

**Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor**

**Behavior of the intrafamilial violence in the elderly**

**Dra. Lourdes Docampo Santaló; Dra. Rita Barreto Lacaba; Lic. Caridad Santana Serrano**

Policlínico Comunitario Docente Francisco Peña Peña. Nuevitas, Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

**Fundamento:** la prevención de la violencia en su marco general y familiar es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud; ya que es observada como un asunto de salud pública por su impacto negativo en la sociedad.

**Objetivo:** caracterizar el comportamiento de la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en el municipio de Nuevitas.

**Método:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante el año 2006. De un universo de dos mil ciento seis, setenta y cinco fueron maltratados constituyendo la muestra. La fuente primaria fue una encuesta y la ficha familiar.

**Resultados:** el 3, 58 % de los senescentes recibieron violencia, de ellos 46, 67 % con edades entre sesenta a sesenta y nueve años, prevaleció el 60 % del sexo femenino. El 86, 67 % correspondió a familias disfuncionales. Las características psicosociales y la cultura sanitaria fueron malas en el 64 % y el 34, 67 % respectivamente. El maltrato que predominó fue por negligencia familiar.

**Conclusiones:** la incidencia en el adulto mayor maltratado en el municipio fue muy por debajo de las estadísticas revisadas.

**DeCS:** violencia doméstica/ prevención y control, maltrato al anciano, anciano, psicología social, epidemiología descriptiva, estudios retrospectivos

## **ABSTRACT**

**Background:** the prevention of violence in its general and familial framework is a priority that demands an exhaustive knowledge of its magnitude; since it is observed as a matter of public health by its negative impact in society.

**Objective:** to characterize the behavior of the intrafamilial violence against the elderly in Nuevitas municipality.

**Method:** a descriptive retrospective study during the 2006 was conducted. Of a universe of two thousand hundred-six, seventy-five were mistreated constituting the sample. The primary source was a survey and a family record.

**Results:** the 3, 58 % of the senescents received violence, of them 46, 67 % with ages between 60 to 69 years, the 60 % in the female sex prevailed. The 86, 67 % corresponded to dysfunctional families. The psychosocial characteristics and the sanitary culture were bad in 64 % and 34, 67 % respectively. The abuse that prevailed was for family negligence.

**Conclusions:** the incidence in the mistreated elderly in the municipality was very below the revised statistics.

**DeCS:** domestic violence / prevention and control, old man, elder abuse, social psychology, epidemiology, descriptive retrospective studies

## **INTRODUCCIÓN**

La población de edad avanzada ofrece hoy una diversidad mayor que la que presentó en cualquier otra etapa de la historia de la humanidad. Las diferencias principales residen en la situación económica, el marco social y familiar, la salud, la historia personal y profesional de cada individuo, su relación pasada y presente con la educación y la cultura. <sup>1</sup> Durante el presente siglo se asiste a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha delimitado como etapa de vejez; el envejecimiento poblacional se ha convertido hoy en un reto para las sociedades modernas. <sup>2</sup>

La creciente esperanza de vida permite suponer que el contacto intergeneracional será cada vez mayor, conviviendo los más jóvenes con los más viejos. Esto obligará a proyectar acciones e iniciativas para atender a un grupo poblacional cada vez más amplio y como consecuencia de ello se incrementará el uso de los servicios sociales y médicos. <sup>3, 4</sup>

El abuso, maltrato o violencia ocurre en todas las etapas del ciclo de la vida. El reconocimiento de la violencia en el ambiente doméstico por parte de la medicina es ya antiguo, se ha identificado el llamado "anciano maltratado"; sin embargo, referirse a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano, y constituye el núcleo de toda sociedad.<sup>5, 6</sup>

La OPS ha declarado que la prevención de la violencia en su marco general y familiar es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud; puesto que es observada como un asunto de salud pública por su impacto negativo que tiene en la salud física y mental de los grupos vulnerables. Se suma también que la magnitud del problema está pobremente documentada, diagnosticada y denunciada. Por otra parte es un problema que no respeta fronteras geográficas y políticas, y que traspasa los límites étnicos, religiosos, educativos y socioeconómicos.<sup>7</sup>

A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, ha tratado de ser ignorado por sus familiares. Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas de maltrato en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar.

Dentro de los programas priorizados en Cuba se encuentra el Programa de Atención al Adulto Mayor donde se da una atención especializada a los mismos, en el cual se plasman las actividades a desarrollar por el médico y la enfermera de la familia, relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades.<sup>8</sup>

Lo antes expuesto ha sido motivo para realizar la presente investigación con la finalidad de caracterizar el comportamiento de la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en el municipio de Nuevitas.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en los grupos básicos de trabajo (GBT) 1 y 2 del Policlínico Comunitario Docente Francisco Peña Peña del Municipio Nuevitas de la Provincia Camagüey durante el año 2006, a fin de caracterizar el comportamiento de la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor.

El universo de estudio estuvo conformado por los 2106 adultos mayores. La muestra estuvo constituida por los 75 pacientes adultos mayores que recibieron maltrato familiar.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, grado de escolaridad, función de la familia, características psicosociales y culturales de la familia y tipo de violencia.

Las fuentes de información se conformaron por:

Historias de salud familiar: fuente secundaria de información.

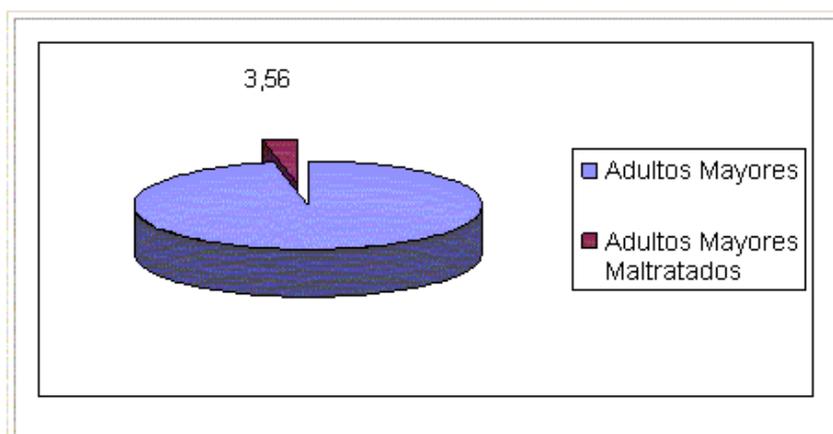
Encuesta: fuente primaria de información.

Los datos obtenidos fueron tabulados en una computadora Pentium 4 en Excel, expresándose en tablas y gráficos estadísticos.

## RESULTADOS

La distribución de adultos mayores maltratados en los GBT 1 y 2 del Policlínico Comunitario Docente Francisco Peña Peña del año 2006 fue de un 3,58 %. Gráfico 1

**Gráfico 1. Incidencia de la Violencia en el Adulto Mayor en los GBT 1 y 2 del Policlínico Comunitario Docente "Francisco Peña Peña." Durante el 2006.**



En la distribución de los adultos mayores según edad y sexo se observó que el 46,67 % corresponde a senescentes entre 60 a 69 años, la distribución del sexo mostró que el 45,45 % de los adultos mayores que sufrieron violencia familiar correspondió al femenino con el 60 %. Tabla 1

**Tabla 1. Distribución de los adultos mayores que reciben violencia familiar según edad y sexo. Policlínico Comunitario Docente "Francisco Peña Peña." GBT 1 y 2 durante el 2006**

Grupo de Edades	Femeninos		Masculinis		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	18	24,00	17	22,67	35	46,67
70-79	13	17,33	8	10,67	21	28,00
80 y más	7	9,33	12	16,00	19	25,33
Total	38	50,67	37	49,33	75	100,00

Con respecto al nivel de escolaridad de los adultos mayores se observó que el 61 % poseen nivel secundario y sólo el 2 % nivel universitario. Tabla 2

**Tabla 2. Nivel de escolaridad de los adultos mayores**

Escolaridad	No.	%
Primaria	16	21,33
Secundaria Básica	52	69,33
Preuniversitario	5	6,67
Universitario	2	2,67
Total	75	100,00

El comportamiento de la relación entre las características psicosociales de la familia fue de mala en el 64 %, y regulares en un 25, 33 %. El comportamiento de la cultura sanitaria en las familias donde se produce maltrato familiar correspondió al 64 % a familias con una cultura sanitaria mala y un 25, 33 %, regular. Tabla 3

**Tabla 3. Características psicosociales y cultura sanitaria de la familia de los senescentes que reciben violencia familiar**

Características	Psicosociales		Cultura Sanitaria	
	No.	%	No.	%
Buenas	8	10,67	10	13,33
Cultural	19	25,33	25	33,33
Malas	48	64,00	40	53,33
Total	75	100,00	75	100,00

La relación entre el funcionamiento familiar y la violencia contra el adulto mayor fue de un 86, 67 % en familias disfuncionales. Los tipos de maltratos más frecuentes a que fueron sometidos los ancianos fueron el maltrato por negligencia y el daño al bienestar psicológico en el 34, 67 y 30, 67 % respectivamente, observándose que un mismo paciente fue violentado en más de una forma de maltrato. Tabla 4

**Tabla 4. Relación entre el tipo de maltrato y el funcionamiento familiar en adultos mayores que reciben violencia familiar**

Tipo de Violencia	Clasificación de la Familia					
	Funcional		Disfuncional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Maltrato por negligencia	6	8,00	20	26,67	26	34,67
Daño al bienestar psicológico	4	5,33	19	25,33	23	30,67
Violencia Física	0	0	15	20,00	15	20,00
Abuso financiero o económico	0	0	10	13,33	10	13,33
Abuso sexual (esposos)	0	0	4	5,33	4	5,33
Total	10	13,33	68	90,67	75	100,00

## DISCUSIÓN

Se considera que para el 2025 el 21 % de la población cubana será mayor de 60 años. El segmento de la población que más crece es la de personas con 85 años o

más. El gran cambio al que la humanidad y la sociedad deben adaptarse puede resumirse a comprender que en lo sucesivo, por primera vez en la historia, la expectativa de vida aumenta proporcionalmente con la expectativa de incapacidad e invalidez en los aspectos psicológicos, sociales y funcionales. Estudios recientes han demostrado que cerca del 28 % de los casos de violencia intrafamiliar son contra el adulto mayor.<sup>9</sup> Este último planteamiento no se corresponde con los resultados en la presente investigación donde se observó muy por debajo de las estadísticas mundiales, es decir en un 3,56 % de los senescentes estudiados.

El grupo etéreo que predomina en la investigación es el de 60-69 años con un 47,67 % de toda la muestra estudiada. Este hecho coincide con autores como González,<sup>10</sup> el cual reportó una mayor incidencia en este grupo de edades, no así con Delia que menciona que la violencia en el adulto mayor predomina en las edades de 70-79 años, sin embargo, otros análisis como el de Evans<sup>11</sup> explica que la violencia familiar hacia el paciente geriátrico se manifiesta en las edades entre 70 y 75 años. Delia<sup>12</sup> en su investigación alega que éste es el grupo de ancianos mayormente maltratado debido a que cada vez más van perdiendo sus facultades biológicas. Este hecho los hace más vulnerables al maltrato, además, a medida que pasan los años los ancianos presentan una mayor labilidad emocional por lo que se hacen más sensibles y menos entendidos por sus familiares.

En cuanto al sexo, lo encontrado en la investigación reveló que las mujeres fueron las más violentadas con un 60 % de toda la muestra. Con respecto a este hecho, hubo correspondencia en el estudio con otros autores como Evans y Ortiz,<sup>11</sup> en los cuales la mujer sufre la violencia con mayor frecuencia que el hombre (56 % y 61 %), sin embargo, se señala en otros estudios el predominio del sexo masculino. Como en el estudio de Morgan,<sup>13</sup> en la mayoría de los estudios revisados, incluyendo este, las mujeres son las más maltratadas, quizás exista todavía alguna discriminación, no por la sociedad ni el sistema hacia la mujer, sino una discriminación en el hogar de la mujer por sus familiares que las confinan a tareas solamente hogareñas. No ven en la mujer un ente capaz de hacer las tareas que hacen los hombres, incluso a veces ellas mismas se acostumbran a la idea del hogar y dentro de sus planes no está para nada salir de esa rutina.

El bajo nivel de escolaridad constituye un factor de riesgo, según diversos autores y psicólogos. En este estudio hubo un franco predominio de los abuelos escolarizados hasta la secundaria básica, para casi un 70 % del total de la muestra. Muchos autores como Burrows,<sup>14</sup> plantean que al no tener un alto nivel de escolaridad se está más predispuesto al maltrato, ya que estos abuelos con mayor ignorancia no defienden su espacio. Ortiz, en su investigación encontró que más del 48 % de su muestra correspondían a ancianos que apenas habían terminado el nivel de

secundaria básica. Es por ello que nuestro país está poniendo bien en alto el nivel de escolaridad con la muy novedosa Universidad del Adulto Mayor.

Estudios sobre el funcionamiento familiar revelan resultados similares, en su investigación encontró que uno de los factores que pudieran llevar por tanto a la aparición del maltrato es el mal funcionamiento familiar, ya que se considera esencial la dinámica de relaciones con la familia.<sup>10</sup>

Autores como Rocabrano y Prieto Ramos<sup>15, 16</sup> plantean que resulta importante la protección que recibe el anciano de su familia, que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares y el bienestar y la seguridad de los ancianos.

El apoyo social al anciano, por tanto, no es sólo transacción de ayuda material sino también expresión de afecto, preocupación o afirmación. Fernández y Delgado<sup>17</sup> hallaron en sus investigaciones que las familias de los ancianos maltratados tenían características psicosociales malas, hecho similar a este estudio. Dicho factor, también constituye un riesgo para la aparición de la violencia familiar, siempre que tenga una categoría regular o mal de acuerdo al criterio de varios autores.<sup>17</sup> Además, la jubilación, constituye un acontecimiento vital que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuyen los contactos sociales, y por tanto también las relaciones afectivas con amigos de tiempo. Por tanto, es importante que cada persona dentro de la familia juegue su papel o rol de acuerdo a la etapa del ciclo de vida en que está viviendo. Conductas delictivas, desvinculación con el estudio o el trabajo, no participación en las actividades populares pueden ser el punto de partida para una actitud desfavorable para con los ancianos.

Es por ello que se piensa que este es uno de los puntos en donde el médico de familia con su personal de trabajo debiera influir con más fuerza si se quiere lograr una disminución de las conductas agresivas para con los adultos mayores. La cultura sanitaria constituye un elemento fundamental en la evaluación de los hogares pertenecientes a las comunidades que atiende el MGI. Otros autores<sup>18, 19</sup> expresan que cuando el comportamiento de la cultura sanitaria es malo o regular, el riesgo de recurrirse a ese modo de vida luego de la actividad promotora del médico se incrementa entre un 36 a un 41 %. Además plantean en su investigación que las familias con mayor índice de maltrato hacia los ancianos, presentaban una cultura sanitaria regular en 31 % de las familias y malas en otro 39 % de ellas, por lo que es lógico pensar que éste pudiera considerarse como un factor de riesgo influyente, pero además modificable, para la aparición del maltrato.

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

Los miembros pertenecientes a este núcleo familiar son mucho más incomprensibles a la no recepción adecuada de las diferentes orientaciones para la salud que le den, lo cual trae consigo que no reflexionen acerca de sus inadecuadas actitudes y aumenten más los incidentes de maltratos. Respecto a la identificación del maltrato intrafamiliar por parte de los ancianos, se coincidió con los resultados obtenidos por Sánchez y Abreu, <sup>20</sup> quienes encontraron cifras de más del 80 % de los adultos mayores que reconocieron el maltrato por negligencias como versión más común. Santiesteban <sup>21</sup> considera que esta forma de maltrato ocupa el primer lugar y expresa resultados similares con respecto a los otros tipos.

Oliva <sup>22</sup> encontró en su investigación una mayor incidencia de adultos que consideraban la violencia física como primer tipo de maltrato intrafamiliar. La población tiende a confundir los términos e identifican a la violencia hogareña con actos de agresiones físicas y abuso por parte del sujeto agresor contra el miembro más débil de la familia. La violencia intrafamiliar tiene múltiples manifestaciones y es considerada siempre que ocasione algún tipo de daño psíquico o físico en el individuo.

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

## **CONCLUSIONES**

La incidencia en el adulto mayor maltratado en el municipio de Nuevitas fue muy por debajo de las estadísticas revisadas.

La distribución de adultos mayores que sufrieron violencia se observó en casi la mitad de los senescentes entre 60 a 69 años. En más de la mitad de prevaleció el sexo femeninos y el nivel de escolaridad de secundaria básica. Más de la tercera parte de los senescentes maltratados eran parte de familias con características psicosociales y cultura sanitaria de malas y regular. El mayor por ciento de los adultos mayores maltratados correspondió a familias disfuncionales, siendo el tipo de maltrato más frecuente en el adulto mayor fue por negligencia.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Devesa CE. Generalidades, fisiología, sexualidad e inmunidad en el anciano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
2. Cabrerías MD. Caracterización del anciano. Estudios realizados en tres consultorios rurales del policlínico docente "Hermanos Cruz"[disertación]. Rev Elect Pinar del Río; 2006.
3. Violencia en el adulto mayor. Policlínico Comunitario Docente Rodolfo Ramírez Esquivel. Archivo Médico de Camagüey 2004; 8(1):1.
4. Rocabrúno, Prieto RO, Vega GE. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2004.
5. Buendía J. Gerontología y salud. Perspectivas actuales. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2005.
6. MINSAP. Anuario Estadístico Ministerio de Salud Pública de Cuba. Biblioteca Médica Nacional (2006).
7. Pepper C. Opening Statement. Elder Abuse: A national Disgrace. Hearing before the U.S. House selectcommittee on being. Subcommittee on Health and long term care. May 10, 2005, Washington.
8. Organización Panamericana de la Salud 2003. Op. cit.
9. Molas A. La violencia intrafamiliar como fenómeno social, puntualizaciones sobre la intervención profesional En: violencia Familiar. El Faro. Un punto de partida en el proyecto de vida. Ediciones Creagraf. Montevideo. 2000. 1-13.
10. Gónzales Falcón M. La violencia en casa. 2001. Ed. Paidós Mexican
11. Delia SC. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. San Juan: Editorial Aries; 2001. p. 112-8.
12. Evans JG. Prevention of Age: associated less of Autonomy. Epidemiological Approahes J Chronic Dis 2003; 37: 353-58.
13. Morales MR. La jubilación. Un enfoque positivo. Buenos Aires: Ediciones Grijaldo, 2006

14. Burrous, SL. violencia familiar. Proyecto Corto de Investigación de Maestría en Salud Pública. Subdirección de Posgrado, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León. 2004. (Nuevo León, México) 75 pp.
15. Rocabruno, Prieto RO, Vega GE. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico - Técnica, 2004.
16. Rohlf I, Valls Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gac Sanit 2003; 17 (4): 263-265
17. Burrous, SL. Violencia familiar. Proyecto Corto de Investigación de Maestría en Salud Pública. Subdirección de Posgrado, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León. (Nuevo León, México) 2004: 75 pp.
18. Lagos H, Placencia E, Rodríguez H. Factores Psicosociales en el maltrato del adulto mayor. Universidad de la República. Santiago 5-7 (2005).
19. Ridhardson J. Identifying domestic violence: a cross sectional study on primary care. BMJ 2001;324(7332):274-8
20. Rivera C, José M Gil, Gregorio P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid. Edimsa, 23. 38 (2004).
21. Santiesteban EH. Medio familiar. Violencia en la tercera edad. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999. p. 43-8.
22. Manrique SR. Familia y sociedad. Su papel en la atención primaria. En: Vázquez JL, ed. Psiquiatría en la atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica; 2003. p. 495-508.

Recibido: 2 de diciembre de 2008

Aprobado: 28 de enero de 2009

*Dra. Lourdes Docampo Santaló.* Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor. Policlínico Comunitario Docente Francisco Peña Peña. Nuevitas, Camagüey, Cuba. *E-mail:* [ldocampo@finlay.cmw.sld.cu](mailto:ldocampo@finlay.cmw.sld.cu)