por parte de los trabajadores.
- Falta de profesionalidad y formación del trabajador.
- Escasez de medios: escasez de personal, déficits estructurales.¹¹

A todo esto agreguemos la falta de políticas públicas, recursos sociales y de salud adecuados, pensiones y jubilaciones no acordes a las necesidades de la tercera edad, dificultades en el acceso a servicios, mal ejercicio e incumplimiento de leyes, todos los cuales se traducen en pobreza económica y en todos los aspectos negativos que no permiten el desarrollo personal de las personas mayores.¹⁶

Consecuencias del maltrato en la población anciana

El abuso, produce una variedad de patologías no evidenciables a primera vista. También se puede asociar a varias condiciones muy comunes en los pacientes geriátricos (Ej: inanición, problemas de dinero, lesiones, aislamiento, deshidratación, insomnio), o con la depresión y otros tipos de manifestaciones psiquiátricas. Además hay enfermedades que se ven frecuentemente en los niños, también puede presentarse en la población geriátrica como las quemaduras, fracturas, equimosis, fobias, negligencia higiénica, polifarmacia, incumplimiento de los tratamientos en un paciente dependiente y por el aislamiento social.

Lamentablemente, no siempre es el médico la persona del equipo de salud que está con mayor frecuencia en contacto con este tipo de situaciones, restándole fuerza a una mejor evaluación o control.¹⁴

1. Hipocondría:

Se considera uno de los trastornos somatomorfos más frecuentes en la población anciana, uno de los más comunes en los ancianos y uno de los más frustrantes para sus cuidadores por la intensa demanda de atención que el anciano manifiesta. Los síntomas hipocondriacos se presentan en cerca del 65 por ciento de los ancianos con depresión y poseen una particular relevancia porque constituyen un factor de riesgo para el suicidio.

2. Depresión:

Los trastornos depresivos ocasionan 30 por ciento de la discapacidad por trastornos psiquiátricos en las mujeres. Informaciones del estudio ECA

(Epidemiologic Catchment Area) del National Institute of Mental Health estiman que la prevalencia de la depresión mayor entre personas de 65 o años más es de uno punto cuatro por ciento para mujeres y cero punto cuatro por ciento para varones, con una prevalencia global de uno por ciento. Esta tasa se aproxima a una cuarta parte de la correspondiente a adultos de 18 a 44 años. Sin embargo, la depresión tiene una prevalencia mayor en las poblaciones geriátricas especiales: siete a 36 por ciento. La depresión y la ansiedad son trastornos que a menudo se presentan en situaciones de estrés agudo, como duelos por diferentes causas. Dichas alteraciones se deben sobre todo a la privación crónica de relaciones cálidas y a pérdidas que exceden las reservas de la persona. La depresión mayor, el alcoholismo y el síndrome de estrés postraumático se vinculan con historia de abuso y de violencia familiar. Hallazgos que ponen de relieve que la agresión a la mujer se relaciona de manera directa con la depresión y el suicidio lo corroboran.

3. Suicidio:

Es un hecho que tanto las agresiones directas como el descuido a las necesidades pueden considerarse formas de maltrato familiar al anciano. La forma extrema de este fenómeno se traduce en suicidio. La relación de suicidios en ancianos es de tres a uno varones por mujer. Los varones prefieren el ahorcamiento y las armas de fuego en tanto que las mujeres optan por el envenenamiento.

El suicidio es más frecuente en los ancianos que en cualquier otro grupo poblacional. Ya desde 1989 se observa esta desproporción: la tasa general de suicidio en Estados Unidos fue de 12.2/100.000 habitantes en tanto que entre los ancianos de más de 65 años la población fue de 20.1/100.000. Según Cattell considera algunos factores de riesgo como agravantes del maltrato para el intento de suicidio y el suicidio consumado en la vejez, entre ellos edad avanzada, género masculino, vivir solo, pérdida de un ser querido (en especial, los varones), enfermedades psiquiátricas, depresión, alcoholismo, tentativas anteriores de suicidio, rasgos de personalidad vulnerable, enfermedad física y dolor. De entre todos ellos la depresión es el factor de predicción más importante de suicidio entre los ancianos.

IV.4. Clasificación del Maltrato

Los malos tratos al anciano pueden dividirse en dos grandes grupos:

- a. Abuso
- b. Negligencia o abandono: deficiencia, por parte del cuidador, para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios, en orden a evitar un daño físico, angustia o daño mental.
 - Abandono activo: existe intencionalidad.
 - Abandono pasivo: existe una incapacidad por parte del cuidador para proporcionar los cuidados.

IV.4.1. Abuso físico

Actos de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad. Ejemplos de abuso físico serían: empujar, golpear, abofetear o pellizcar, forzar la alimentación, forzar u obligar a mantener una posición incorrecta, uso inadecuado de sujeciones mecánicas. Causando moratones, fracturas, quemaduras, dientes rotos, esguinces, cortes, pérdida de cabello, sangrado del cuero cabelludo, miedo, ansiedad y depresión.

IV.4.2. Abuso psicológico o verbal

Conducta que provoca angustia mental en el anciano. Ejemplos de abuso psicológico serían: censura, acoso o intimidación verbal, amenazas de abandono o institucionalización, amenazas de castigo, tratar a los ancianos como si fuesen niños (infantilización), aislar al anciano de la familia, amigos o actividades y la falta de intimidad. Causando miedo, depresión, confusión, pérdida del sueño y apetito.

IV.4.3. Abuso sexual

Implicación directa o indirecta en actividad sexual sin consentimiento. Ejemplos sin contacto: mirar, fotografiar, exhibición indecente, acoso, insinuaciones o indirectas graves, pornografía; con contacto: tocar pechos, genitales, ano, boca, masturbación de una o ambas personas; penetración o intento en vagina, ano y/o

boca con o mediante el pene, los dedos u otros objetos. Causando dificultad al caminar o sentarse, moratones, hemorragia, enfermedades venéreas y trauma psicológico.

IV.4.4. Abuso financiero

Mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador. Ejemplos de abuso económico serían: negar al anciano la vivienda, ocultar los bienes materiales, robo de dinero o posesiones, mal uso o abuso del dinero y coartar al anciano a que firme contratos o asigne poderes notariales a alguien, compra de bienes o cambios en el testamento. Causando pérdida del dinero, incapacidad de pago de facturas, deterioro de la salud o del estándar de vida, falta de comodidades, falta de planes sólidos para la gestión financiera, desahucio o avisos de venta de la casa.

IV.4.5. Negligencia física

Incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño. Ejemplos de negligencia física serían: no aplicación de cuidados sanitarios, administración incorrecta de medicación, no administración de comidas e hidratación necesaria, falta de higiene, no proporcionar ayudas físicas, como gafas, audífonos o prótesis dentales, ropa inadecuada y no proporcionar medidas de seguridad. Causando desnutrición, llagas por presión, sobredación; problemas médicos sin tratar, depresión y confusión.¹¹

IV.5. Epidemiología

Prevalencia

Los principales datos sobre incidencia y prevalencia de maltrato en ancianos provienen de estudios británicos y estadounidenses. La prevalencia general de maltrato a mayores de 65 años se sitúa alrededor del cuatro por ciento, con cifras que oscilan entre el tres y 10 por ciento.

Estos datos generales infravaloran el total de maltratados, ya que se calcula que se detecta uno de cada 14 casos de maltrato. Las posibles causas de esta detección tan baja serian:

1. Dificultad por parte de la víctima para denunciarlo.
2. Miedo a represalias o abandono.
3. Falta de conciencia de la gravedad de la situación.
4. Miedo a perder sus hijos.
5. Incapacidad por demencia, entre otros.

En general ocurren distintos tipos de abuso y por diferentes razones, estimándose que sólo uno de cada cinco casos son reportados a las autoridades. En USA según estudios realizados en la Universidad de Hampshire, cada año, alrededor de 1.000.000 de americanos de edad avanzada son lesionados físicamente o que sufre apremio psicológico o abandono por algún miembro de la familia.¹⁴

En Chile los datos de 29 estados del año fiscal 1990 y de 30 estados en el año fiscal de 1991 sugieren que el 20 por ciento de los casos de abusos fueron físicos, mientras que el 45 por ciento fueron por negligencia. En general la víctima fue mayor de 70 años, viuda, con una disminución progresiva de sus capacidades físicas o mentales, aislado socialmente, además, puede presentar problemas de comportamiento y ser dependiente del abusador.

Poco de los sujetos abusados se quejan, estimándose que lo hacen uno de siete de los abusados físicamente y nueve de veintiuno de los abusados verbalmente. Los datos que se disponen permiten concluir que no hay una buena correlación entre los signos externos observados y el abuso físico, no hay asociación entre la cantidad de servicios ofrecidos por la comunidad y los tipos y frecuencia del abuso, no se correlaciona con el estado de demencia del abusado y el abuso del alcohol es otro factor que contribuye muy importantemente.¹⁴

En el mundo actual hay una tendencia creciente a la violencia. En América Latina los países con mayor índice de violencia son en orden descendente: Colombia, Brasil y Panamá, donde se reportan anualmente más de 102 mil casos de extrema violencia, de los cuales un 38,00 por ciento de los maltratados son adultos mayores. En Argentina y Chile este fenómeno se ha venido incrementando desde hace más de

tres décadas; se estima que más de 33.600 adultos mayores sufren algún tipo de violencia dentro del seno familiar.

Alrededor de un ocho por ciento 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 por ciento de los ancianos no sólo son maltratados en sus hogares, sino también en diversas instituciones destinadas a su cuidado y en centros de asistencia socio sanitaria.

Los principales victimarios de los adultos mayores son sus propios hijos adultos con el 44.4 por ciento, los cónyuges 14.6 por ciento, pareja actual (afectivo y/o sexual) nueve punto siete por ciento, u otros familiares (nuera, yerno, etc.) 17 por ciento. Es necesario destacar que las edades de los hijos/as agresores fluctúan entre 26 y 45 años y son en un 68 por ciento varones. En el ámbito familiar el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce contra los adultos mayores es el maltrato psicológico hasta en un 95 por ciento. Siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), humillación y desvalorización (66.3%), amenazas de muerte (40%), y rechazo no están exentos de la violencia física. Las bofetadas, empujones, puntapiés y puñetazos son las formas de agresión más frecuentes. La violencia familiar y sexual tiene como principal víctima a la mujer. 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.¹⁶ De acuerdo con las cifras más recientes en Colombia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entre enero y abril de 2012 se reportaron en el país 2.161 casos de violencia física contra las personas mayores, entre homicidios, lesiones personales, delitos sexuales, hechos de maltrato intrafamiliar y suicidios. Las ciudades que presentaron mayor número de casos de violencia contra las personas mayores fueron: Bogotá con 512; Antioquia con 224; Valle del Cauca con 220; Cundinamarca con 108; Atlántico con 107 y Santander con 104 registros.¹⁶

V. HIPÓTESIS

La frecuencia de maltrato en los pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina, es alta.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Condición en que se encuentra la persona con relación al sexo opuesto.	Soltero, casado, unión libre, divorciado o viudo	Nominal
Escolaridad	Ultimo grado aprobado a nivel de escuela o universidad.	Analfabeto, primario, secundario, técnico y superior	Nominal
Área de residencia	Lugar donde reside la persona al momento de la entrevista	Urbano Rural	Nominal
Con quien vive	Personal o personas con la cual comparte domicilio al momento de la entrevista.	Cónyuge, Familiares y cuidador, solo e institucionalizado	Nominal

VII.3. Universo

El universo está representado por todos los pacientes de 65 o más años de edad que demandan atenciones y servicios durante el periodo Agosto-octubre 2013 en el Hospital Regional Juan Pablo Pina.

VII.4. Muestra

Identificar algún tipo de maltrato entre los pacientes que asisten a la consulta de Geriatria en el Hospital Regional Juan Pablo Pina, Provincia San Cristóbal durante el periodo Agosto-octubre 2013.

VII.5. Criterio

VII.5.1. De inclusión

- Pacientes que acuden al hospital.
- No discriminación de sexo.
- Tener 65 años o más.
- Paciente orientado en las tres esferas psíquicas.
- Cumplir con datos de cualquier tipo de maltrato.

VII.5.2. De exclusión

- No aceptar a participar en la encuesta.
- Barrera del idioma.

VII.6. Instrumento de recolección de los datos

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario que consta de 10 preguntas abiertas y una pregunta cerrada conteniendo datos socio demográficos como son: edad, sexo, estado civil, escolaridad, área donde reside y con quien vive; también los tipos de maltrato como son: psicológico o verbal, físico, sexual, financiero y la negligencia. (Ver anexo XIII.3. Instrumento de recolección de datos)

VII.7. Procedimiento

El presente estudio se realizó mediante encuestas entrevistas hechas por la sustentante en privado a todo paciente que cumpla con los criterios de inclusión mencionados anteriormente, previo conocimiento y aprobación del consentimiento informado con la finalidad de identificar y tipificar los tipos de maltrato y por parte de quien o quienes; con duración de 3 meses a pacientes geriátricos en la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina en la Provincia San Cristóbal.

VII.8. Tabulación

La información fue cuantificada mediante el método electrónico computarizado: Epi-info.

VII.9. Análisis

Los resultados del estudio fueron analizados en frecuencia simple.

VII.10. Aspectos éticos

El siguiente estudio es realizado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki (Finlandia 1964) y a las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas (CIOMS). El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación dicha Universidad, así como también a la Unidad de Enseñanza del Hospital Regional Juan Pablo Pina cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recolección de datos.

El estudio implica el manejo de datos ofrecidos por pacientes en la consulta externa de Geriátrica, los cuales serán manejados con suma cautela y confidencialidad, introducidos en las bases de datos creadas y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada de otros autores será justificada por su respectiva llamada.

VIII. RESULTADOS

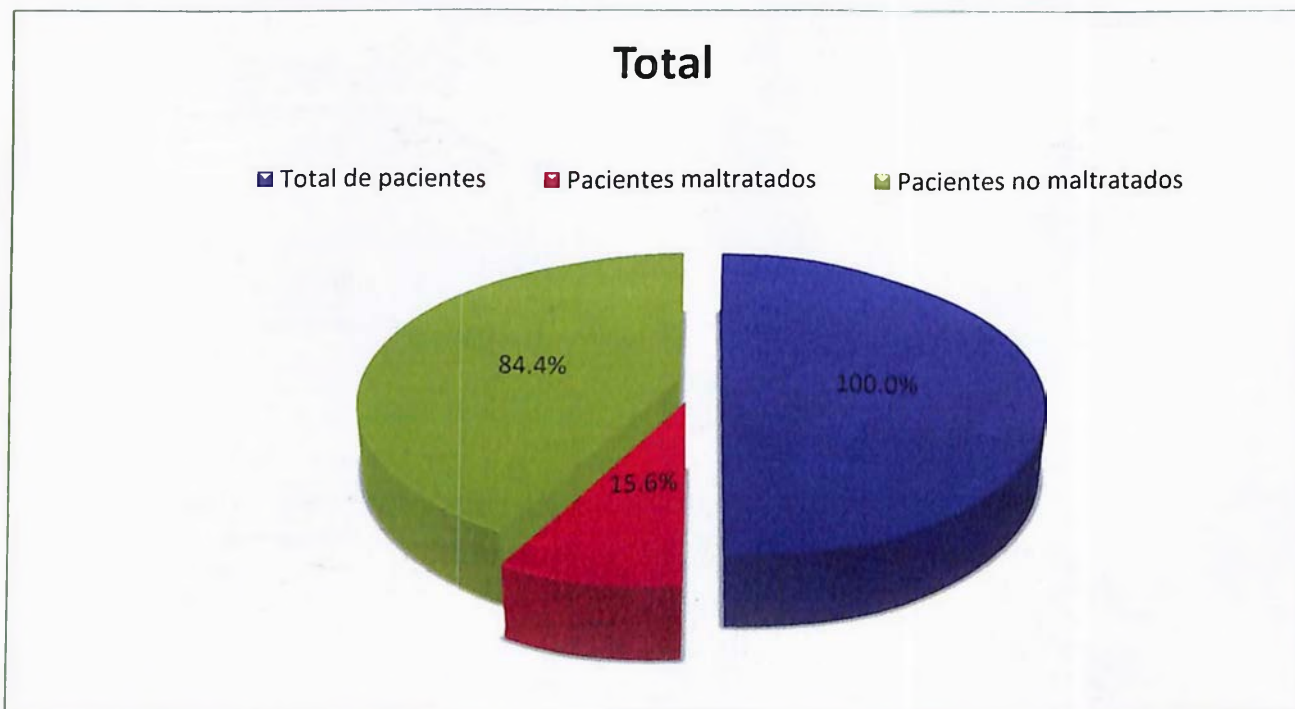
Cuadro 1. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013.

Total	Frecuencia	%
Total de pacientes	469	100.0
Pacientes maltratados	73	15.6
Pacientes no maltratados	396	84.4
Víctimas de más de un tipo de maltrato	43	58.9
Víctimas de un tipo de maltrato	30	41.1

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

De un total de 469 pacientes encuestados solo 73 (15.56%) confesaron haber sido maltratados y 396 (84.4%) no confesaron haber sido maltratados. De la muestra de 73, el 43 (58.9%) fueron víctimas de más de un tipo de maltrato y 30 (41.1%) fueron víctimas de un solo tipo de maltrato.

Gráfico 1. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013.



Fuente: Archivo cuadro 1.

Gráfico 1. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013.



Fuente: Archivo cuadro 1.

Cuadro 2. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto- octubre 2013. Según edad y sexo.

Edad y Sexo						
Edad (Años)	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
65-69	14	26.4	3	15.0	17	23.3
70-79	29	54.7	7	35.0	36	49.3
80-89	9	17.0	8	40.0	17	23.3
90-99	1	1.9	2	10.0	3	4.1
Total	53	100.0	20	100.0	73	100.0

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 54.7 por ciento de los pacientes que pertenecían al sexo femenino tenían edades entre 70-79 años, el 26.4 por ciento entre 65-69 años, el 17.0 por ciento entre 80-89 años y el 1.9 por ciento de 90-99 años.

El 40.0 por ciento de los pacientes que pertenecían al sexo masculino tenían edades entre 80-89 años, el 35.0 por ciento entre 70-79 años, el 15.0 por ciento entre los 65-69 años y el 10.0 por ciento entre 90-99 años.

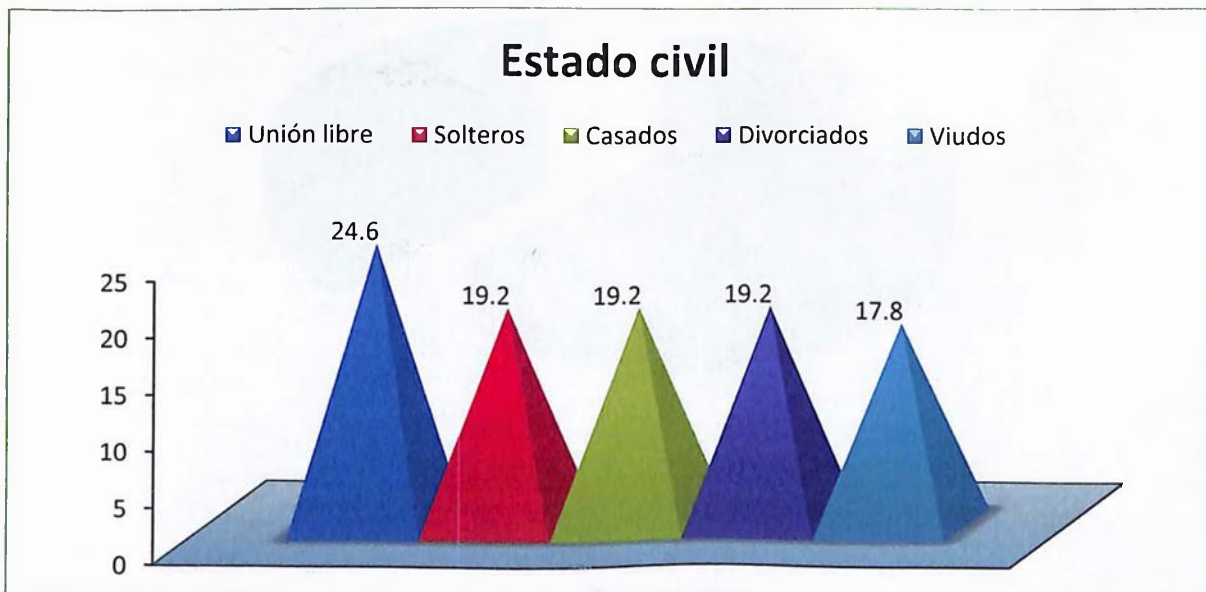
Cuadro 3. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Unión libre	18	24.6
Solteros	14	19.2
Casados	14	19.2
Divorciados	14	19.2
Viudos	13	17.8
Total	73	100.0

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 24.6 por ciento de los pacientes tuvieron como estado civil la unión libre, el 19.2 por ciento eran solteros, casados y divorciados respectivamente y el 17.8 por ciento fueron los viudos.

Cuadro 3. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según estado civil.



Fuente: Archivo cuadro 3.

Cuadro 4. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatria del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Analfabetos	45	61.6
Primaria	28	38.4
Total	73	100.0

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 61.6 por ciento de los pacientes eran analfabetos y el 38.4 por ciento tuvieron un nivel de escolaridad primaria.

Cuadro 4. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatria del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según nivel de escolaridad.



Fuente: Archivo cuadro 4.

Cuadro 5. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según el área de residencia.

Área de residencia	Frecuencia	%
Rural	38	52.1
Urbana	35	47.9
Total	73	100.0

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 52.1 por ciento de los pacientes residían en área rural y el 47.9 por ciento en área urbana.

Cuadro 5. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según área de residencia



Fuente: Archivo cuadro 5.

Cuadro 6. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según con quien vive.

¿Con quién vive?	Frecuencia	%
Familiares	38	52.1
Cónyuges	26	35.6
Sólo	9	12.3
Total	73	100.0

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 52.1 por ciento de los pacientes vivían con familiares, el 35.6 por ciento con cónyuges y el 12.3 por ciento vivían sólo.

Cuadro 6. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriátrica del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según con quien vive.



Fuente: Archivo cuadro 6.

Cuadro 7. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según maltratado psicológico o verbal.

Maltratado psicológico o verbal	Cónyuges	Familiares	Vecinos	Total
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Ofensas	16 (22.2)	21 (18.8)	5 (21.7)	42 (57.5)
Mandar a callar	17 (23.6)	18 (16.1)	2 (8.7)	15 (20.5)
Insultos	12 (16.7)	19 (17.0)	5 (21.7)	36 (49.3)
Humillación	10 (13.9)	17 (15.2)	5 (21.7)	32 (43.8)
Tratamiento de silencio	7 (9.7)	11 (9.8)	4 (17.4)	39 (53.4)
Amenazas	6 (8.3)	7 (6.3)	1 (4.3)	18 (24.7)
Aislamiento	3 (4.2)	14 (12.5)	1 (4.3)	19 (26.0)
Tratarlo como un niño	1 (1.4)	5 (4.5)	0 (0.0)	6 (8.2)

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 23.6 por ciento de los pacientes que recibieron maltrato psicológico o verbal por sus cónyuges fue por mandar a callar, 22.2 por ciento por ofensas, 16.7 por ciento por insultos, 13.9 por ciento por humillación, 9.7 por ciento por tratamiento de silencio, 8.3 por ciento por amenazas, 4.2 por ciento por aislamientos y 1.4 por ciento por tratarlo como a un niño.

El 18.8 por ciento de los pacientes con maltratado psicológico o verbal por sus familiares fueron las ofensas, 17.0 por ciento los insultos, 16.1 por ciento por mandar a callar, 15.2 por ciento por humillación, 12.5 por ciento por aislamiento, 9.8 por ciento por tratamiento de silencio, 6.3 por ciento por amenazas y 4.5 por ciento por tratarlos como a un niño.

El 21.7 por ciento de los pacientes con maltratado psicológico o verbal por sus vecinos fueron las ofensas, insultos y humillación respectivamente, 17.4 por ciento por tratamiento de silencio, 8.7 por ciento por mandar a callar, 4.3 por ciento por aislamiento y tratarlo como un niño.

Cuadro 8. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según Maltratado físico.

Maltratado físico	Cónyuges	Familiares	Vecinos	Total
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Golpes	6 (40.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	9 (60.0)
Empujones	3 (20.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	5 (33.3)
Bofetadas	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.7)

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 40.0 por ciento de los pacientes con maltratado físico por sus cónyuges eran por golpes, 20.0 por ciento por empujones y 6.7 por ciento por bofetada.

El 13.3 por ciento de los pacientes con maltratado físico por sus familiares eran por golpes y empujones.

El 6.7 por ciento de los pacientes con maltratado físico por los vecinos eran por golpes.

Cuadro 9. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatria del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según negligencia

Negligencia	Cónyuges		Familiares		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Abandono	4	33.3	36	21.8	40	22.6
No aportar cuidados básicos	2	16.7	31	18.8	33	18.6
Higiene personal	1	8.3	20	12.1	21	11.9
Seguridad personal	3	25.0	29	17.6	32	18.1
Uso inapropiado de fármacos	2	16.7	49	29.7	51	28.8

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

De los pacientes que reportaron negligencia por parte de sus cónyuges fue de tipo de abandono en 33.0 por ciento, falta de seguridad personal el 25.0 por ciento, no aportar cuidados básicos y el uso inapropiado de fármacos ambos en 16.7 por ciento, e higiene personal un 8.3 por ciento.

El 29.7 por ciento de los pacientes con negligencia por familiares eran por uso inapropiado de fármacos, el 21.8 por ciento por abandono, el 18.8 por ciento por no aportar cuidados básicos, el 17.6 por ciento por inseguridad personal y el 12.1 por ciento por higiene personal.

Cuadro 10. Maltrato en pacientes que asisten a la consulta de Geriatria del Hospital Regional Juan Pablo Pina. Provincia San Cristóbal. Agosto-octubre 2013. Según abuso financiero.

Abuso financiero	Cónyuges		Familiares		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Uso de dinero sin autorización	1	25.0	2	50.0	3	75.0
Falsificación	0	0.0	1	25.0	1	25.0

Fuente: Archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina.

El 25.0 por ciento de los pacientes con abuso financiero por sus cónyuges fue por el uso de dinero sin autorización.

El 50.0 por ciento de los pacientes con abuso financiero por sus familiares fue por el uso de dinero sin autorización y 25.0 por ciento por falsificación.

IX. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación ayudo a determinar la frecuencia de maltrato en los pacientes que acuden a la consulta de Geriatria del Hospital Regional Juan Pablo Pina en la Provincia de San Cristóbal, durante el periodo Agosto-octubre 2013.

En nuestro estudio la edad predominante estuvo entre los 70-79 años siendo el sexo femenino también más afectado en número de 53 (54.7%), el maltrato verbal siendo las ofensas en 42 (57.5%) de los cuales 16 (22.2%) fue por los cónyuges, 21 (18.8%) por los familiares y 5 (21.7%) por los vecinos; la negligencia con el uso inapropiado de fármacos un 51 (28.8%) de los cuales 2 (16.7%) fueron por los cónyuges y 49 (29.7%) por los familiares. Datos que se relacionan con el en un estudio descriptivo del año 2002, donde se investigo el maltrato en la vejez en las tres clases sociales en la Ciudad de Santo Domingo comparándolo con los datos del estudio del 1994; se determinó que la edad predominante fue de 60-69 años en 160, el sexo femenino fue más afectado con 87, las agresiones verbales fueron de 90 seguido por el maltrato físico en 5 y el sexual en 1.⁵

Comparando con otro estudios en Puerto Rico cuyo propósito fue conocer la prevalencia del abuso y maltrato en la población mayor de 60 años de edad en casos identificados de maltrato o negligencia por el Servicio a Adultos del Departamento de la Familia de las regiones de Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Guayama, Humacao, Mayagüez, Ponce y San Juan durante el año 1999 al 2002; se reporto que el grupo de edad entre 70-79 años fue mayor con 27.6 por ciento al igual que en nuestro estudio con 36 (49.3%) de los cuales 29 (54.7%) fueron femeninos y siete (35.0%) masculino, el estado civil predominante fueron los viudos con (31.3%) y en nuestro estudio fue la unión libre con 18 (24.6%); en la escolaridad 11.4 por ciento curso escuela elemental; en nuestro estudio 45 (61.6%) analfabetos; el 52 por ciento vivían con familiares, al igual que en nuestro estudio 38 (52.1%) vivían con sus familiares, el 28.5 por ciento residía en área urbana, en nuestro estudio 38 (52.1%) rural; como maltrato físico se registro la malnutrición como el principal indicador en seis punto nueve por ciento y la falta de atención médica fue cuatro punto uno por ciento, el abuso sexual en uno punto dos por ciento como único indicador se registro la violación, en nuestro estudio los maltratos físicos fueron nueve (60.0%) por golpes,

de los cuales seis (40.0%) fue por los cónyuges, dos (13.3%) por los familiares y el uno (6.7%) por los vecinos, en el estudio de ellos el maltrato emocional o psicológico fue la soledad en cinco punto tres por ciento; en la explotación económica la apropiación ilegal de dinero, cambio de cheques o cupones en un ocho punto uno por ciento; y la negligencia como falta de higiene personal para un 37 por ciento. El perpetrador del maltrato y su relación con el anciano 14.2 por ciento fue un hijo.¹⁹

Otro estudio descriptivo en adultos mayores pertenecientes a un consultorio médico de familia del área de salud «Carlos Juan Finlay», de Santiago de Cuba, durante el 2011, a fin de caracterizar a las personas víctimas de maltrato intrafamiliar, se determinó que 67.7 por ciento fueron maltratados, más frecuente en los de 85 años o más 85 por ciento; las féminas fueron más maltratadas 55.2 por ciento; las modalidades de maltrato más frecuentes: el psicológico 89.6 por ciento y el financiero 87.6 por ciento. En todas las modalidades del maltrato fueron los familiares los victimarios especialmente los hijos que prevalecieron en el psicológico con 49.2 por ciento y el financiero 44.3 por ciento.²⁰

X. CONCLUSIONES

En nuestro país es un tema poco estudiado y del cual no se cuentan con estadísticas que lo categoricen, esperamos que los resultados de este trabajo motive a muchos con el fin de iniciar fuertes campañas de educación a la población brindándole a nuestros adultos mayores protección y seguridad para que disfruten de una vejez digna.

1. De un total de 469 pacientes encuestados solo 73 (15.56%) confesaron haber sido maltratados y 396 (84.4%) no confesaron haber sido maltratados. De la muestra de 73, el 43 (58.9%) fueron víctimas de más de un tipo de maltrato y 30 (41.1%) fueron víctimas de un solo tipo de maltrato.
2. El 54.7 por ciento de los pacientes que pertenecían al sexo femenino tenían edades entre 70-79 años.
3. El 40.0 por ciento de los pacientes que pertenecían al sexo masculino tenían edades entre 80-89 años.
4. El 24.6 por ciento de los pacientes tenían estado civil en unión libre.
5. El 61.6 por ciento de los pacientes eran analfabetos.
6. El 52.1 por ciento de los pacientes residían en área rural.
7. El 52.1 por ciento de los pacientes vivían con familiares.
8. El 23.6 por ciento de los pacientes con maltrato psicológicos o verbal por cónyuges eran por mandar a callar.
9. El 18.8 por ciento de los pacientes con maltrato psicológicos o verbal por familiares eran las ofensas.
10. El 21.7 por ciento de los pacientes con maltrato psicológicos o verbal por vecinos eran las ofensas, insultos y la humillación respectivamente.
11. El 40.0 por ciento de los pacientes con maltratados físicos por sus cónyuges eran por golpes.
12. El 13.3 por ciento de los pacientes con maltratados físicos por cónyuges eran por golpes y empujones.
13. El 6.7 por ciento de los pacientes con maltratados físicos por vecinos eran por golpes.

14. El 29.7 por ciento de los pacientes con negligencia por familiares eran por uso inapropiado de fármacos.
15. De los pacientes que reportaron negligencia por parte de sus cónyuges fue de tipo de abandono el 33.0 por ciento.
16. El 25 por ciento de los pacientes con abuso financiero por cónyuges eran por uso de dinero sin autorización.
17. El 50.0 por ciento de los pacientes con abuso financiero por familiares eran por uso de dinero sin autorización.

XI. RECOMENDACIONES

En nuestro país es visible el maltrato hacia los adultos mayores, lo cual hay que prevenir, para ello hay que anticiparse mediante:

1. Las actividades de prevención deben incluir educación poblacional masiva.
2. Consejos prácticos a los familiares y adultos mayores.
3. Asistencia lo más personal posible
4. Desarrollo de un sistema público de atención social y sanitaria que genere mecanismos de control que detecten este tipo de situaciones intentando prevenirlas y que ofrezcan soluciones.
5. Necesitamos más empeño y disposición por parte de las autoridades para hacer cumplir plenamente la Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente.
6. Programas de educación en las escuelas con fines de concientizar a las nuevas generaciones sobre el respeto y el trato hacia los adultos mayores.
7. La creación de estancias permanentes donde se les proporcionen cuidados y atenciones dignas.
8. Hacer que los adultos mayores tengan conocimiento sobre sus deberes y derechos.

XII. REFERENCIAS

1. Reyes-Gómez L. El Maltrato en los Ancianos/Etnogerontología; Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas (México) 2000.
2. Labra-Fernández H. *et al.*. Representaciones sociales de adultos mayores sobre la violencia intrafamiliar hacia sus pares. Universidad Católica de Temuco (Chile): Editora Cárcamo Gómez, 2004: (2):3-5.
3. Nina R, Rodríguez O, *et al.*, "Maltrato en la vejez dominicana". Rev Cuadernos de trabajo a la Primera Convocatoria de REDFAM 2000; Proyecto Atlantea Puerto Rico, 1:1-2.
4. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social (SESPAS) Santo Domingo, 2006; 25-26.
5. Campos-Vargas DI, *et al.* Maltrato en la vejez dominicana estudio comparativo entre el año 1994-2002 en la Ciudad de Santo Domingo; UNIBE; 2002.
6. Brocklehurst's JC y Tallis RC. Geriátría Brocklehurst's, ed español, Madrid (España): Editorial Marban, 2007; (4): 31.
7. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019, Republica de Colombia: 2007; 13-14.
8. Marín PP y Castro S. Abuso o maltrato en el adulto mayor, Rev Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, 2000: (29):1-2.
9. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.; 2002: 5.
10. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato en las personas mayores, Canadá. Washington, D.C.; 2002: 3.
11. Robles-Raya J, Miralles-Bassedá R, Llorach-Gaspar I, Cervera-Alemany A. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Tratado de Geriátría para residentes, 1 ed, Madrid (España): Editorial IM&C, 2006; 25-33. 133-145.
12. Trujillo Z, Becerra M, Rivas MS. Latinoamérica envejece Visión Gerontológica/Geriátrica. D.F (México): Editorial McGraw Hill. 2008. (1): vol 1: 97-101.

13. Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente 1998, Pub. L. No. 352-98, G.O. 9996 (Agosto 15, 1998).
14. Bautista MS. Prevención y detección del maltrato en el adulto mayor, [publicación en línea]. 21 nov 2012; Se consigue en: URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/AbusoMaltrato.pdf>}.
15. Lic. Silvia Bautista-Martínez. "Coordinadora de Trabajo Social Geriatria INNSZ". Prevención y Detección del Maltrato en el Adulto Mayor. 21 de noviembre 2012.
16. Strejilevich L. 15 de junio: Día Mundial de la toma de conciencia y abuso a la vejez [publicación en línea]. Geronto-Geriatria on line; Se consigue en: URL: <http://www.gerontogeriatria.org/component/content/article/58-noticias/388-15-de-junio-dia-mundial-de-la-toma-de-conciencia-y-abuso-en-la-vejez.html>.
17. Molina-Ortiz. N. Violencia contra personas mayores, una realidad que se puede transformar. [publicación en línea]. Colombia Líder, Noticias; Se consigue en: URL: <http://www.colombialider.org/colombia-lider/violencia-contra-personas-mayores-una-realidad-que-se-puede-transformar/>
18. <http://www.colombialider.org/colombia-lider/violencia-contra-personas-mayores-una-realidad-que-se-puede-transformar/>
19. Sánchez-Salgado CD. Características del abuso y maltrato de personas ancianas en Puerto Rico; 03/01/2007. Puerto Rico Health Sciences Journal Publisher: Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias; Se consigue en: URL: <http://www.biomedsearch.com/article/Caracteristicas-del-abuso-y-maltrato/172012344.html>
20. Griñan-Peralta I, Cremé-Lobaina E, Matos-Lobaina C. Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud: Santiago de Cuba; MEDISAN vol.16: 8; agosto. 2012.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente. G.O. 9996 EL CONGRESO NACIONAL En Nombre de la República.

CONSIDERANDO: Que, de acuerdo al Censo Nacional de Población del año 1993, existían en nuestro país 364,377 personas mayores de sesenta y cinco años y que las proyecciones hacia el año dos mil revelan que ese grupo poblacional alcanzará el medio millón;

CONSIDERANDO: Que no existe un sistema integrado de seguridad social que facilite la atención del envejeciente;

CONSIDERANDO: Que tampoco existe legislación local que proteja a la persona que envejece en nuestro país;

CONSIDERANDO: Que nuestro país es signatario de diversos acuerdos internacionales, dentro de los cuales se incluyen el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, del 1982, de la Resolución 4691 de las Naciones Unidas, donde se crean los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, de la Resolución A147/5, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que declara el año 1999 como Año Internacional de las Personas Mayores, y que fue ratificada por el Parlamento Latinoamericano en su reunión de Sao Paulo en 1996;

CONSIDERANDO: Que es imperiosa la necesidad de eficientizar las estructuras institucionales existentes e involucrar los distintos actores sociales en la respuesta a la problemática del envejeciente; por tales razones, enunciamos como principios generales que la presente ley tiene como objetivo sentar las bases institucionales y establecer los procedimientos que permitan la protección integral de la persona envejeciente. Este es el segmento de la población que requiere mayor atención, por su naturaleza vulnerable, por lo que no puede ser objeto de discriminación alguna en razón de su edad, salud, religión, credo político o razones étnicas. La familia, la comunidad, la sociedad en general y el Estado tienen el deber de garantizar, con absoluta prioridad y efectividad, la protección de los derechos relativos a la vida, la salud, la alimentación, la recreación, la cultura, el respeto de su dignidad, libertad, y convivencia familiar y comunitaria.

Las personas envejecientes no pueden ser perjudicadas en sus derechos fundamentales por negligencia, explotación, violencia, ni podrán ser castigadas o víctimas de cualquier atentado, sea por acción u omisión.

Para la interpretación de esta ley, deberán tomarse en cuenta los objetivos sociales, el grado de vulnerabilidad de las personas que se quieren proteger, las exigencias del bien común y los derechos y deberes individuales y colectivos, haciendo primar el interés de la persona envejeciente.

HA DADO LA SIGUIENTE LEY:

TITULO I

CAPITULO I

CONCEPTO DE PERSONA ENVEJECIENTE

Artículo 1.- Para los efectos de esta ley, se considera persona envejeciente a toda persona mayor de sesenta y cinco años de edad, o de menos, que debido al proceso de envejecimiento, experimente cambios progresivos desde el punto de vista psicológico, biológico, social y material. El segmento de las personas envejecientes estará constituido por todos aquellos individuos que se hallen en las condiciones descritas en esta ley, siendo en su carácter personal, los únicos beneficiarios de la misma. Sin perjuicio de que se consideren beneficiarios quienes por una o varias circunstancias se hallen en la condición de:

- a) Envejeciente con discapacidad: Aquella persona que, a criterio facultativo, haya perdido al menos dos terceras partes de su capacidad para el trabajo, en su actividad habitual u otra compatible con ésta, por alteración de su estado físico o mental.
- b) Viudo(a) desamparado(a): Aquella persona que, debido a la defunción de su cónyuge o compañero(a) haya quedado desamparada económica o afectivamente, de modo que no pueda valerse por sí mismo(a).
- c) Envejeciente incurable: Aquella persona que haya sido médicamente declarada en fase terminal y no posea recursos económicos ni familiares para su supervivencia.
- d) Envejeciente institucionalizado: Aquella persona que asiste a un hogar de ancianos o un centro diurno, entendiéndose por hogar de ancianos, un centro de

atención para aquellos individuos que carezcan de recursos económicos y de familia o que, por situaciones especiales, no puedan permanecer con ella, por lo cual en esos lugares se les brinde atención integral las veinticuatro horas del día. Por centro diurno, se entiende aquella institución que brinde atención integral solamente durante el día.

e) Envejeciente prisionero: Aquella persona que, con motivo de un proceso judicial, se encuentre recluido en un centro del sistema penitenciario nacional.

f) Envejeciente con trastornos mentales: Aquella persona que, estando institucionalizada o no, padezca de alguna enfermedad mental clínicamente diagnosticada.

g) En general, todo aquel senescente que requiera asistencia en las áreas de salud, educación, trabajo, nutrición, cultura, recreación y otras, y que perciba un ingreso igual o inferior al salario mínimo, mediante pensión, o cualquier otra fuente de ingreso.

TITULO II

DERECHOS FUNDAMENTALES

DE LOS DERECHOS DE LA PERSONA ENVEJECIENTE

Artículo 2.- El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, a través de su Dirección Ejecutiva, otorgará un documento especial denominado "carnet de exoneración" a todo envejeciente que se encuentre en cualquiera de las situaciones descritas en el artículo primero de esta ley. Previo a la asignación del carnet que otorgará los beneficios establecidos, la Dirección Ejecutiva, auxiliada por la Subsecretaría de Asistencia Social y el Departamento de Trabajo Social del Instituto Dominicano de Seguros Sociales deberá efectuar un estudio socio económico del solicitante, a fin de determinar si procede su concesión o denegación.

PARRAFO I.- El carnet de exoneración es un documento personal que tendrá validez por cinco (5) años, a partir de la fecha de expedición. Los servicios que de él se obtengan no podrán ser negociados o transferidos por el beneficiario, sin excepción alguna.

PARRAFO II.- En casos muy calificados, a juicio del Consejo Nacional de la

Persona Envejeciente, las instituciones del Estado que cuenten con el personal idóneo para esos efectos, quedarán obligadas a colaborar en la realización de los estudios sociales y económicos del(la) solicitante, sobre todo si este(a) reside en comunidades alejadas o cuando por cualquier otra razón el(la) solicitante y la citada institución no tengan posibilidades de relacionarse directamente.

Artículo 3.- El y la envejeciente tienen derecho a permanecer en su núcleo familiar. Su familia deberá brindarle el cuidado necesario y procurará que su estadía sea lo más placentera posible. Salvo casos calificados a juicio del Consejo, todo(a) envejeciente tendrá derecho a permanecer conviviendo, según sea el caso, y por orden de prioridad, en el hogar de sus hijos o hijas. A falta de ellos, por ausencia o fallecimiento, la responsabilidad recaerá sobre sus nietos o nietas o sus hermanos o hermanas.

Artículo 4.- El o la envejeciente que padezca de alguna enfermedad física o mental grave tiene derecho a protección especial, de modo que tenga fácil acceso a los servicios de salud. Se tomarán todas las acciones indispensables para la prevención y el tratamiento de las enfermedades propias del envejecimiento.

Artículo 5.- La Policía Nacional deberá brindar al envejeciente que fuere detenido la mayor consideración y respeto. Asimismo, estarán en la obligación de notificar la detención a sus familiares en el término de veinte y cuatro (24) horas. Las autoridades judiciales tendrán especial cuidado en la tramitación de los casos en las que esté de por medio el interés de un(a) envejeciente, de modo que durante el proceso se les garanticen las condiciones mínimas de salud y alimentación.

PARRAFO.- En aquellos casos en que se disponga la incomunicación de una persona mayor, el Poder Judicial deberá ordenar el examen médico del (la) detenido(a) durante todos los días en que se mantenga esta situación. En materia penal, se evitará al máximo la toma de medidas que impliquen la pérdida de la libertad de tránsito del o la envejeciente.

Artículo 6.- La Procuraduría General de la República instruirá a los responsables del sistema penitenciario para que ofrezcan un trato preferencial a la persona mayor que permanezca en prisión preventiva, de manera que la pérdida de su libertad, hasta donde sea posible, no implique también la pérdida de su trabajo, ni de los servicios

de salud que recibiere y que tampoco implique el desamparo de su cónyuge o compañero(a). La prisión preventiva deberá ser lo menos aflictiva posible para él o la envejeciente y, en caso de ser condenado(a) por algún hecho penado por la ley, deben dispensarle un tratamiento acorde con su edad tanto las autoridades judiciales como las autoridades responsables del recinto carcelario.

Artículo 7.- Todo(a) envejeciente tiene derecho al libre y fácil acceso a los servicios públicos y privados. Toda institución pública o privada que ofrezca servicios deberá mantener puestos de atención y asientos preferenciales, así como otras comodidades para el uso exclusivo de personas discapacitadas, mujeres embarazadas y envejecientes que requieran tales servicios.

Artículo 8.- Todo(a) envejeciente tiene derecho al trabajo, en igualdad de oportunidades y a todas las garantías que al respecto otorgan las leyes laborales, sin discriminación alguna. La Secretaría de Estado de Trabajo y las organizaciones de empleadores y trabajadores deberán tomar las medidas necesarias para que las labores del(a) envejeciente se desarrollen en condiciones satisfactorias y seguras.

Deberán tomarse las medidas necesarias para que el(a) envejeciente encuentre o reencuentre ubicación laboral mediante nuevas posibilidades de empleo.

Artículo 9.- El(a) envejeciente tiene derecho a constituir o formar parte de cualquier asociación. Se promoverá la organización de envejecientes en el nivel comunitario y nacional, especialmente de aquellas formas que velen, representen y defiendan los derechos del mismo.

PÁRRAFO.- Todo(a) envejeciente tiene derecho a participar ampliamente en la vida pública comunitaria y nacional. Las asociaciones de desarrollo comunal deberán integrar a envejecientes en sus juntas directivas y comisiones.

Artículo 10.- Todo(a) envejeciente tiene derecho a una vivienda digna y adecuada. El Instituto Nacional de la Vivienda, la Administración General de Bienes Nacionales y las demás entidades públicas relacionadas con la vivienda, le proveerán mayores facilidades de financiamiento para la obtención de su vivienda, así como todos aquellos otros beneficios que las instituciones ofrezcan a sus protegidos.

PARRAFO I.- Todo(a) envejeciente tiene derecho a recibir tratamiento médico y los medicamentos que requiera de la Secretaría de Estado de Salud Pública

y Asistencia Social (SESPAS) y del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) en caso de ser asegurado(a).

PARRAFO II.- El(a) envejeciente tiene derecho a recibir atención y servicios de la comunidad, especialmente de la población joven voluntaria. Igualmente tendrá derecho a la autoayuda recíproca.

Artículo 11.- El(a) envejeciente alcohólico(a) o farmacodependiente tiene derecho a recibir tratamiento de rehabilitación de los servicios especializados del Sistema Nacional de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y demás instituciones públicas y privadas que, por naturaleza de los servicios que presten, puedan brindarlo.

PARRAFO I.- Todo trabajador tiene derecho a una adecuada preparación para la jubilación. Las instituciones públicas y privadas deberán brindar cursos y charlas sobre este aspecto a todos sus trabajadores.

PARRAFO II.- Todo (a) envejeciente tiene derecho a la atención geriátrica y gerontológica por parte de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) o del centro donde esté institucionalizado o donde reciba atención.

Artículo 12.- Todo(a) envejeciente institucionalizado(a) en un centro geriátrico tiene derecho a la libre circulación dentro y fuera de la institución y a recibir visitas de familiares y amigos, siempre que sus condiciones físicas y mentales se lo permitan, y que aquello no cause trastornos graves al establecimiento, a juicio del equipo técnico profesional de la institución.

Artículo 13.- Toda(a) envejeciente indigente, desamparado, discapacitado y en general, que se encuentre en situación económica que no le permita su subsistencia, tiene derecho a recibir una pensión alimenticia adecuada de sus familiares de manera que le garanticen una vida digna y segura.

Artículo 14.- Todo(a) envejeciente deambulante, alcohólico(a) o en situación similar, que se encuentre en la vía pública, no será objeto de detención, prisión temporal ni arresto por ese solo hecho. El funcionario policial que contravenga lo dispuesto en este artículo, cometerá una falta grave y será sancionado disciplinariamente, según el respectivo reglamento de servicio.

CAPITULO I

DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN, LA CULTURA Y LA RECREACIÓN

Artículo 15.- Todo(a) envejeciente tiene derecho al acceso a la educación formal e informal en todos los niveles y modalidades. La Secretaría de Estado de Educación y Cultura, las universidades públicas y privadas y demás centros de educación superior, promoverán la incorporación de envejecientes a programas educativos adecuados para ellos, así como implementarán cursos especiales que se organicen de acuerdo con las características y necesidades de cada uno. La educación, en estos casos, tendrá como finalidad la promoción e integración del y la envejeciente y el progreso de sus facultades, para beneficiar la convivencia entre generaciones y la satisfacción de sus inquietudes intelectuales y culturales. El acceso a la educación deberá darse en condiciones de igualdad de oportunidades.

Artículo 16.- El y la envejeciente tienen derecho al descanso y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas, culturales y deportivas apropiadas para su edad y a participar libremente en la vida cultural y social del país.

Artículo 17.- Es deber de la Secretaría de Estado de Educación y Cultura, Secretaría de Estado de Deportes, Educación Física y Recreación y Secretaría de Estado de Turismo, de la universidad estatal y las privadas, organizaciones de bienestar social, de la comunidad y la familia:

- a) Informar a la población en general acerca del proceso de envejecimiento y de la atención y cuidados que debe brindarse a los mayores.
- b) Promover la capacitación a la población del personal que tiene a cargo la atención de programas dirigidos a la población envejeciente.
- c) Incorporar en los planes y programas de estudios de los diferentes niveles educativos, contenidos que propicien la comprensión y la aceptación de la etapa del envejecimiento, como un paso importante del ciclo vital, así como, al menos, un plan de proyección social a favor del(a) envejeciente.
- d) Promover y apoyar el desarrollo de actividades educativas libres y proyectos de incorporación del(a) envejeciente en los cursos regulares de niveles medio y superior.
- e) Promover y apoyar el desarrollo de actividades comunales y nacionales para el

desarrollo de eventos culturales que resalten los valores propios de las personas envejecientes.

f) Estimular el potencial intelectual y artístico del envejeciente.

g) Establecer programas de educación, en los cuales las personas mayores sean los maestros transmisores de conocimientos, cultura y valores espirituales.

h) Proporcionar educación al envejeciente sin discriminación alguna, mediante la asignación apropiada de recursos y programas de enseñanza.

i) Promover programas para personas mayores apoyados por la comunidad y orientados al esparcimiento, con el fin de desarrollar el sentido de responsabilidad de la sociedad respecto de las personas de edad avanzada, como serían aquellos relacionados con la recolección y conservación de semillas para ser distribuidas en los preescolares, los cultivos hidropónicos y otros cultivos de ciclo corto.

j) Estimular y apoyar acciones encaminadas a lograr un mayor y más fácil acceso de los y las envejecientes a instituciones culturales, tales como museos, teatros y salas de conciertos. Asimismo, a espectáculos públicos y cursos prácticos en materias como artesanía, artes plásticas, música y otros.

k) Desplegar esfuerzos tendentes a superar la imagen estereotipada de los(a) envejecientes.

l) Poner a la disposición del(a) envejeciente la más amplia información sobre todos los aspectos de la vida, en forma clara y comprensible.

m) Promover la participación de las organizaciones de personas mayores en la planificación y realización de proyectos educativos, culturales y de divulgación.

Estimular la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y la geriatría.

TITULO III

DEL DERECHO AL BIENESTAR SOCIAL

Artículo 18.- Es deber de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), de la Secretaría de Estado de Trabajo (SET), de las organizaciones gubernamentales de bienestar social y de las no gubernamentales, de la comunidad y de la familia:

- a) Poner en práctica medidas para que los servicios de bienestar social tengan por objeto la promoción e incorporación de las personas de edad avanzada en la comunidad y para la comunidad.
- b) Tener en cuenta las necesidades de las personas mayores e incluirlas en los programas de trabajos actuales y futuros y reconocer y fomentar la función de las organizaciones gubernamentales y privadas que prestan este tipo de servicios.
- c) Orientar los programas, servicios y acciones públicas y privadas dirigidas a la población envejeciente, hacia el fortalecimiento de la familia y la comunidad, con el fin de que cumplan obligaciones para con los y las envejecientes.
- d) Promover y fomentar las acciones pertinentes para que la transición de la vida laboralmente activa a la jubilación, sea un proceso satisfactorio para él y la envejeciente.
- e) Realizar todas las acciones posibles para fomentar más y mejores programas de salud, alimentación, pensión, vivienda, subsidios y servicios generales para los miembros de la comunidad envejeciente.

CAPITULO I

DEL DERECHO AL EMPLEO Y GENERACIÓN DE INGRESO

Artículo 19.- Es deber de la Secretaría de Estado de Trabajo, de las organizaciones empresariales, centrales sindicales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de la comunidad y de la familia:

- a) Tomar las medidas necesarias para garantizar a todas las personas mayores jubiladas o pensionadas, un nivel mínimo de recursos adecuados para su subsistencia y la de su familia.
- b) Crear y ampliar sistemas de seguridad social, prevención y asistencia económica, a fin de que el mayor número de personas envejecientes pueda resultar beneficiado.
- c) Asegurar un nivel mínimo de recursos para satisfacer las necesidades esenciales del (a) envejeciente y ampliar su independencia. Además, las instituciones de seguridad social deberán velar por adecuar los beneficios de acuerdo con el proceso inflacionario.
- d) Examinar y promover otras posibilidades de ingreso económicos e incentivo

complementarios a la jubilación, para que las personas mayores desarrollen nuevas formas de ahorro personal y mejoren su calidad de vida.

e) Facilitar la participación del y la envejeciente en la vida económica de la sociedad. Tomar medidas adecuadas, con la participación de empleadores y trabajadores, para que aquellos que se encuentren en el proceso de envejecimiento, puedan, en la mayor medida posible, permanecer empleados en condiciones satisfactorias y beneficiarse de la seguridad de su trabajo.

f) Eliminar todo tipo de discriminación en el mercado de trabajo y garantizar una auténtica igualdad de trato en la vida, laboral. El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente y las instituciones del Estado adoptarán medidas para informar y asesorar a los empleadores sobre la contratación de trabajadores mayores de sesenta y cinco años. Asimismo, para asegurar a los(as) trabajadores(as) el derecho de acceso a los programas y servicios de orientación, capacitación y colocación.

g) Tomar medidas encaminadas a ayudar a los y las envejecientes a encontrar o reencontrar empleo o trabajo independiente, creando nuevas fuentes y posibilidades de empleos y facilitando previamente la capacitación.

h) Dotar de las condiciones y del ambiente de trabajo adecuado para él y la envejeciente, de modo que estén acordes con los mínimos señalados por la legislación laboral. Además, prevenir las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo. Las condiciones, el ambiente de trabajo y los horarios de las instituciones públicas y privadas deben tener en cuenta las necesidades de los(as) trabajadores(as) envejecientes para lo cual deberá capacitarse al personal médico de la empresa, en lo que se refiere a medicina laboral para dicha población.

i) Fomentar y aplicar medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual, por medio de cursos u otras actividades de preparación para ese fin.

j) Establecer programas para la incorporación de envejecientes en los procesos productivos convencionales y no convencionales.

asesoramiento médicos en clínicas geriátricas, centros de salud y locales de la comunidad. Los servicios hospitalarios deberán contar con la infraestructura física y sanitaria adecuada para la atención del(a) envejeciente. En caso de atención institucional, debe evitarse, hasta donde sea posible, la separación del o la envejeciente de la comunidad de donde procede, de modo que se procure siempre su contacto con los miembros de la familia.

h) Mejorar la salud, prevenir enfermedades y mantener las capacidades funcionales del envejeciente. Se deberá promover la evaluación periódica de las necesidades físicas, psicológicas y sociológicas de los envejecientes. Esta evaluación se hará con el fin de tomar medidas para prevenir las incapacidades, así como para realizar diagnósticos tempranos y disponer de la rehabilitación necesaria en cada caso.

i) Realizar las acciones tendientes a que la nutrición del envejeciente sea adecuada, apropiada y suficiente, así como prestar servicios médicos adecuados para el diagnóstico de la mal nutrición.

j) Intensificar esfuerzos para desarrollar servicios sanitarios de alta calidad, instalando unidades de geriatría en cada hospital regional y/o general y creando los servicios de atención domiciliario, dotados de los implementos médicos y paramédicos apropiados.

k) Promover los intercambios internacionales y la cooperación en materia de investigación para realizar estudios sobre las características físicas, mentales y sociales del envejeciente en las diversas culturas.

CAPITULO III

DEL DERECHO A LA VIVIENDA Y SERVICIOS ANEXOS

Artículo 21.- Es deber de la Secretaría de Estado de Obras Públicas y Comunicaciones, la Secretaría de Estado de Educación y Cultura, Instituto Nacional de la Vivienda, Administración General de Bienes Nacionales, la universidad estatal y las privadas, de los ayuntamientos, de las demás organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de la comunidad y de la familia:

a) Contribuir a que el envejeciente permanezca en su propio hogar mientras sea posible, mediante programas de restauración, desarrollo y adecuación de su vivienda

CAPITULO II

DEL DERECHO A LA SALUD Y LA NUTRICIÓN

Artículo 20.- Es deber de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), de la universidad estatal y las privadas, de las demás organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de la comunidad y de la familia:

- a) Tomar las acciones tendientes a compensar las incapacidades, reactivar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la funcionalidad física y mental y procurar el bienestar y la dignidad de las personas mayores.
- b) Procurar que la atención al y la envejeciente vaya más allá del enfoque patológico y abarque la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. La atención de la salud debe permitir la participación de todo el sector sanitario y social y de las familias en el mejoramiento de la calidad de vida del envejeciente.
- c) Efectuar diagnósticos tempranos, brindar el tratamiento adecuado y tomar las medidas preventivas para garantizar a él y la envejeciente las mejores condiciones de salud.
- d) Evitar, hasta donde sea posible, la institucionalización del envejeciente con trastornos mentales y, en su lugar, ofrecer capacitación y apoyo a la familia y a los voluntarios a cargo de este tipo de paciente. Asimismo, promover el tratamiento ambulatorio y domiciliario para la atención de las enfermedades mentales, así como la asistencia social y las medidas encaminadas a prevenir el aislamiento social del y la envejeciente.
- e) Capacitar a los profesionales, auxiliares y estudiantes del área de la salud, acerca de los principios y las actitudes pertinentes en las disciplinas de geriatría, gerontología y psicogeriatría, así como sobre el cuidado general del y la envejeciente.
- f) Estimular la participación del y la envejeciente en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios sanitarios.
- g) Desarrollar al máximo en la comunidad los servicios sanitarios y anexos que deben abarcar la atención ambulatoria y domiciliaria y prestar servicios de examen y

- y adaptar las obras públicas y privadas para facilitar el acceso de las personas mayores.
- b) Programar y construir viviendas para la población envejeciente, con facilidades de crédito según la situación, la ubicación geográfica y demás condiciones del mismo.
 - c) Elaborar y aplicar políticas y medidas especiales y prever dispositivos y equipos auxiliares para permitir el desplazamiento de los y las envejecientes discapacitados y para protegerlas contra los peligros de la circulación de vehículos.
 - d) Tomar medidas tendientes al estudio y la solución de los problemas del tránsito de vehículos que afecten la movilización y la seguridad del y la envejeciente, así como de las consecuencias ambientales y sociales que de éstos se derivan.
 - e) Ejecutar programas y diseños para la construcción o mejoramiento de la infraestructura vial, a fin de garantizar la seguridad del y la envejeciente, de conformidad con las políticas y estrategias del organismo correspondiente.
 - f) Mejorar la infraestructura arquitectónica, teniendo en cuenta la capacidad funcional del y la envejeciente y procurar que se facilite la movilidad y la comunicación.
 - g) Evitar que los avances tecnológicos en materia de vivienda, vías públicas y obras arquitectónicas en general, constituyan un obstáculo para la circulación y la comodidad del envejeciente. Los avances en este sentido deberán adecuarse para ofrecer facilidad de circulación a los y las envejecientes.
 - h) Eliminar todos aquellos obstáculos físicos que impidan la fácil movilización del y la envejeciente.
 - i) Construir, en las oficinas públicas y privadas y, en general, en todos los recintos a donde acuda el o la envejeciente, las obras indispensables para su fácil acceso y movilización.
 - j) Educar al personal respectivo y al público en general acerca de los cuidados que se requieren para la movilización y circulación del(a) envejeciente por la vía pública.
 - k) Todo plano de construcción de establecimientos públicos y privados de servicio, comercio o entretenimiento, deberá contener obligatoriamente, previsiones especiales para las necesidades del y la envejeciente.

CAPITULO IV

DEL DERECHO A LA SEGURIDAD RESPETO Y DIGNIDAD

Artículo 22.- La presente ley no sólo garantiza los derechos del envejeciente y promueve sus intereses, sino que también establece acciones tendientes a que el Estado, la comunidad y la familia realicen actividades encaminadas a:

a) Facilitar la comprensión del proceso de envejecimiento de las personas, de manera que se destaquen los aspectos positivos de la vejez y se eliminen los estereotipos y mitos que conducen a la marginación del envejeciente.

b) Adoptar las medidas necesarias para la cohesión de la familia, al progreso personal de sus miembros y su función en la comunidad, así como a propiciar y apoyar la participación de la comunidad y de la familia en las acciones dirigidas a prestar asistencia a él y la envejeciente.

c) Procurar la coordinación entre las instituciones públicas, privadas, científicas, de bienestar social, de representación de los(as) envejecientes y otras, a fin de garantizar su participación en el establecimiento, ejecución y evaluación de los planes y programas correspondientes.

d) Promover investigaciones tendientes a determinar la naturaleza de los problemas relativos al envejecimiento y a las dificultades que estos producen a las personas mayores en los diferentes sectores de la sociedad.

e) Desarrollar y fortalecer programas de gerontología y geriatría a nivel nacional.

f) Prestar apoyo a todas aquellas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la promoción de los derechos del envejeciente.

g) Diseñar modelos adecuados de construcción para eliminar las barreras arquitectónicas que dificultan la libre circulación del envejeciente.

h) Formular y poner en marcha programas de asistencia y otras formas de servicios auxiliar que ayuden a las personas mayores siempre que sea posible, a permanecer con sus familias.

i) Mejorar las condiciones de salud y nutrición de los y las envejecientes mediante acciones de prevención y rehabilitación.

j) Fortalecer y adecuar los sistemas de pensiones y jubilaciones de modo que respondan a las necesidades económicas de los y las envejecientes ante el proceso inflacionario.

k) Impedir que se institucionalice al envejeciente de manera que, siempre que sea posible, este permanezca en su núcleo familiar y en la comunidad.

l) Promover la divulgación de los derechos del y la envejeciente.

m) Promover acciones y favorecer las existentes para la preparación integral desde la etapa de la niñez, en cuanto al proceso de envejecimiento.

n) Fomentar la participación de los y las envejecientes en los programas de autogestión apropiados a su edad, que les generen ingresos.

Fomentar e impulsar la organización autogestionaria de los y las envejecientes en los niveles comunitario y nacional.

o) Procurar que los programas y servicios sociales y de salud que se dirigen a los mayores, los beneficien en su totalidad, de acuerdo con las necesidades comprobadas y la concentración demográfica del territorio nacional.

p) Establecer las medidas necesarias para el adecuado financiamiento de las instituciones de atención al envejeciente.

q) Brindar la atención requerida y preferencial a todos los y las envejecientes que requieran apoyo en aspectos de salud, nutrición, asistencia económica, trabajo, pensión, jubilación, cultura, recreación, educación y rehabilitación.

r) Todas las Secretarías de Estado y demás organismos oficiales que tengan que ver de una y otra manera con la protección y el apoyo a los y las envejecientes y entidades no gubernamentales, adoptarán, en el área propia de su competencia y jurisdicción, las funciones y medidas necesarias para llevar a cabo programas y actividades en beneficio de la población envejeciente según los lineamientos de la política gerontológica dictada por los organismos encargados.

TITULO IV

DE LA ENTIDAD RECTORA EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO

Artículo 23.- Se crea el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, el cual estará adscrito a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Esta actuará como organismo oficial en materia de definición y ejecución de políticas nacionales sobre la población envejeciente. Tendrá competencia sobre instituciones públicas y privadas de atención al envejeciente que tengan reconocimiento legal.

Artículo 24.- Son atribuciones del Consejo Nacional de la Persona

Envejeciente:

- a) Coordinar y asesorar a las organizaciones públicas y privadas y trazar las políticas, los planes, las estrategias y los programas específicos para la atención de la población mayor de sesenta y cinco años.
- b) Elaborar y proponer a los Secretarios de Estado y Directores Generales de las instituciones públicas y privadas relacionadas con él y la envejeciente, las políticas, los planes, las estrategias y los programas específicos para la atención de la población mayor de sesenta y cinco años.
- c) Promover y desarrollar programas educativos, preventivos, divulgativos, de capacitación y de rehabilitación para los(as) envejecientes, con la participación de las instituciones responsables de programas dirigidos a ellos(as).
- d) Solicitar y obtener de las entidades dedicadas a la atención de la población envejeciente toda la información que requieran para el cumplimiento de sus fines.
- e) Realizar y divulgar evaluaciones periódicas de las acciones que ejecuten las instituciones públicas y privadas sobre la materia.
- f) Promover con las universidades y entidades que tengan a su cargo la capacitación de profesionales, la formación de especialistas en geriatría y gerontología.
- g) Fiscalizar y supervisar, por medio de las instituciones respectivas, las actividades de los centros de atención a los y las envejecientes, para lo cual se deberá un registro de los mismos.
- h) Fomentar la difusión de las normas legales que aseguren las máximas oportunidades de empleo para las personas mayores de sesenta y cinco años.
- i) Coordinar con los Secretarios de Estado y organismos nacionales e internacionales, la concesión de becas para el adiestramiento y la capacitación de personal en las áreas relacionadas con la atención de personas envejecientes.
- j) Solicitar apoyo técnico y financiero a las instituciones del Estado para todo lo relacionado con los programas de los y las envejecientes y crear cuantos organismos se consideren necesarios para su mejor desenvolvimiento.
- k) Administrar y distribuir los fondos que reciba según, las necesidades y prioridades de las instituciones que trabajan en favor del(a) envejeciente, previa presentación de

planes de trabajo y evaluaciones periódicas. Además, supervisar, por medio de las instituciones públicas respectivas, la buena administración de los recursos asignados a estas instituciones de bienestar social.

l) Presentar las denuncias y quejas relacionadas con el mal funcionamiento de las instituciones sujetas a la presente ley, así como las faltas que las personas cometan en el ejercicio de sus obligaciones para con las instituciones de atención al(a) envejeciente, a fin de que, previo estudio y análisis del caso, se apliquen las sanciones administrativas que establece la presente ley, así como otras medidas que establezca la legislación vigente.

CAPITULO I

DE LA INTEGRACIÓN DEL CONSEJO

Artículo 25.- El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente estará integrado por un representante titular y un suplente de cada una de las Secretarías de Estado e instituciones siguientes:

- a) La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS),
- b) La Secretaría de Estado de Educación y Cultura (SEEC),
- c) Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS),
- d) Secretaría de Estado de Trabajo (SET),
- e) Secretaría de Estado de Obras Públicas y Comunicaciones (SEOPC),
- f) Secretariado Técnico de la Presidencia,
- g) La Universidad Autónoma de Santo Domingo,
- h) Un representante de las ONGs que trabajen directamente con la población envejeciente,
- i) Un representante de la Asociación Médica Dominicana,
- j) Un representante de la Iglesia Católica,
- k) Un representante de la población envejeciente,
- l) Un representante del Colegio Dominicano de Periodistas,
- m) Un representante del Consejo Nacional de la Empresa Privada, Los miembros titulares y suplentes deberán ser nombrados, en cada caso, por los directivos de las entidades representadas. Los elegidos deberán ser personas de reconocida

trayectoria y capacidad.

Artículo 26.- Los miembros del Consejo devengarán dietas de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, las cuales les serán canceladas con cargo al presupuesto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Los representantes de organizaciones no gubernamentales durarán en su cargo dos años y podrán ser reelectos.

Artículo 27.- De su seno, el Consejo nombrará un secretario por un período de dos años, quien podrá ser reelecto. La presidencia corresponderá al miembro titular de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, como institución que preside. La vicepresidencia corresponderá al Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

PARRAFO.- El presidente tendrá la representación judicial y, extrajudicial del Consejo y, además, tendrá la facultad de ampliarlo con uno o varios representantes de cualquier otra organización dedicada a la atención del envejeciente, cuando así lo estime conveniente. El presidente tendrá los mismos derechos y obligaciones de los demás miembros.

Artículo 28.- El Consejo de la Persona Envejeciente se reunirá ordinariamente una vez al mes y en forma extraordinaria cuando lo considere necesario. Las sesiones extraordinarias serán convocadas por el presidente o por el director ejecutivo, a solicitud de al menos cuatro miembros. En las sesiones extraordinarias sólo se conocerá de los asuntos contenidos en la convocatoria oficial.

PARRAFO.- El quórum se formará con siete (7) miembros y los acuerdos se tomarán por mayoría simple de votos, excepto en la designación del director ejecutivo y del auditor, en cuyo caso, el Consejo deberá atenerse a lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 29.- Por votación no menor de seis miembros, el Consejo nombrará un director ejecutivo y un auditor, quienes desempeñarán sus funciones por un período de dos años, aunque podrán ser sucesivamente nombrados. No podrán ocupar esos cargos los miembros del Consejo ni sus familiares por consanguinidad o afinidad, hasta el tercer grado. Los salarios del director ejecutivo y del auditor estarán a cargo de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. El director ejecutivo

deberá asistir a las reuniones del Consejo con derecho a voz, pero no a voto.

PARRAFO.- La Contraloría General de la República fiscalizará la confección y la ejecución del presupuesto del Consejo, el cual estará sujeto a las leyes financieras del país.

Artículo 30.- El director ejecutivo tendrá asimismo las siguientes funciones:

- a) Velar por el cumplimiento de las declaraciones, convenio, leyes, reglamentos y demás disposiciones sustantivas y conexas referentes a la protección de los derechos de las personas envejecientes.
- b) Así como proponer las sanciones correspondientes ante las instancias respectivas.
- c) Investigar, de oficio o a petición de parte, toda acción u omisión que lesione los derechos de las personas mayores, así como proponer las sanciones correspondientes ante las instancias respectivas.
- d) Prevenir, mediante acciones y recomendaciones ante las instancias competentes, las violaciones a los derechos del(a) envejeciente.
- e) Analizar y proponer reformas a la normativa destinada a asegurar la defensa de los derechos del y la envejeciente.
- f) Actuar frente a la administración pública en defensa de los derechos e intereses de las persona mayores.
- g) Promover la aprobación, por parte de las Cámaras Legislativas, de las convenciones internacionales que establezcan y garanticen derechos en favor de los y las envejecientes.
- h) Promover la investigación permanente de las causas que generen discriminación del(a) envejeciente, con el objeto de proponer las medidas preventivas correspondientes.
- i) Dar apoyo a los programas de atención al(a) envejeciente.

Artículo 31.- La dirección ejecutiva deberá contar con el personal técnico y administrativo adecuado que le permita el óptimo desempeño de sus labores, para lo que deberá dotársele de las plazas y los puestos necesarios por la vía que administrativamente corresponda.

CAPITULO II

DE LOS RECURSOS CONTRA LAS RESOLUCIONES DEL CONSEJO

Artículo 32.- Contra las resoluciones que dicta el Consejo, podrán interponerse únicamente los recursos de revocatoria y de apelación. El recurso deberá ser incoado, por la persona o la institución afectada, dentro del término de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente en que el interesado reciba la respectiva notificación.

CAPITULO III

DE LA ACREDITACIÓN Y APOYO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL ENVEJECIENTE

Artículo 33.- Quedan sujetas a esta ley los programas y actividades dirigidas a la atención de envejeciente que realice toda persona física o moral.

Artículo 34.- Conforme con esta ley, se consideran actividades de atención al envejeciente, todas aquellas que realicen las instituciones, establecimientos, asociaciones, empresas y personas físicas que ofrezcan o brinden atención, general o especializada, en forma interna o ambulatoria, de servicio, asistencia y rehabilitación física, mental o social o de cualquier naturaleza o modalidad.

Artículo 35.- Las instituciones y personas interesadas en realizar programas y actividades de las enunciadas en esta ley, deberán, inicialmente, solicitar a la dirección ejecutiva del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente la autorización para su funcionamiento. Una vez que ese organismo otorgue la autorización respectiva, la institución o persona quedará asentada en los registros del Consejo y podrá obtener el reconocimiento oficial de este órgano, después de lo cual podrá iniciar sus actividades.

Artículo 36.- El permiso de reconocimiento y autorización para que funcionen las instituciones se concederá por un período prorrogable de cinco, años, a petición del interesado, previo estudio del caso. Toda modificación funcional en los programas de atención y de estructura en las instalaciones físicas de las instituciones autorizadas y reconocidas deberá notificarse por estudio escrito al Consejo, para su respectiva aprobación, antes de llevarse a cabo. Las normas generales y específicas para el funcionamiento de las instituciones de atención de envejecientes serán

contempladas en el respectivo reglamento.

Artículo 37.- Con la finalidad de que se pueda efectuar una adecuada supervisión y un control técnico de las instituciones reconocidas por el Consejo, y a petición de éste, la dirección ejecutiva del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, auxiliada por la Subsecretaría de Asistencia Social y el Departamento de Trabajo Social del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, realizarán inspecciones por lo menos dos veces al año en las respectivas áreas de esas instituciones. Sus resultados y conclusiones deberán comunicarse al Consejo.

CAPITULO IV

DEL FINANCIAMIENTO A LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y DE LOS PROGRAMAS EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO

Artículo 38.- Las donaciones, subvenciones y legados en dinero, o en propiedades mobiliarias o inmobiliarias que las personas físicas o jurídicas realicen a favor de cualquiera de las instituciones del Consejo, o a favor del Consejo mismo, se realizarán conforme al Art. 287, literal i del Código Tributario. Estas donaciones deberán ser canalizadas por medio del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente.

Artículo 39.- Es deber de las instituciones representadas en el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, de la universidad estatal y las privadas, de las demás organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de la comunidad y de la familia:

- a) Realizar investigaciones relacionadas con el envejecimiento, especialmente en el aplazamiento de las consecuencias negativas del mismo.
- b) Incentivar los servicios sociales de salud.
- c) Promover la capacitación y la educación en materia de envejecimiento.
- d) Estudiar los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida del(a) envejeciente.
- e) Crear programas especializados en la enseñanza de la geriatría, la gerontología y la psicogeriatría.
- f) Promover los intercambios y la cooperación en la investigación relativa al envejecimiento.

- g) Promover la apertura de un centro de documentación especializado sobre el envejecimiento, que sirva de recurso para las instituciones y personas involucradas en la atención de los y las envejecientes.
- h) Desarrollar programas de capacitación estudiantil, en todos los niveles y modalidades de la educación general básica y diversificada, dirigidos a propiciar la investigación por parte de los alumnos, relacionada con las necesidades de las personas de la tercera edad.
- i) Divulgar todas las informaciones que sean beneficiosas al(a)envejeciente y aquellas que ayuden a sus familiares.

CAPITULO V DE LAS SANCIONES

Artículo 40.- El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente podrá aplicar sanciones contra las instituciones inscritas y reconocidas por ante él, con motivo de infracción o falta contra los derechos del envejeciente, de conformidad con la presente ley en el orden siguiente:

- a) Amonestación escrita.
- b) Suspensión hasta por un año del apoyo financiero y técnico.
- c) Suspensión definitiva del apoyo técnico y financiero.
- d) Suspensión temporal o permanente de la autorización de funcionamiento o clausura, si se determina que han ocurrido hechos de manera sistemática que vulneren los derechos de los y las envejecientes, sin perjuicio de las disposiciones contenidas en nuestra legislación ordinaria.

Artículo 41. Sin perjuicio de las acciones penales que puedan llevarse a cabo, será amonestada por escrito toda persona física o moral encargada del cuidado o atención de envejecientes que:

- a) Consienta, otorgue o de cualquier modo permita un trato discriminatorio para el envejeciente, en razón de su edad, raza, religión, opinión política o de otra índole que obedezca a motivos nacionales, étnicos, sociales, económicos, físicos o mentales.
- b) Perturbe, inquiete, interrumpa el buen trato o dé una atención indebida o negligente al envejeciente durante su estadía en el núcleo familiar o comunitario.

c) Agreda física o moralmente a un(a) envejeciente de forma que le cause perjuicio, aunque sea leve.

d) Otorgue un trato indebido al o la envejeciente indigente, abandonado o discapacitado, de forma que haga más difícil su forma de vida y su condición social y económica.

e) Deniegue, injustificadamente, el acceso del(a) envejeciente a la atención pública o privada en las áreas de salud, educación, cultura, recreación, de asociación, de apoyo económico y en general a todo tipo de servicio de atención al público. Se considera agravante si la negación se suscitare a pesar de la presentación del respectivo carnet de exoneración por parte del beneficiario o beneficiaria.

f) Siendo funcionario(a) encargado(a) de hacer cumplir la ley, dispense un trato degradante al envejeciente, en detrimento de las garantías judiciales y administrativas que le asisten.

g) Otorgue un trato indebido a los(as) envejecientes institucionalizados(as), de modo que se produzca menoscabo en su salud, nutrición, integridad física o mental, económica y en general, en los derechos fundamentales.

Artículo 42.- El Consejo Nacional de la Persona envejeciente podrá cesar el apoyo financiero y técnico y declarar la suspensión temporal o permanente de la autorización de funcionamiento de un centro o lugar de atención de envejecientes o de cualquier otro programa autorizado, cuando se incurra en reiteración o acumulación de faltas, o cuando se trate de una falta de extrema gravedad o cuando se compruebe judicialmente la comisión, por parte de las personas responsables del establecimiento o programa, de algún delito en perjuicio de un(a) envejeciente, o en contra de los intereses y derechos de la población adulta mayor en general.

PARRAFO.- El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, como órgano colegiado, deberá interponer una denuncia ante las autoridades correspondientes, cuando tenga conocimiento de la comisión de cualquier delito que lesione los derechos del(a) envejeciente.

Artículo 43.- Todo incumplimiento de la presente ley, de la Ley General de Salud, de las normas generales o específicas que tutelan los derechos de los(as) envejecientes, así como de cualquier resolución complementaria, será sancionado

con la suspensión temporal o permanente de la autorización de funcionamiento del establecimiento o programa de atención, según la gravedad de la falta o la reincidencia del responsable del establecimiento o programa.

PARRAFO.- Cualquier persona física o jurídica podrá denunciar las infracciones a esta ley ante el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, o bien ante las autoridades respectivas.

CAPITULO VI DISPOSICIONES GENERALES DEL DIA NACIONAL DEL ENVEJECIENTE

Artículo 44.- El "Día Nacional del Envejeciente será celebrado el día 1 del mes de octubre de cada año. Para llevar a cabo la celebración, el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, en coordinación con el Poder Ejecutivo, promoverá actividades científicas, culturales y recreativas en todas las instituciones públicas, tendientes a dar a conocer el proceso de envejecimiento, resaltar la imagen del(a) envejeciente, los derechos de la persona mayor, la importancia de ella en la sociedad y la necesidad de una actitud seria y responsable frente a su situación.

Artículo 45.- El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente promoverá en los medios de comunicación social la apertura de espacios para divulgar la importancia del papel que cumplen las personas mayores en la sociedad, sus condiciones de vida y sus derechos. Se proyectará, para tales efectos, una imagen positiva y productiva del(a) envejeciente.

CAPITULO VII DE LOS BENEFICIOS ESPECIALES

Artículo 46.- Todo dominicano mayor de sesenta y cinco años provisto de un carnet de exoneración de los que se refiere el Art.2 del libro primero, gozará de los siguientes beneficios:

a) Un descuento del 30% en los precios que se cobren como entrada general o tarifa económica en las actividades de recreación y entretenimiento, tales como cines, teatros, deportes y espectáculos públicos variados, siempre que no se trate de actividades de beneficencia debidamente autorizadas.

b) Un descuento en el transporte público de acuerdo con la siguiente calificación:

- Autobuses interurbanos, treinta por ciento (30%),
- Carros públicos veinte por ciento (20%), a excepción de las horas comprendidas entre las 6-9 AM y 4-6 PM.
- c) Un descuento del quince por ciento (15%) en los servicios médicos sanitarios en hospitales y clínicas privadas.
- d) Un descuento del diez (10%) en las consultas médicas privadas.
- e) Un descuento de un punto porcentual en la tasa de interés en los préstamos hipotecarios de vivienda para uso propio.
- f) Exoneración total del monto que se cobre por concepto de matrícula y mensualidades en las instituciones estatales de educación.

PARRAFO I.- Se establece la ventanilla de atención preferente para los(as) envejecientes en todas las oficinas de atención al público de las dependencias del Estado, incluyendo el sistema bancario nacional.

PARRAFO II.- Los programas de estímulo de la educación física, el deporte y la cultura, promoverán el acceso a esos centros de las personas residentes en los hogares de ancianos.

Artículo 47.- Todos los empleadores, sean públicos o privados, tienen obligación de deducir en favor de las entidades encargadas de velar por la población envejeciente y que estén debidamente autorizadas por el Consejo.

Artículo 48.- Periódicamente, conforme con el sistema de pagos de las entidades públicas, o de las empresas privadas, los funcionarios o representantes correspondientes girarán, a la orden de las instituciones beneficiadas, las sumas globales que les correspondan, según las respectivas autorizaciones del trabajador.

Artículo 49.- Exonérese de toda clase de impuestos sucesorales a las donaciones hechas a los hogares de ancianos y a las instituciones de beneficencia y protección social que laboren con envejecientes, siempre y cuando éstas sean reconocidas por el Consejo.

Artículo 50.- Exonérese de todos los impuestos, al material didáctico que obtengan diversas instituciones públicas de enseñanza primaria, secundaria y universitaria para la conformación de programas educativos destinados al desarrollo intelectual del sector de la tercera edad. La Secretaría de Estado de Educación y Cultura hará las coordinaciones pertinentes con la Dirección General de Aduanas para tales fines.

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

FONDOS

Artículo 51.- Esta ley será económicamente sustentada con los siguientes fondos:

a) Una asignación económica anual no menor del cero punto cinco por ciento (0.5%) del presupuesto asignado a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

b) En las provincias donde funcionan hogares de ancianos y centros diurnos debidamente inscritos y reconocidos por el Consejo, al menos el diez por ciento (10%) del presupuesto destinado por los respectivos ayuntamientos al área de salud, deberá ser distribuido equitativamente entre esos centros, para lo cual los ayuntamientos deberán coordinar con el Consejo.

c) El uno por ciento (1%) del monto ganado en efectivo por quien o quienes resulten oficialmente agraciados con el primer premio de los sorteos ordinarios y extraordinarios de la Lotería Nacional y cualquier otro juego electrónico legalmente autorizado.

FACULTAD DE DICTAR REGLAMENTOS

Artículo 52.- El Poder Ejecutivo queda facultado para dictar los reglamentos que se consideren pertinentes para la aplicación de la presente ley.

LEYES DEROGADAS

Artículo 53.- La presente ley deroga y sustituye cualquier otra disposición legal que le sea adversa. DADA en la Sala de Sesiones del Senado, Palacio del Congreso Nacional, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los ocho (8) días del mes de julio del año mil novecientos noventa y ocho, años 155 de la Independencia y 135 de la Restauración.

Amable Aristy Castro (Presidente)

Enrique Pujals Rafael Octavio Silverio (Secretario)

DADA en la Sala de Sesiones de la Cámara de Diputados, Palacio del Congreso Nacional, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los veintiún (21) días del mes de julio del año mil novecientos noventa y ocho, años 155 de la Independencia y 135 de la Restauración.

Héctor Rafael Peguero Méndez (Presidente)

Sarah Emilia Paulino de Solís Néstor Orlando Mazara Lorenzo (Secretaria)

LEONEL FERNÁNDEZ (Presidente de la República Dominicana)

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 55 de la Constitución de la República.

PROMULGO la presente Ley y mando que sea publicada en la Gaceta Oficial, para su conocimiento y cumplimiento.

DADA en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los quince (15) días del mes de agosto del año mil novecientos noventa y ocho, años 155 de la Independencia y 135 de la Restauración.

Leonel Fernández

XIII.2. Cronograma

Variables	Tiempo: 2013-2014
Selección del tema	Enero
Búsqueda de referencias	Enero-abril
Elaboración del anteproyecto	Mayo-junio
Sometimiento y aprobación	
Ejecución de las encuestas	Agosto-octubre
Tabulación y análisis de la información	Noviembre-enero
Redacción del informe	Enero
Revisión del informe	Febrero-marzo
Encuadernación	Abril
Presentación	

XIII.3. Instrumento de recolección de datos

MALTRATO EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA. PROVINCIA SAN CRISTÓBAL. AGOSTO-OCTUBRE 2013.

1. Edad: _____ No. _____
2. Sexo: Femenino__ Masculino__
3. Estado civil: soltero__, casado__, unión libre__, divorciado__ viudo__.
4. Nivel de instrucción: Analfabeto__, Primaria__, Secundaria__, Técnico__ Superior__.
5. Área de residencia: Rural__ Urbano__
6. Con quien vive: Cónyuge__, Familiares__, Cuidador__, institucionalizado__ Sólo__.
7. Maltrato psicológico o verbal: Ofensas__, Amenazas__, Insultos__, humillación, mandar a callar, aislamiento, "tratamiento de silencio" (no consideran sus opiniones y no hablar con él)__ Tratarlo como un niño__.
✓ Propiciado por: cónyuge, familiares, cuidador o vecinos.
8. Maltrato físico: Ataduras__, Golpes__, Empujones__, Quemaduras__, Bofetadas__ Castigos__.
✓ Propiciado por: cónyuge, familiares, cuidador o vecinos.
9. Maltrato sexual: Caricias__, Toque de genitales__ Mamas__ Violación__.
✓ Propiciado por: cónyuge, familiares, cuidador o vecinos.
10. Negligencia: Abandono__, No aportar cuidados básicos__, Higiene personal__, Seguridad personal__, Uso inapropiado de fármacos__.
✓ Propiciado por: cónyuge, familiares, cuidador o vecinos.
11. Abuso financiero: Utilización del dinero sin su autorización__, Falsificación__, Obligación a firmar algún documento__ Cancelación de cuentas bancarias sin autorización asumiendo otra persona la tutela__.
✓ Propiciado por: cónyuge, familiares, cuidador o vecinos.

XIII.4. Consentimiento informado

Título del estudio:

MALTRATO EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA EN SAN CRISTÓBAL, AGOSTO-OCTUBRE 2013.

Yo _____

Cedula: _____

En fecha: _____

Informo que se me ha explicado el objetivo del estudio, he podido hacer preguntas y he recibido suficiente información del mismo, estoy satisfecho con las explicaciones recibidas por la Dra. Evelyn Ulloa Olivares médico Geriatra.

Comprendo y acepto mi participación voluntaria.

XIII.5. Costos y recursos

XIII.5.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • Un investigador o sustentante • Dos asesores • Archivistas y digitadores 			
XIII.5.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3 resmas	130.00	390.00
Lápices	1 docena	180.00	36.00
Borras	6 unidades	3.00	24.00
Bolígrafos	1 docena	4.00	36.00
Sacapuntas	6 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700			3.00
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0			
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades		1,200.00
Calculadoras	2 unidades		150.00
XIII.5.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XIII.5.4. Económicos			
Papelería(copias)	1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación	12 informes		9,600.00
Transporte			5,000.00
Imprevistos			3,000.00
Total			\$21,857.00

*Los costos totales de la investigación serán cubierto por el sustentante.

XIII.6. Evaluación

Sustentante:

Evelyn P. Ulloa O.

Dra. Evelyn Ulloa Olivares

Asesores

Rubén Darío Pimentel

Rubén Darío Pimentel

Dra. Rose E. Nina

Dra. Rose E. Nina

Jurado:

Dr. Montero

Dr. S. C.

Autoridades:

Dra. Fiammy Rodríguez

Dra. Fiammy Rodríguez
Coordinadora Residencia de
Geriatría

Dr. Martín Medrano

Dr. Martín Medrano
Jefe del Departamento
de Geriatría

Dr. Edgar Luna

Dr. Edgar Luna
Jefe de Enseñanza

Dr. Eduardo Antonio García Suárez

Dr. Eduardo Antonio García Suárez
Director de la Escuela de Medicina



Dr. José Asís Zaitel
Decano de la facultad de
Ciencias de la Salud

Fecha de presentación

19/ junio 2014

Calificación

94