

ARTÍCULOS ORIGINALES

Caracterización del maltrato en el anciano

Characterization of abuse in the elderly in health clinic of the family physician plan

Dr. Oscarlyns Cardoso Núñez; Dr. Nelson M. Mejías Álvarez, Dra. Juana J. Macías Peña, Dr. Francisco Amaro Hernández

Policlínico Comunitario Docente Rodolfo Ramírez Esquivel. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar el maltrato en el adulto mayor en un consultorio médico del área de salud perteneciente a la Policlínica Comunitaria Docente Rodolfo Ramírez Esquivel de Camagüey durante el año 2002. El universo de la investigación estuvo constituido por 84 adultos mayores. Se aplicó una encuesta que constituyó el registro primario del estudio y cuyos datos obtenidos se procesaron automatizadamente con una confiabilidad de un 95 %. El grupo etáreo predominante fue el de 60 a 69 años (77, 3 %), al igual que el sexo femenino (54, 7 %). La estructura familiar extensa (63, 5 %) y el funcionamiento familiar disfuncional (57, 1 %) fueron relevantes. En cuanto al grado de relación con el maltratante predominó el familiar (86, 9 %), de igual forma el tipo de maltrato más encontrado fue el psicológico (98, 8 %).

DeCS: MALTRATO AL ANCIANO; VIOLENCIA DOMÉSTICA.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out for characterising abuse in the elderly in a health clinic from the area of Rodolfo Ramírez Esquivel Teaching Polyclinic during 2002. The research universe was composed of 84 aged persons. A survey was applied which constituted the primary register of the study and data obtained were automatically processed with a 95 % confidence: The prevailing age group was that of 60 to 69 years (77, 3 %), the same as feminine sex (54, 7 %). The wide family functioning (57, 1%) were relevant. As to the relationship with the abuse most frequently found was the psychologic (98, 8 %).

DeCS: ELDER ABUSE; DOMESTIC VIOLENCE.

INTRODUCCIÓN

Según estadísticas internacionales el 65 % de la población geriátrica formará parte de los países subdesarrollados. Cuba con más de 1 600 000 personas de la tercera edad no evade esta problemática. La satisfacción de una serie de necesidades en este grupo poblacional ha permitido que la proporción de adultos mayores alcanzada en nuestro país (14, 6 %) sea superior al total mundial (12, 8 %), solo superadas por países desarrollados que muestran un 16, 1 %. Contamos además con una expectativa de vida que se encuentra entre las primeras del mundo. ¹

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 aumente proporcionalmente con la expectativa de incapacidad e invalidez en los aspectos psicológicos, sociales y funcionales. ¹

La incidencia del maltrato es mucho más alta de lo que las estadísticas pueden señalar, debido a que un gran número de casos pasan inadvertidos, esto se debe fundamentalmente al temor a la exposición pública del hecho, no romper el estatus familiar, miedo a represalias o a perder el afecto del maltratante, no estar capacitado física o mentalmente para pedir ayuda y la esperanza de que el maltrato termine. ²

Estudios realizados en diversos países han encontrado que las personas ancianas son vistas como un grupo marginal y la imagen general es que son inútiles e

improductivas, predominando en diversos grupos de edad los estereotipos negativos.³

El maltrato se define como la utilización de la imposición física, coacción psíquica o moral por parte de un individuo o un grupo de sujetos en contra de sí mismo, de objetos, de otra persona o grupo de personas víctimas por lo que constituye una amenaza, una negación a la vida y a la dignidad humana.⁴

Este se manifiesta en diversidad de espacios, lugares o personas que la ejercen o la sufren, este fenómeno durante décadas ha sido considerado como inexistente y hoy en día se ha convertido en un problema social.⁵

Todo esto nos motivó a realizar el presente estudio, para entender mejor esta problemática y trazar estrategias de prevención, intervención y tratamiento. Las campanas que hoy doblan por ellos, mañana tocarán por nosotros si no sabemos, no queremos o no podemos promover generaciones sensibles a lo que tarde o temprano será nuestro futuro.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar el maltrato en el anciano en el consultorio número seis del médico y enfermera de la familia del área de salud perteneciente a la Policlínica Comunitaria Docente Rodolfo Ramírez Esquivel de la ciudad de Camagüey en el período comprendido de enero a diciembre de 2002.

El universo de la investigación estuvo constituido por 84 pacientes mayores de 60 años, dispensarizados en las historias clínicas de salud familiar e individual, que reunieron las condiciones según la escala geriátrica de evaluación funcional para ser entrevistados. Se confeccionó una encuesta según revisión bibliográfica^{3, 4, 6} y criterios de expertos, la que una vez llenada por entrevistas individuales de los autores con los pacientes se convirtió en el registro primario de la investigación. Las variables a estudiar y cuya selección se correspondió con los criterios que determinaron la confección de la misma fueron: edad, sexo, estructura familiar, funcionamiento familiar, grado de relación con el maltratante y tipo de maltrato.

Los datos recogidos en la encuesta se procesaron en una computadora IBM compatible mediante paquetes de programas estadísticos, se trabajó con una confiabilidad de un 95 % y los principales resultados se expresaron en tablas y textos.

RESULTADOS

Al analizar la distribución según edad se determinó que en los adultos mayores, el grupo etáreo predominante fue el de 60 a 69 años para un 77,3 %, seguido del grupo de 70 a 79 años con un 22,6 %.(tabla 1)

Tabla 1. Distribución según edad

Grupos de edad	No.	%
60-69	63	77,3
70-79	19	22,6
80 y más	-	-
Total	84	100

En relación con la distribución según sexo, nos percatamos de un predominio del femenino en los adultos mayores estudiados (54,7 %), seguido del masculino con un 45,2 %.

Existió un predominio de las familias extensas (63,5), seguidas de las familias nucleadas (25 %) y de las ampliadas (11,9 %) respectivamente. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución según estructura familiar

Estructura familiar	No.	%
Nucleada	20	25
Extensa	54	63,5
Ampliada	10	11,9
Total	24	100

Al exponer la distribución según funcionamiento familiar (Tabla 4) se encontró un amplio predominio de las familias disfuncionales (57,1 %), seguidas de un mínimo de familias funcionales (42,9) (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución según funcionamiento familiar

Funcionamiento Familiar	No.	%
Familia disfuncional	48	57,1
Familia funcional	32	42,9
Total	80	100

Fuente: Encuesta

En cuanto al grado de relación con el maltratante llama la atención la alta frecuencia de familiares (86, 9 %) responsables del maltrato, seguidos de miembros de la comunidad (25, 3 %), conocidos (19, 9 %), médicos y pareja (11, 9 %), enfermeros (10, 7 %), trabajadores sociales (8, 3 %), amigos (4, 7 %), compañeros de trabajo y psicólogos (2, 3 %). (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución según grado de relación con el maltratante

Grado de relación	No.	%
Familiares	73	86,9
Miembros de la comunidad	21	25,3
Conocidos	16	19
Pareja	10	11,9
Médicos	10	11,9
Enfermeras	9	10,7
Trabajadora Social	7	8,3
Amigos	4	4,7
Compañeros de trabajo	2	2,3
Psicólogos	2	2,3
Otros relacionados con el paciente	35	4,1

Al analizar la distribución según tipo de maltrato se observó un predominio del maltrato psicológico (98, 8 %), seguido del maltrato verbal (92, 8 %), el maltrato por negligencia (61, 9 %), el maltrato iatrogénico (60, 7 %), el maltrato financiero

(54, 7 %). Menos frecuente resultó el maltrato por confinamiento (27, 3 %), el maltrato por explotación (20, 2 %), el maltrato sexual (1, 1 %). (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución según grado de clasificación del maltrato

Tipo	No.	%
Maltrato psicológico (descrédito, presiones psíquicas o afectivas, intolerancia, rigidez conductual, silencios)	83	98, 8
Maltrato verbal (insultos críticas, amenazas, apodos, gritos, humillaciones)		
Maltrato por negligencia (falta de protección y cuidados, no respuesta a necesidades afectivas, sociales y materiales descuido de vestuario, alimentación y atención médica)	78	92, 8
Maltrato yatrogénico (provocado por médico o personal paramédico)	51	60, 7
Maltrato financiero (uso de su dinero, abuso de sus propiedades, robarle, inducirlo a gastar)	46	54, 7
Maltrato por confinamiento (encierros, atarlos, impedir su deambulación)	23	27, 3
Maltrato por explotación (actividades no acordes a su capacidad física, horarios indebidos, no sacarlos, cuidados de niños, utilizarlo en beneficio de otro o instituciones)	1	20, 2
Maltrato físico(golpes, empujones, forcejeo, lesiones, castigos corporales)	13	15, 4
Maltrato sexual (abusos lascivos, coito, exigencias inmorales)	1	1, 1

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

En lo referente a la edad coincide con nuestro estudio Delis S.C,⁷ que menciona que la violencia en el anciano predomina en las edades de 60 a 64 años; sin embargo, estos análisis como el de Grosman M.A,⁸ explica que la violencia familiar hacia el paciente geriátrico se manifiesta en las edades entre 70 y 75 años discrepa de ambos Shalin Y,⁹ cuyos resultados arrojan una alta incidencia en los adultos mayores de 80 y más años.

En cuanto al sexo hubo correspondencia con otros autores, para Delis S.C,⁷ la mujer anciana sufre la violencia con mayor frecuencia que el hombre (74, 3 %) González S.R,¹⁰ reafirma lo encontrado en nuestra investigación con su estudio titulado Maltrato en la tercera edad, donde determina un mayor número de ancianos violentados en el sexo femenino (28, 1 %), al igual que Evans y G,¹¹ que expresa que la población geriátrica nacional e internacional se caracteriza por un menor número de representantes del sexo masculino.

En cuanto a la estructura familiar similares resultados obtuvo Lersch P,¹² que encontró en su investigación una incidencia de maltrato en ancianos que viven en familias extensas (31, 5 %) y Ortiz G.M,¹³ en su estudio encontró que el 62 % de los ancianos que vivían en multigeneraciones sufrieron maltratos en alguna de sus formas.

Estudios procedentes sobre su funcionamiento familiar obtuvieron resultados similares al nuestro Kenneth A B,¹⁴ Santana V O,¹⁵ determinó que el 56 % de las familias por él estudiadas presentaron problemas en cuanto a su dinámica relacional. El predominio en nuestro estudio del funcionamiento familiar disfuncional los atribuimos al hecho de que es más difícil lograr una mayor organización de los roles familiares cuando se trata de un núcleo familiar integrado por numerosos miembros.

Los estudios realizados por Dulcey EM,¹⁶ constataron que el rol familiar ejerce más violencia que otros, Santiesteban E H,¹⁷ determinó que las personas ancianas son vistas como un grupo marginal y la imagen general es estereotipos negativos, lo que propicia y favorece el maltrato por diversos miembros de las sociedad.

Delgado JE,¹⁸ refiere en su investigación que más del 80 % de los adultos mayores entrevistados reconocieron el maltrato psicológico como versión más común, al igual que el estudio De la Fuente R J,¹⁹ que sitúa este tipo de maltrato ocupan un lugar importante cuando el anciano no responde a las expectativas de la dinámica

familiar Gil B M, ²⁰ considera que esta forma de maltrato ocupa el primer lugar, y expresa resultados similares con respecto a los otros tipos.

CONCLUSIONES

Predomina el grupo etáreo de 60 a 69 años al igual que el sexo femenino. La estructura familiar extensa y el funcionamiento familiar disfuncional fueron los más significativos. El tipo de maltrato más encontrado fue el psicológico, seguido del verbal y por negligencia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto RO. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996. p. 151-61.
2. Delia SC. Gerontología Social. San Juan: Editorial Aries; 1999. p. 54-6.
3. Loredó GI, Cabrero JH. Actitudes hacia los ancianos. Barcelona: Editorial Salvat; 1998. p. 43-50.
4. Muñiz FM, Jiménez GX, Ferrer MD, González PJ. La violencia familiar ¿Un problema de salud ? Rev. Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6):538-41.
5. Carol FJ. Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores. Revista Española de Neurología 1999; 28 (120): 1130 -38.
6. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2000. p. 24-6.
7. Delia SC. Abuso y maltrato en personas ancianas. San Juan: Editorial Aries; 1998. p. 112-8.
8. Grosman MA, Robin HM, Borach GL. Violencia y maltrato en el adulto mayor: Buenos Aires: Editorial Universal; 1967. p. 68-70.
9. Shalin Y. Ocurrent injuries in a defined population. Injuries 1999; 21(3): 155-57.
10. González SR; Fleitas FL, Rodríguez FM, Rodríguez SR. Evaluación Médico Social de los ancianos de dos consultorios pertenecientes al Policlínico "California". Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(3); 221-4.
11. Evans JG. Prevention of Age -associated loss of Autonomy. Epidemiological Approaches J. Chronic Dis 1999; 37; 353-58.

12. Lersch P. Psicología Social. Barcelona: Editorial Scientia; 1999. p. 105-7.
13. Ortiz GM, Morales AL: ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad? Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(5): 503-8.
14. Kenneth AB. Maltrato y violencia en los cuidadores. España: Editorial Salvat; 2001. p. 32-43.
15. Santana VO, Bembibre TR, Gama NR, González AE. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones de la medicación. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(4): 316-19.
16. Dulcey EM, Ardilla RJ. Actitudes hacia los ancianos. Rev. Latinoam Psicol 1999; 8:57.
17. Santiesteban EH. Medio familiar. Violencia en la tercera edad. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999. p. 43-8.
18. Delgado JE. Violencia en los ancianos. Boletín del Centro Iberoamericano para la tercera edad. La Habana: Editorial CITED; 1998. p. 21-6.
19. De la Fuente RJ. La familia y la salud mental. Un enfermo en la familia. México: Editorial Fondo de la cultura; 1998. p. 154-56.
20. Gil BM; Trujillo GO. Estereotipos hacia los ancianos. Rev. Cubana Med Gen Integr 1997, 13(1): 34-8.

Recibido: 15 de febrero de 2003

Aprobado: 30 de septiembre de 2003

Dr. Oscarlyns Cardoso Núñez. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente Rodolfo Ramírez Esquivel. Profesor Instructor. Policlínico Comunitario Docente Rodolfo Ramírez Esquivel. Camagüey, Cuba.