

Violencia en pacientes geriátricos

Violence in the elderly

Dr. Izamir Hernández Rodríguez; Dr. Bartolo Fonseca Blanco; Dr. Godofredo Maurenza González; Dra. Aymara Rodríguez Pargas; Dra. Marylín Fernández Sánchez

Policlínico Comunitario Docente Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para conocer el comportamiento de los actos de violencia sufridos por pacientes geriátricos que asisten al policlínico Carlos J. Finlay, de Camagüey, durante 1999. La muestra se tomó mediante sistema aleatorio sistemático de uno de cada cinco pacientes que acudieron a la consulta de geriatría. El 90 % de los ancianos encuestados había sido víctima de la violencia en alguna de sus modalidades; esta proporción fue de 100 % en los pacientes de 80 años o más. El 73, 3 % de ellos estuvo consciente del maltrato recibido. Las los empujones, malas contestas y el restarle importancia a sus problemas, fueron las expresiones fundamentales del maltrato físico, psicológico o por negligencia. El impedir que el anciano participe en las decisiones del hogar y restarle importancia a sus opiniones, resultaron las principales modalidades del maltrato familiar.

DeCS: VIOLENCIA; MALTRATO AL ANCIANO.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out so as to know violence behavior in geriatric patients belonging to Carlos J. Finlay Community Polyclinic of Camagüey during 1999. The sample was collected through a systematic randomized system; one out of each five patients who assisted to geriatric consultation 90 % of the older patients surveyed had been victims of violence in any of its modalities. This proportion is of 100 % in 80 years old patients and over, 73, 3 % of them were conscious of the abuse received. Incongruent answers, pushings and subtracting importance to their problems were the main expressions of psychological, physical maltreatment and negligence. The hindering of elder participation in home decisions and taking off importance to their opinions resulted in the fundamental modalities of familiar abuse.

DeCS: VIOLENCE; ELDER ABUSE.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento ha sido definido como aquel proceso en el que aparecen todas las manifestaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.¹

El rápido envejecimiento de las poblaciones humanas en el presente siglo obliga a aumentar, en los que cursan estas edades, las posibilidades de lograr las mismas satisfacciones que tuvieron en las otras etapas y que esos años transcurran de forma placentera, sana, útil y dinámica. La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, sociales, ambientales y mentales.^{2, 3}

El tema de la violencia doméstica ha sido estudiado con bastante frecuencia, sin embargo, la violencia hacia los ancianos ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes. Cuando se aborda el tema de la violencia hacia el anciano, del abuso y maltrato hacia ellos, se piensa en el anciano institucionalizado, parece inconcebible que los ancianos frágiles, débiles, dependientes, vulnerables, incapacitados e incapaces de atenderse y defenderse a sí mismos, sean objeto de abuso en el seno de la familia, muchas veces incluso por sus propios hijos. El abuso y maltrato hacia el

anciano, igual que hacia los niños y mujeres, es un aspecto que históricamente se ha mantenido como un asunto privado dentro de la familia.^{4, 5}

Si bien los cambios en la dinámica familiar han sido considerados como uno de los factores claves en el abuso y maltrato al anciano, la extensión del problema varía en los distintos países y está condicionado por los hábitos familiares y las normas sociales y religiosas.^{6, 7}

La violencia hacia la población anciana no es un fenómeno nuevo, pero la magnitud del problema tiende a aumentar a medida que una proporción mayor de la población alcanza edades más avanzadas.⁸

La complejidad de la violencia en sus distintas manifestaciones, obviamente requiere de enfoques multifacéticos para enfrentarlos, que deben ir desde lo general hasta aquellas acciones más puntuales y específicas: desde acciones que le corresponde asumir al Estado y a la sociedad hasta aquellas que involucran a la comunidad, la familia y el individuo.^{2, 4, 9}

En Cuba, como en otros países, resulta difícil estimar la magnitud de la violencia en la vejez, debido a la falta de datos adecuados. Sin embargo, en una investigación realizada en Argentina, el 60 % de los ancianos encuestados respondieron haber recibido algún tipo de maltrato.¹⁰

Teniendo en cuenta que Cuba es uno de los países más envejecidos de América Latina, con aproximadamente un 14 % de la población perteneciente a este grupo de edad, con una expectativa de vida de 76 años, y que en el Ministerio de Salud la atención al paciente mayor de 60 años es uno de los programas priorizados, decidimos realizar esta investigación para conocer el comportamiento de la violencia en este grupo de pacientes de nuestra área de salud.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal para conocer el comportamiento de la violencia en pacientes en edad geriátrica pertenecientes al área de salud Carlos J. Finlay de Camagüey, en el período comprendido entre enero y diciembre de 1999.

De un universo de 250 pacientes que fueron atendidos en la consulta de geriatría en el período señalado, se seleccionaron 50 pacientes por el método aleatorio sistemático (uno de cada cinco), que conformaron la muestra de la investigación.

A los ancianos se les aplicó una encuesta, que después de aplicada se convirtió en la fuente primaria de datos, los cuales fueron procesados utilizando el paquete de Programas Estadísticos Microstad.

Definiciones Operacionales

Violencia: Es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitable.

Maltrato: Es una categoría de la violencia, que no sólo incluye el abuso físico, sino además la negligencia, el abuso verbal, el psicológico, al abuso financiero, el abandono y el fraude.

RESULTADOS

El grupo de mayor frecuencia en los pacientes encuestados fue el de 70-79 años, con el 38 %. De los 50 pacientes estudiados 45, que representan el 90 %, habían recibido alguna forma de maltrato (físico, psicológico, negligencia etc). La cifra alcanzó el 100 % en los pacientes de 80 años (tabla 1).

Tabla 1. Distribución según edad y presencia de maltrato

Edad	Frecuencia	%	Maltrato	%
60-69	17	34	15	88,2
70-79	19	38	16	84,2
80 y más	14	28	14	100
Total	20	100	45	90

Fuente: Encuestas

Observaciones: % en edad sacado en base a 50 % de maltrato sacado en base a cada categoría.

De los 45 ancianos que recibieron maltrato, el 73, 3 % tenían conciencia de ello.

Entre los pacientes que refirieron maltrato físico, la categoría lo empujan fue la modalidad que más se encontró con 17 afectados para el 34 %; 11 de ellos manifestó que era la familia quien los maltrataba de esa forma, seis pacientes reportaron que este tipo de maltrato era recibido por otros, vecinos, amigos, familiares con los que no conviven, desconocidos etc. Seis ancianos refirieron que los golpeaban y tres

plantearon alguna vez haber sido atacados con objetos. No se reportó ningún abuso sexual (tabla 2).

Tabla 2. Distribución según maltrato físico

Tipo de maltrato	Familia	%	Otros	%	Total	%
Golpes	4	8	2	4	6	12
Empujan	11	22	6	12	17	34
Atacan con objeto	1	2	2	4	3	6
Abuso sexual						

Fuente: Encuestas

Dentro del maltrato psicológico la modalidad más frecuente encontrada fue la mala contestación, reportada por el 70 % de los ancianos, le siguieron en orden de frecuencia las palabras groseras y las ofensas con gestos que se reflejan en el 58 y 54 % respectivamente. Las otras formas de maltrato psicológico se presentaron en proporciones mucho menores (tabla 4).

Tabla 4. Distribución según maltrato psicológico

Tipo de maltrato	Familia	%	Otros	%	Total	%
Mala contestación	31	62	4	8	35	70
Palabras groseras	23	46	6	12	29	58
Impiden relación	7	14	1	2	8	16
Ofensas con gestos	20	40	7	14	27	54
Amenaza con institucionalización	11	22	1	2	12	24
Ocultan pertenencias	8	16			8	16
Impiden conversar	10	20	1		10	20

Fuente: Encuesta

El 74 % de los pacientes, refirió que se les resta importancia a sus problemas. Llama la atención que en el 30 % de los ancianos encuestados, la familia se despreocupa de su higiene u obstaculizan su alimentación.

Tabla 5. Distribución según maltrato por negligencia

Tipo de maltrato	Familia	%	Otros	%	Total	%
Restan importancia a sus problemas	34	68	3	6	37	74
Despreocupan su higiene	15	30			15	30
Obstaculizan su alimentación	15	30			15	30

Fuente: Encuesta

Entre los gerontes encuestados las formas de maltrato familiar más frecuentes fueron la no participación en decisiones y el restar importancia a sus opiniones (tabla 6).

Tabla 6. Distribución según maltrato familiar

Tipo de Maltrato	Siempre	%	A veces	%
Restan importancia a sus opiniones	11	22	24	48
Impiden participar en decisiones	14	28	19	38
Obstaculizan su intimidad	9	18	11	22
Toman sus objetos	5	10	17	34

Fuente: Encuestas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996.
2. Folge W, Rosemberg M, Mercy A. Public health and violence prevention. Curr Issues Public. 1995;(1):2-9.
3. Cruz Rolando A. Psicología, gerontología y geriatría. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996.
4. Espinosa Restrepo H. Propuestas de acción para la reducción de los factores de riesgos de accidentes y violencia. Colombia: OPS; 1993.
5. Sánchez Delia C. Intervención y manejo en casos de abuso y maltrato de personas ancianas. San Juan: Bol. Universidad Interamericana; 1997.
6. Sánchez Delia C. Abuso y maltrato de personas ancianas. San Juan: Bol. Universidad; 1997.
7. Kosberg J, García J. Elder abuse. International and cross-cultural perspectives. New York: The Harworth Press Inc; 1995.

8. OPS: Conferencia Interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Washintong D.C: OPS; 1994.
9. Rodríguez M. Violencia doméstica. Rev Bohemia. 1994;86(12):8-11.
10. Aguas S, Beretone M, Lew N, Guido P. Cómo perciben los adultos mayores el maltrato. Rev Latin Gerontol. 1995;3(1):2-7.

Recibido: 3 de marzo de 2002

Aprobado: 12 de junio de 2002

Dr. Izamir Hernández Rodríguez. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
Policlínico Comunitario Docente Carlos J. Finlay, Cuba.