

**FACTORES QUE CONDICIONAN LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR AL ADULTO MAYOR. ESTUDIO DE CASO.**

Autoras: Esp. Marlene de los Ángeles Macia Torres
Dra.C. Alicia Martínez Tena
Dra.C. Rosario León Robaina

Santiago de Cuba, Cuba

2013

NOTA DE LAS AUTORAS

El envejecimiento, un reto originado por la aspiración de todo ser humano a una vejez feliz, no se alcanza espontáneamente. El análisis de los indicadores de salud de muchos países incluido Cuba, permiten identificar insuficiencias en el proceso valorativo para potenciar un envejecimiento saludable, en relación con el desarrollo de prácticas de vida acordes al contexto social y ecológico, lo que limita un comportamiento adecuado de salud en los sujetos ancianos.

El material que presentamos constituye uno de los resultados de investigación desarrollado en el Centro de Estudios de Desarrollo Cultural Comunitarios, adscripto a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Oriente y conclusión del trabajo de especialidad en Trabajo Social de una de las investigadoras.

Queremos agradecer a todos y cada uno los que de una forma u otra contribuyeron a la terminación de este trabajo, a todos nuestro sincero agradecimiento, en especial a: la Doctora Martha del Carmen Mesa Valenciano, Rectora de nuestra universidad, por su amistad, persistencia y constante ayuda; la Doctora María Eugenia Espronceda, por su incentivación para la culminación de este trabajo; Amada Colombat Rodríguez, Carlos Ramírez Miclín, Elaine Miranda Quintana, Idania Toledo Reina, Josefina Fonseca Remis, Nolaysi Cala Morales, (en orden alfabético) por su amistad y darme fuerzas para seguir adelante; a Ruberlando Espinosa y José A. Expósito, por sus aportes y ayuda incondicional en todo momento; los profesores de esta especialidad, por todo el conocimiento brindado; las personas que de una forma u otra han contribuido a la realización de este trabajo. A todos, muchas gracias.

Las autoras

PARA TODOS AQUELLOS QUE TIENEN UNA VIDA QUE CONTAR

Cuando sea viejo

La edad trae una etapa en la vida que no siempre es fácil de llevar, y donde tenemos que ser más comprensivos que nunca.

El día que esté viejo y ya no sea el mismo, ten paciencia y compréndeme.

Cuando derrame comida sobre mi camisa y olvide cómo atarme mis zapatos, recuerda las horas que pase enseñándote a hacer las mismas cosas.

Si cuando conversas conmigo, repito y repito las mismas palabras que sabes de sobra como termina, no me interrumpas y escúchame. Cuando eras pequeño(a) para que te durmieras tuve que contarte miles de veces el mismo cuento hasta que cerrabas los ojitos.

Cuando estemos reunidos y sin querer haga mis necesidades, no te avergüences y compréndeme que no tengo la culpa de ello, pues ya no puedo controlarlas. Piensa cuantas veces cuando niño(a) te ayude y estuve paciente a tu lado esperando a que terminaras lo que estabas haciendo.

No me reproches porque no quiera bañarme; no me regañes por ello. Recuerda los momentos que te perseguí y los mil pretextos que te inventaba para hacerte más agradable tu aseo. Acéptame y perdóname. Ya que soy el niño ahora.

Cuando me veas inútil e ignorante frente a todas las cosas tecnológicas que ya no podré entender, te suplico que me des todo el tiempo que sea necesario para no lastimarme con tu sonrisa burlona. Acuérdate que yo fui quien te enseñó tantas cosas. Comer, vestirse y tu educación para enfrentar la vida tan bien como lo haces, son producto de mi esfuerzo y perseverancia por ti.

Cuando en algún tiempo mientras conversamos me llegue a olvidar de que estamos hablando, dame todo el tiempo que sea necesario hasta que yo recuerde, y si no puedo hacerlo no te burles de mí; tal vez no era importante lo que hablaba y me conforme con que me escuches en ese momento.

Si alguna vez ya no quiero comer, no me insistas. Sé cuanto puedo y cuanto no debo. También comprende que con el tiempo ya no tengo dientes para morder ni gusto para sentir.

Cuando me fallen mis piernas por estar cansadas para andar, dame tu mano tierna para apoyarme como lo hice yo cuando comenzaste a caminar con tus débiles piernas.

Por último, cuando algún día me oigas decir que ya no quiero vivir y solo quiero morir, no te enfades. Algún día entenderás que esto no tiene que ver con tu cariño o cuánto te ame. Trata de comprender que ya no vivo sino que sobrevivo, y eso no es vivir.

Siempre quise lo mejor para ti y he preparado los caminos que has debido recorrer. Piensa entonces que con el paso que me adelanto a dar estaré construyendo para ti otra ruta en otro tiempo, pero siempre contigo.

No te sientas triste o impotente por verme como me ves.

Dame tu corazón, compréndeme y apóyame como lo hice cuando empezaste a vivir. De la misma manera como te he acompañado en tu sendero te ruego me acompañes a terminar el mío. Dame amor y paciencia, que te devolveré gratitud y sonrisas con el inmenso amor que tengo por ti.

Porque soy de la tercera edad.

Porque soy de la tercera edad,
gran anatema...
Condenada estoy
a arrastrar mi cadena.
Rechazo, burlas, indiferencia...
son todos eslabones que se unen
para hacer más infeliz
mi precaria existencia...

Porque soy de la tercera edad...
¿debo negarme,
a vivir mi "humanidad",
a imitar a otras
que por temor, inercia y abandono
se dejan arrastrar, como las ostras?.

Porque soy de la tercera edad...
sí... ¡qué gran desgracia!...
No morí joven... y perdí la gracia...
Porque soy de la tercera edad,
debo enterrarme... olvidar vitalidad,
salud, mi idiosincrasia.

Porque soy de la tercera edad...
llena de conocimientos,
de amor, comprensión,
de buenos sentimientos;
debo ser castigada y maltratada...
No debo desear vivir...
mi piel, ya está arrugada.

Porque soy de la tercera edad...
anular debo mis sentimientos;
Los deseos, esos,
mucho menos deben aflorar.
Tengo que aprender, en esta nueva etapa
a esconder... a ocultar...
a estrangular mi alma.

¿Y tú, juventud cruel y despiadada,
que fruto eres de esta era
mecanizada, falsa y amargada...
Te morirás ahora,
en la flor de tu vida,
para no llegar
a esta etapa desgraciada?...
¿A la tercera edad?...

RESUMEN

El incremento a nivel mundial en la proporción de personas mayores de 60 años obedece a tres causas fundamentales: la reducción de la natalidad; el aumento de la esperanza de vida al nacer y los movimientos migratorios, alcanzó dimensiones significativas durante la segunda mitad del siglo XX. El análisis de los indicadores revela que el proceso de envejecimiento poblacional continuará acentuándose, pero este análisis no expresa en su totalidad las profundas repercusiones que está teniendo y tendrá en un futuro.

La presente investigación realiza un análisis de los factores que condicionan la violencia intrafamiliar al adulto mayor a partir de estudios de caso. Se toman como referentes los índices de violencia intrafamiliar hacia los ancianos en una comunidad, con el propósito de poder establecer una estrategia de intervención educativa desde las instituciones de salud, que posibilite, a partir el trabajo social, atenuar el impacto de los factores que condicionan la violencia intrafamiliar hacia los ancianos a los efectos de promover recomendaciones encaminadas al perfeccionamiento de las políticas sociales que los protegen.

Se pudo corroborar que la violencia en el caso de los adultos mayores más percibida fue la psicológica y la de negligencia o abandono, lo que habla del tipo de relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia. Entre los elementos que condicionan esta violencia se encuentran: insuficiente preparación para enfrentar la vejez; falta de mecanismos efectivos para la detección de situaciones de maltrato; Insuficiente preparación para enfrentar la vejez; ausencia de una CULTURA DE PAZ al interior de las familias; falta de reconocimiento y respeto de la comunidad al adulto mayor; así como insuficiente promoción de derechos e información.

ÍNDICE:	Página.
Introducción.	1
Capítulo: 1. Aspectos históricos y teóricos del envejecimiento y la violencia intrafamiliar.	5
1.1. El envejecimiento de la sociedad contemporánea. Tendencias en Cuba.	5
1.1.1 La atención en Cuba al anciano.	8
1.2 El trabajo social y su tratamiento hacia el adulto mayor.	13
1.3 Tratamiento conceptual de la familia y violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor.	16
Capítulo: 2. Estrategia de intervención educativa para la protección del anciano.	26
2.1. La intervención en el trabajo social. Metodología utilizada para la valoración de la violencia intrafamiliar hacia el anciano. Estudio de casos.	26
2.2. Caracterización de la comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, del municipio Santiago de Cuba. Análisis de los resultados del diagnóstico.	31
2.3 Intervención ante la violencia intrafamiliar a las personas ancianas. Análisis del estudio de casos.	37
2.4 Estrategia de intervención educativa desde la institución de salud el Consultorio del Médico de la Familia.	44
Conclusiones.	53
Recomendaciones.	55
Bibliografía	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población se produce de forma paulatina. Es un proceso natural y en él intervienen, la fecundidad, la mortalidad y las migraciones. Todos estos elementos de manera conjunta determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, sumamente importante para la planificación económica y social de cualquier país y para la corrección de las políticas sociales.

Es evidente que existe un proceso de envejecimiento poblacional en numerosas partes del mundo y en particular en nuestro país, donde hay una amplia cobertura y calidad de los servicios de salud, una indudable disminución de la mortalidad infantil, así como un similar aumento de la esperanza de vida, con su consecuente impacto en la elevación del nivel de vida de la población en general.

Envejecer es un proceso natural, es el resultado de una serie de cambios morfológicos, psicológicos, funcionales y bioquímicos que origina el transcurrir del tiempo sobre los seres vivos, con amplias repercusiones en la esfera de relación del individuo, es irreversible y se comporta de forma diferente en cada individuo. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y reserva del organismo ante los cambios.

Las expresiones utilizadas para nombrar este grupo etario han cambiado a lo largo de los últimos años. Se les llamó viejos, pero esta expresión fue desechada pues tiene una connotación negativa o peyorativa. Se habló de personas de edad avanzada, pero pronto dejó de utilizarse. Luego se comenzó a usar el término tercera edad como sustituto del término vejez. Posteriormente la Organización Panamericana de la Salud decidió utilizar el término adulto mayor para designar a las personas de 65 años o más.

En la medida en que la sociedad ha ido envejeciendo, ha aumentado de forma acelerada la cantidad de adultos mayores, por lo que este grupo se va atendiendo de forma diferenciada.

En la década del sesenta del siglo pasado XX, se fue tomando consciencia social sobre los malos tratos hacia los niños y las mujeres. Para su atención fueron creadas varias organizaciones gubernamentales o de otro tipo en diversas partes del mundo, y se han destinado recursos para la solución de este fenómeno, en el cual están involucradas todas las sociedades, clases sociales, niveles socioeconómicos, profesiones, grupos sociales, religiones, razas y sexos.

Es a partir de la década del ochenta que, de cierta manera, se inicia el estudio del maltrato y abandono en los ancianos, reconociéndose que este sector de la población es también de gran vulnerabilidad a ser maltratado.

La violencia a los adultos mayores es un proceso complejo y de gran alcance, que ocurre tanto en el medio familiar, comunitario, como institucional.

La gran mayoría de los ancianos no se quejan, en ocasiones por pena, otras por miedo a represalias de las familias o de los que les atienden, en otras incluso llegan a sentirse culpables de las situaciones dadas, por lo que es un fenómeno que pasa inadvertido ya que se detecta y registra en menor frecuencia que al resto de los maltratos.

La familia cumple un papel primordial en el desarrollo del hombre, es por ello que constituye una institución social difícil de asociar con la violencia. El maltrato a los adultos mayores en el medio intrafamiliar no es muy visible, pues ocurre en la mayoría de los casos dentro del hogar y en estas circunstancias ni el agredido, ni el agresor, exponen la situación ante otras personas.

Para el anciano es importante tanto recibir ayuda de su familia como brindarla, sentirse reconocido, querido y que no ser un estorbo para las personas que lo rodean. La situación de proporcionar y recibir cuidados es constante a lo largo del ciclo vital de las personas. La familia puede ser fuente de apoyo tangible, informacional y emocional, por lo que cualquier alejamiento de sus parientes puede ser motivo de soledad y abandono.

Nuestro país, con un proyecto social socialista y poseer un extenso programa de atención y seguridad social, no está ajeno a la violencia intrafamiliar, por lo cual el estado y la sociedad se esfuerzan por prevenir y solucionar este fenómeno.

En la Constitución de la República de Cuba, se manifiesta la voluntad política del Estado cubano, para eliminar toda forma de discriminación y opresión por razones de clase, género y raza; nuestras leyes amparan a la niñez, la juventud y la familia; y se garantiza el respeto de los derechos humanos de los miembros del grupo familiar, paso previo para la eliminación de cualquier forma de violencia u opresión.

Existen órganos competentes facultados para tomar medidas legales, represivas y preventivas, como son los Tribunales Populares municipales y provinciales, la Policía Nacional Revolucionaria, la Comisión de Prevención y Atención Social, y las Casas de Orientación a la Mujer y a la Familia auspiciadas por la Federación de Mujeres Cubanas.

En Cuba crece aceleradamente el envejecimiento poblacional y existe la preocupación del mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos. La violencia en general y el maltrato intrafamiliar a los adultos mayores en particular, es una manifestación oculta y en ascenso, con consecuencias directas en la salud física y mental de las víctimas. Las personas de la tercera edad, según las estadísticas, poseen desventajas económicas y sociales, y tienen una mayor vulnerabilidad a este fenómeno. Mientras exista un anciano maltratado, la sociedad debe tomar medidas adecuadas ya que el asunto es grave con independencia de la incidencia.

El maltrato a los ancianos es un problema mucho más complejo y de mayor alcance que lo percibido. A pesar de que incluye el descuido institucional en hogares para adultos mayores con algún tipo de discapacidad y

otras residencias, la mayoría de los casos son de carácter intrafamiliar, cometidos por familiares cercanos, como es el caso del cónyuge, un hijo adulto o un nieto.

Fueron útiles para la realización de la investigación los datos aportados por los informes

Organización de Naciones Unidas del 2010 y la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ENEP-2010) en las 14 provincias del país; así como los trabajos de Kisnerman, N. Pensar en trabajo social (1998); Smith Venegas Marjorie. Estudio de casos. Opción para el trabajo social (1992); Landriel, Eduardo. Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social (2012); Hernández Aguilera, A. Violencia familiar intradinámica contra el adulto mayor (2012).

El presente trabajo se realizó en el período comprendido entre mayo y agosto del 2011. Nuestra investigación se efectuó en la comunidad que es atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, ubicado en el municipio cabecera de la provincia Santiago de Cuba, el cual cuenta con un universo de 241 adultos mayores.

La muestra quedó conformada por 60 ancianos, cuyas edades oscilan entre los 70 y más años, que estuvieran con plenas capacidades psíquicas mentales y que cooperaran con la investigación. El promedio de edad general fue de 76 años.

Definición de términos:

Sexo: se consideraron ambos sexos.

Personas ancianas: hombres y mujeres de sesenta años o más.

Edad investigada: se agruparon en los siguientes grupos de edades: 70 a 74, 75 a 79, 80 a 84 y de 85 a 89.

Convivencia: Solo, con cónyuge, con familia y otros.

Condiciones económicas: buenas, regulares y malas.

Para el caso de la recogida de información a través del cuestionario se tomó el 100 % de los ancianos víctimas de violencia doméstica, identificados por los informantes claves en la comunidad estudiada.

El trabajo está estructurado en introducción, dos capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos. Se abordan los elementos teóricos, metodológicos y empíricos que permiten no solo explicar los factores que condicionan la violencia intrafamiliar al adulto mayor, sino además, elaborar una herramienta de intervención para atenuar los impactos del maltrato en el nivel de grupo. El texto lo acompaña un conjunto de anexos con datos que ilustran el proceso de envejecimiento de la sociedad cubana y santiaguera.

Los resultados apuntan a: una ubicación del contexto sociodemográfico del grupo de ancianos desde el trabajo social, en el que se hace énfasis en los elementos conceptuales, validados en el estudio de 4 casos, así como la construcción de la estrategia educativa de intervención dirigida a la institución de salud Consultorio del Médico de la Familia y recomendaciones en el orden práctico.

CAPÍTULO 1.- ASPECTOS HISTÓRICOS Y TEÓRICOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

En el presente capítulo se recoge una caracterización histórica de la prevención de la violencia contra el anciano. Otro aspecto tratado es el trabajo social y su tratamiento hacia el adulto mayor.

Se presenta además una estrategia de intervención educativa desde la institución de salud el Consultorio del Médico de la Familia.

1.1. EL ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA. TENDENCIAS EN CUBA.

Actualmente 1 de cada 9 personas en el mundo tiene 60 años o más. Según datos de la Organización de Naciones Unidas, en 2050 se estima que esta proporción pase a ser de 1 de cada 5, casi el doble. La División de Población de las Organización de Naciones Unidas (ONU) ha presentado recientemente un informe en el que analiza el envejecimiento de la población de más de 230 países del todo el mundo desde 1950 y realiza una serie de proyecciones a medio plazo (2050) según las tendencias actuales. En ellas prevé un elevado envejecimiento global de la población mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y analiza sus posibles consecuencias socioeconómicas.¹

Lo señalado permite aseverar que uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población en edades avanzadas. La disminución de la mortalidad y la fecundidad tiende a transformar la pirámide de la población, estrechando su base y ampliando su cúspide. En el pasado, en la actualidad o en el futuro, bien sea rápida o lentamente, todas las naciones del mundo han enfrentado, enfrentan o enfrentarán de manera ineludible el envejecimiento demográfico.

Por otro lado se afirma que el acelerado envejecimiento de la población es uno de los hechos sociales más importantes y con implicaciones de más largo alcance de las sociedades postindustriales en este comienzo del siglo XXI. Aunque de un modo incipiente, también en la mayoría de los países en vías de industrialización se percibe la tendencia al envejecimiento, en la que confluyen los tres factores siguientes: una proporción creciente de población de más de 65 años, un aumento en números absolutos de las personas ancianas y el aumento de la esperanza de vida al nacer².

¹ Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [Internet]. United Nations. New York; 2009. [Actualizado en enero de 2010. Citado el 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>

² Susana Ketfl y U. Manuel Fernández. La construcción social de la vejez.

El envejecimiento de la población hará aumentar la tasa de dependencia (personas a cargo de otras/activos potenciales) en las próximas décadas. El envejecimiento de la población no es sólo una cuestión demográfica; es también el resultado de un modo concreto de interactuar económica, política y culturalmente todos los grupos de edad.

La creencia de que este fenómeno y sus consecuencias no son preocupación exclusiva de los países desarrollados se opone a las realidades y previsiones sobre la escala, características y heterogeneidad de este proceso en los países en desarrollo. Las sociedades envejecidas o en proceso de serlo están apareciendo gradualmente por todos los rincones del mundo.

En enero de 2010, las Naciones Unidas publicaron el informe *Envejecimiento de la población 2009*.³ En el contenido de este informe se destacan cuatro conclusiones principales:

1. El envejecimiento de la población **no tiene precedentes**. La población envejece cuando aumenta la proporción de personas de la tercera edad (es decir, los mayores de 60 años o más), se acompaña de reducciones en la proporción de niños (personas menores de 15 años) y por la disminución en la proporción de personas en edad de trabajar (15 a 59). A nivel mundial, el número de personas de la tercera edad se espera que supere el número de niños por primera vez en 2045. En las regiones más desarrolladas, donde el envejecimiento de la población está muy avanzado, el número de niños cayó por debajo de la de las personas de la tercera edad en 1998.
2. El envejecimiento de la población es **generalizado**, ya que afecta a casi todos los países del mundo. El resultado del envejecimiento de la población, principalmente por la reducción de la fecundidad, se ha convertido en prácticamente universal. La desaceleración resultante en el crecimiento del número de niños junto con el aumento constante del número de personas mayores tiene una directa influencia en la justicia, tanto intergeneracional como intrageneracional y la solidaridad, que son los cimientos de la sociedad.
3. El envejecimiento de la población es **profundo** y tiene importantes consecuencias y repercusiones para todas las facetas de la vida humana. En el ámbito económico, el envejecimiento de la población tendrá un impacto en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las transferencias intergeneracionales. En el ámbito social, el envejecimiento de la población influye en la composición familiar y vital, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y la necesidad de servicios de salud.⁴ En lo político, el envejecimiento de la población puede alterar los patrones de voto y la representación política.

³ ONU. Envejecimiento de la población. Informe. 2009.

4. El envejecimiento de la población es **permanente**. Desde 1950, la proporción de personas mayores ha aumentado constantemente, pasando del 8% en 1950 al 11% en 2009, y se espera que alcance el 22% en 2050. Mientras la mortalidad en la vejez siga disminuyendo y la fertilidad siga siendo baja, la proporción de personas de la tercera edad seguirá aumentando.

Estas cuatro conclusiones justifican la necesidad de mirar desde el trabajo social a este grupo social que crece. En este estudio trabajamos con la ancianidad, llamada también tercera edad o adulto mayor. Álvarez Sintiese en el Manual de Medicina General Integral expone el envejecimiento como: "las series de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que se originan con el paso del tiempo sobre los seres vivos, se caracterizan por la progresiva pérdida de la capacidad de adaptación del organismo entre otros de los cambios"⁴

Con respecto al término adulto mayor existen diversas definiciones. Se plantea que son las personas que llegan a una edad en la que no deben continuar de forma adecuada el trabajo y por tanto deben jubilarse. Otros señalan que el adulto mayor es la persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña y que solo espera la muerte.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) interpreta la vejez como el período de vida en el que se menoscaban las funciones mentales y físicas, se acentúan cada vez más las diferencias en comparación con épocas anteriores de la existencia.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez destacan el aspecto biológico y señalan que es un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte.

Es en la vejez donde se reduce la facultad funcional de las personas. Puede encontrarse decadencia en las funciones intelectuales como son la percepción, memoria, imaginación, el análisis.

Se detecta por lo general que la sociedad no está preparada para enfrentar estos cambios y por tanto tampoco lo está la familia.

Patricia Ares señala que "a pesar de los niveles alcanzados existen también conflictos de comunicación, violencia, maltratos, e incomprensiones que ponen de manifiesto aun, escasa cultura para la convivencia y la cotidianidad."⁵

Para el anciano, vivir con sus hijos, cónyuge y familiares tiene gran importancia. Las necesidades de compañía, de ser tomadas en consideración sus opiniones, valores, sentimientos y otros aspectos de la vida

⁴ Hernández Aguilera, A. Violencia familiar intradinámica contra el adulto mayor.

⁵ Quintero G. Psicología del envejecimiento.

intervienen positivamente en la etapa final de sus vidas. La mayoría de los adultos mayores conviven con familiares y actualmente

El aumento acelerado de la cantidad de adultos mayores en la medida que estos van envejeciendo ha traído como consecuencia la necesidad de su atención de forma diferenciada, así como del desarrollo de investigaciones que permitan el análisis de su comportamiento y evolución.

Socialmente el adulto mayor experimenta cambios relacionados con su jubilación. Debido a esto se muestran con sentimientos de inutilidad, minusvalía y pérdida de relaciones sociales.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez destacan el aspecto biológico y señalan que es un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte.

Se detecta por lo general que la sociedad no está preparada para enfrentar estos cambios y por tanto tampoco lo está la familia.

1.1.1.- La atención en Cuba al anciano.

En Cuba, donde existe una población que rebasa los 11 millones de habitantes, tenemos algo más del 12,5 % de la población que sobrepasa los 60 años. La población cubana ha ido envejeciendo por el incremento de la esperanza de vida, el desarrollo demográfico y los movimientos migratorios. (Anexo 1)

El contexto socio-demográfico actual y prospectivo que presenta el país es de un crecimiento poblacional muy bajo (nulo), con índices de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, baja mortalidad infantil, elevada esperanza de vida, y un saldo negativo de la migración externa. La combinación de estos factores ha afectado, no solo el tamaño y el ritmo de crecimiento de la población, sino también, su estructura por edades, dando lugar a un franco proceso de envejecimiento.⁶

La definición de envejecimiento desde el punto de vista demográfico está relacionada con el aumento en la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población, sin embargo, se ha considerado la importancia de definirla también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno, no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes entre 0 y 14 años.

⁶ Entre diciembre del 2010 y marzo del 2011 se levantó la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ENEP-2010) en las 14 provincias del país, vigentes en ese momento, y el municipio especial Isla de la Juventud. Tuvo por tanto una representatividad nacional y la muestra fue diseñada de modo que también pudieran obtenerse resultados de igual calidad por regiones en las cuales se subdividió el país y que se detallan más adelante.

Cuba ha transitado desde un 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta un 17,8 % en el 2010, lo que indica según investigaciones de la ONEI, su ubicación en el Grupo III de Envejecimiento¹ (mayor del 15 % la población de 60 años y más, respecto al total). Así, en el término de 25 años el envejecimiento se ha incrementado en 6,5 puntos porcentuales. Como perspectiva de la dinámica demográfica entre el año 2011 y el 2025 la población de Cuba habrá disminuido en valores absolutos, en algo más de 203 111 personas. La edad promedio pasará de 38 años alrededor de 44 años. Casi el 26 % de su población tendrá 60 años y más, con un elevado crecimiento absoluto de la de 80 años y más, si hoy tenemos 2 millones de personas de 60 años y más, para el 2030 serán 3,3 millones.⁷ (Anexos 2 y 3).

En nuestro país, el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor (PNAM) posee como aspiración, la de contribuir a elevar el nivel de salud, la satisfacción y calidad de vida de los adultos mayores, a través de actividades de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación realizadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio anciano en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

Hay instituidas políticas y métodos para atender al adulto mayor con amplias proyecciones médicas, psicológicas y sociales, brindando como resultados una vida de superior calidad, que posibilite que estas personas se sientan útiles a la familia y a la sociedad.

De esta forma surgieron los programas de la Revolución, orientados a elevar la calidad de vida del adulto mayor. Actualmente existen en las comunidades las Casas de Abuelos que aseguran a éstos tranquilidad en su atención en el transcurso del día, y les procura la participación en actividades que se efectúan en su entorno social como son los Círculos de Abuelos, las Cátedras Universitarias del Adulto Mayor, y más recientemente, los Club de los 120 años.

Valiosas son las experiencias sobre el enfoque de este período de vida desde el punto de vista médico, psicológico y social, en el que participan médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales e instituciones que brindan servicios geriátricos.

Los actores sociales deben desempeñar un papel activo en función de la atención al adulto mayor acorde con la política del estado establecida desde el propio triunfo de la Revolución, que en función de lo anterior encarga a organizaciones como el MINSAP, INDER, MTSS, INAS, Cultura, Vialidad y Transporte, Comercio y Gastronomía desempeños en correspondencia con su encargo social, por lo que en la actualidad se hace imprescindible la integración de los mismos.

⁷ Datos de la Encuesta Nacional de Envejecimiento poblacional. 2010.

En 1984 se estableció el Modelo de Médico y Enfermera de la Familia⁸ que ha favorecido considerablemente la atención a los adultos mayores. Con esta modalidad de atención comunitaria, se garantiza la dispensarización y el constante y apropiado seguimiento del anciano. Ese mismo año, la Comisión de Salud, Medio Ambiente y Servicios Comunes de la Asamblea Nacional, en cooperación con las Comisiones de Trabajo y Seguridad Social, de Construcción y de Vivienda realizó un estudio sobre la "atención institucional al anciano"; del cual resultaron recomendaciones que sentaban las bases para lo que posteriormente sería el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, el cual se instauró en la segunda mitad de los años 90 debido a la crisis provocada por la caída del campo socialista.

Es en 1997 que se establece el actual Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, que se aplica en todos los niveles de atención, e incluye, salud, seguridad social, deportes, cultura, derechos y otros. Este es uno de los cuatro programas priorizados del Ministerio de Salud Pública, lo cual hace evidente el interés del estado cubano en brindar una atención esmerada a las personas mayores.

a) Subprograma de atención hospitalaria En ocasiones es necesario acudir a la hospitalización, producto del deterioro de las capacidades y de las funciones biológicas, psicológicas y de adaptación al medio social debido al incremento de la edad. Por lo que se enlaza la atención hospitalaria con la comunitaria para mantener internado al anciano durante el tiempo necesario y reincorporarlo en lo posible a su medio, desarrollando en ambos niveles de atención, labores de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

b) Subprograma de atención en instituciones Se realizan acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los ancianos cuya única opción es permanecer en una institución, con el apoyo de la familia, las organizaciones sociales, de masas y comunitarias, y así elevar su calidad de vida. En él se integran instituciones como:

- Hogares de Ancianos: Brindan servicios de cuidado de corta, mediana y larga estadía para ancianos frágiles y en estado de necesidad que no se benefician con otras alternativas en la comunidad. La mayoría de las personas mayores en Cuba permanece en la comunidad.

- Centros médico-psicopedagógicos: Unidades del Sistema Nacional de Salud, en donde se proporciona atención preventiva, curativa y de rehabilitación a través de acciones médicas, psicológicas y sociales calificadas; incluye la atención a personas mayores con retraso mental con el fin de lograr su reinserción social.

c) Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor Surge a partir de la necesidad de encontrar otras formas de atención al anciano, que satisficiera al mismo tiempo sus demandas y la de sus familiares. La familia

⁸ García Quiñones, Rolando y Marisol Alfonso de Armas. Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba"

no quiere internarlos en Hogares de Ancianos, pensando en su desarraigo familiar y comunitario, además de la garantía de su atención durante el día, que los miembros de la familia no podían ofrecer por sus ocupaciones. Este subprograma es el eslabón básico en la atención al adulto mayor, pues incorpora a la familia y a la comunidad en su gestión. Su principal protagonista, es el anciano. La atención incluye la dispensarización de toda la población de 60 y más, la realización de evaluaciones funcionales, la promoción de cambios en los estilos de vida, hábitos y costumbres para prevenir y retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, así como para lograr su rehabilitación comunitaria. Bajo este programa se ubican las siguientes nuevas modalidades:

Hogares de Día o Casas de Abuelos: Se desarrolla un programa de actividades desde la mañana hasta las cinco de la tarde, se garantiza desayuno, merienda, almuerzo y comida, con una dieta especial para los diabéticos. Como parte de las actividades del día realizan ejercicios físicos y de relajación, juegos de mesa y excursiones. La atención es por un personal especializado, que de forma general, lo integran una trabajadora social y un técnico de terapia ocupacional, entre otros. De esta forma se satisfacen las necesidades de los adultos mayores, además de las demandas de sus familiares al no querer ingresarlos en hogares de ancianos, pensando en el desarraigo familiar y comunitario del anciano.

Círculos de Abuelos: Agrupaciones de adultos mayores de base comunitaria que realizan actividades, deportivas, culturales, recreativas, de promoción y prevención que aspiren a un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria. Su objetivo principal es mantenerlos activos física y socialmente, garantizando la salud mental.

Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) Equipo formado por un médico especialista, una enfermera, una trabajadora social y un psicólogo todos con Diplomado en Gerontogeriatría Comunitaria, dedicado a la atención comunitaria integral al adulto mayor, y que apoya al Médico de Familia. Se ocupa, de la atención integral al anciano con riesgo (solos, frágiles, discapacitados, etc.), brinda asistencia médica especializada a través de un sistema de evaluación geriátrica, coordina las respuestas que solucionen las necesidades de los ancianos por él atendidos, dirigido a mantener su permanencia en la comunidad. Apoya al médico de la familia en el Sistema de Atención Primaria de Salud y a la comunidad en el desarrollo de un envejecimiento y vejez saludable.

Además existen otras formas de apoyo a las personas que lo requieren, como el **Asistente Social a Domicilio** para la atención a las personas que viven solas o altamente dependientes; la protección a los adultos mayores solo, el cobro de las pensiones y jubilaciones en el domicilio.

Se han instaurado **escuelas de cuidadores**, con manuales y programas especialmente para personas que atienden a pacientes con Alzheimer, demencias, postrado, etc.

Se creó en Cuba la **Universidad del Adulto Mayor**, que contribuyen a la integración social de los ancianos y les permite mantenerse activos, promoviendo estilos de vida saludables que provocan bienestar en su salud.

Los ejemplos mostrados dan cuenta de políticas sociales y sectoriales bastante efectivas para brindar atención esmerada a las personas mayores.

La familia interactúa con estas políticas a la vez que desarrolla sus propias estrategias de sobrevivencia; hace ajustes y busca adaptarse a cada circunstancia. Se generan tensiones a nivel del hogar, comunitario y social, que devienen en nuevos desafíos.

A fin de consolidar el trabajo de prevención de la violencia hacia el adulto mayor, debe haber una unión de todos los factores en las comunidades, continuando el fomento de una cultura de justicia y de igualdad que no acepte ninguna forma de abuso.

Un gran reto en nuestro país es trabajar para que todas las instituciones y profesionales se integren para disminuir la violencia intrafamiliar hacia los ancianos; y para lograr esto es necesaria la sensibilización y capacitación de todos.

El trabajo comunitario da otro paso de desarrollo con la aparición de los Órganos Locales del Poder Popular y con la concepción del Médico de Familia. El paradigma de atención de Salud a estas personas en el país, el cual no se diferencia con el resto de la población, cumple con los principios básicos de la universalidad, obligatoriedad y gratuidad. A todo este desarrollo comunitario se añadió el desarrollo de la medicina geriátrica y en 1984 se aprueba la especialidad de Gerontología y Geriatria y ya en el siguiente año comienza la formación de especialistas en esta rama actualmente se realiza a través de la aplicación de Políticas Sociales

Reconocemos que existe un nivel de promoción del tema por la radio y la televisión, pero consideramos que no es suficiente a partir de todas las consecuencias que trae consigo y que sería de mucha ayuda si se hiciera de manera micro social, como por ejemplo en la comunidad, por la incidencia de los/las trabajadores sociales comunitarios que surgieron con el objetivo de ser los médicos del alma, por la F.M.C que en nuestro país es la organización encargada de velar por la garantía y la atención a las problemáticas de la mujer, en este caso de la fémina adulta mayor, por los CDR que aglutinan la mayor cantidad de personas en el país y por el resto de los factores comunitarios..

Debe existir una unificación factorial en las comunidades para fortalecer el trabajo en la prevención de la violencia hacia la tercera edad para seguir construyendo la cultura de la justicia y de la igualdad que

fundamente las relaciones entre los seres humanos en los ámbitos de la familia y la sociedad. Una cultura que no admita ninguna forma de abuso o discriminación.

A pesar de que las redes de apoyo sociales informales (la familia, especialistas, vecinos) y formales (FMC, CDR, PNR y Médico de la Familia) de la comunidad trabajan en función de intervenir la violencia contra los ancianos, es necesario ampliar la información y definición sobre este término y las diferentes formas de manifestarse, en aras de facilitar estrategias de intervención, prevención, disminución y participación comunitaria ante problemas de violencia hacia la ancianidad que se generan en nuestras comunidades.

1.2. EL TRABAJO SOCIAL Y SU TRATAMIENTO HACIA EL ADULTO MAYOR.

El trabajo social debe constituir en estos tiempos un elemento que permita potenciar desde la comunidad y desde la participación activa de sus miembros las propias transformaciones que desde el punto de vista social demanda la misma, además está dentro de sus funciones ser ese puente de gestión entre usuarios e instituciones, entre recursos y necesidades.⁹

El trabajo social en sus variados enunciados se orienta a las diferentes relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es por un lado la de proporcionar que todas las personas desarrollen sus potencialidades y mejoren sus vidas y por otra de la prevenir las disfunciones.

Tiene doble función: de un lado, representa un trabajo dirigido a la protección de las personas más necesitadas, y del otro, se trata de una actividad que tiende a favorecer una mejor adaptación de las personas, familias y grupos en el medio social en que viven tratando de evitar, en lo posible, dificultades de convivencia.

Existen disímiles definiciones por varios autores, de ¿Qué es trabajo social? A continuación se mencionan dos de las cuales fueron revisadas durante la investigación teórica.

Malagón (1999) define que:

"[...] el trabajo social consiste en ayudar a la gente a conseguir relaciones que le conduzca a la satisfacción de necesidades personales, tanto en los casos en que las relaciones han sido rotas, como en los que hay posibilidades de que esto ocurra. Esto se entiende de dos maneras enseñando a los individuos a desarrollar sus capacidades y creando recursos o encauzándolos a los existentes"¹⁰ (pág.11)

⁹ Existe una tendencia a considerar a Trabajo Social como una de las pocas profesiones que cumplirían los requisitos demandados en el tratamiento social de los adultos mayores, ya que ofrece una respuesta terapéutica integral en la problemática: prevención, promoción, asistencia (no sólo en la satisfacción de necesidades básicas materiales; sino además relacionales y de interacción entre los individuos y entre éstos y el medio (pares, familia, instituciones, comunidad).

¹⁰ Malagón, J (1999). *Fundamentos del trabajo social comunitario*.

Se considera por parte del autor que el concepto antes mencionado aunque hace alusión a la necesidad de que el individuo resuelva sus situaciones carenciales y problemáticas desde el punto de vista de sus propios recursos y potencialidades, no es totalmente explícito en cuanto al hecho de que se deben atender las causas del fenómeno que dan origen al problema, logrando de esta manera no una solución paliativa al mismo sino un verdadero [antídoto](#) contra la proliferación de dichas situaciones. También falta en este concepto, un mayor acercamiento al protagonismo de los actores sociales en cada uno de los contextos en que se desarrollan.

Otra de las definiciones a las que se hace alusión es la desarrollada por Kisnerman (1998) que asume el trabajo social como:

"[...] la disciplina que se ocupa de conocer las causas y efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere. No es simplemente ejecutora de lo que otras disciplinas elaboran. Interviene en situaciones concretas que muestran determinadas carencias, investigando y coparticipando con los actores en un proceso de cambio" ¹¹ (pág. 153).

Es este concepto de Kisnerman el que definitivamente se ajusta a los intereses del proyecto y los propios de autor para definir el trabajo social, puesto que no solo aborda la necesidad del estudio de las causas del problema, para lograr un cambio o variación en sus efectos; sino que plantea la importancia de la contextualización del problema para su tratamiento y su significación en el proceso de capacitación y educación de los actores sociales.

El trabajo social, desde sus inicios tuvo la particularidad de considerar la importancia de la familia¹². Es así que M. Richmond en su obra *Caso Social Individual*, dedica un capítulo a tratar de relaciones del trabajo social con la familia y enfatiza la importancia de las buenas relaciones familiares, tanto para los clientes de los asistentes sociales como para ellos mismos, con el fin de que pudieran ayudar mejor a solucionar los problemas de los demás individuos, teniendo los propios problemas familiares resueltos.

El trabajo social tiene ante sí el reto del aprendizaje de los cambios que vive la familia y que tipo de acciones desarrollar para hacer más eficaz su labor.

Los nuevos cambios en la familia exigen nuevas maneras de intervención, investigación, control social y estrategias de solución a sus problemas.

Desde su formación, en la familia deben crearse condiciones y normas que posibiliten la educación y desarrollo de todos sus integrantes con igualdad de derechos y beneficios. Es de esta forma que se posibilita que existan

¹¹ Kisnerman, N. *Pensar en trabajo social*.

¹² Escartín Caparrós, María José y Colectivo de autores. *Introducción al Trabajo Social II*.

relaciones de respeto, solidaridad, tolerancia y comprensión, sin que medie la desigualdad por poder, ni por diferencia de edades.

El trabajo social familiar como nivel de intervención busca ayudar a las familias a resolver sus dificultades, no solo desde el punto de vista de la falta de recursos sociales, sino también y de forma muy especial en el ámbito de las relaciones entre todos los miembros de la familia.

A menudo, las dificultades por las que atraviesa el grupo familiar tienen que ver con una patología en la relación entre sí o con el medio y es en ese ámbito donde los trabajadores sociales pueden intervenir, trabajando con todo el grupo familiar, sus necesidades y sus recursos internos, aunque, obviamente, sin aislarla del entorno social del que forma parte y del cual habrá que utilizar recursos en beneficio de la familia.

El trabajo social familiar perseguirá pues, intervenir en la familia para transformarla en un sistema terapéutico que busque el cambio de cara a lograr un mayor bienestar de todos y cada uno de sus miembros. Por lo que se pretende poner en marcha una estrategia de intervención preventiva, que posibilite favorecer la disminución de la violencia intrafamiliar hacia los adultos mayores de la comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, del municipio Santiago de Cuba.

Considero que Trabajo Social, por lo menos en este campo referido a la atención al adulto mayor aún no ha experimentado acciones que vayan más allá de la asistencia institucional, hogar geriátrico mediante, con acciones que conduzcan al "acomodo" del anciano y a la inducción de la familia y otros recursos comunitarios para que hagan llevadera la estancia. Además, de cumplimentar determinados requisitos administrativos que demanda una internación, consultas con las obras sociales, etc.

Hoy el desafío es otro, pues la vejez en sí, como etapa de la vida, ha comenzado a levantar interrogantes fundamentales en cuanto a las políticas y prácticas sociales existentes; y se ha constituido en factor importante en los sistemas económicos, políticos, sociales y culturales.

1.3. TRATAMIENTO CONCEPTUAL DE LA FAMILIA Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR HACIA EL ADULTO MAYOR.

La familia como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio. Emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización.

La familia no es una institución espontánea, ha estado ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y a los modos culturales de organización social. Es un lugar privilegiado de la intimidad subjetiva, de construcción

de identidades, de procesos de individuación. Sus vínculos primarios se constituyen según condiciones y posibilidades en el que se desarrolle el ciclo vital de la familia donde interjuegan las condiciones del contexto, las concepciones de desarrollo de sus funciones y el desempeño de roles tensionados por los valores en la sociedad y en su interior ¹³.

En la sociología comienza a estudiarse la familia como ciencia en la segunda mitad del siglo XIX, en los últimos años de este ya la sociología de la familia establece un concepto que permanece vigente hasta la actualidad definido como una sociedad conyugal y de parentesco.

El concepto de familia es cardinal en esta investigación, ya que es en la familia donde el anciano debe buscar bienestar y armonía, al ser ésta la encomendada a ofrecerle todo el apoyo necesario.

Según el diccionario sociológico: Familia es un término de uso muy común en la sociología occidental, pero de difícil definición si se quiere que sea valida para todas sus modalidades y que se agrupe tantos elementos culturales como biológicos.

La familia es, según Lluís Flaquer, un grupo social caracterizado por una residencia común, la cooperación económica y la reproducción¹⁴. La familia es una forma de vivir juntos, de satisfacer necesidades mediante la interacción de todos sus miembros, ligados entre si por lazos de parentesco, afinidad o afectividad. Nuestra identidad, lo que somos y lo que queremos ser, nos viene dado en gran parte por la adscripción a un universo familiar determinado. El conjunto de hábitos forjados en el seno de la familia e incorporados a nuestra personalidad constituye, en cierta forma, un dato previo a la entrada en la vida por la igualdad de oportunidades.

Siguiendo esta misma línea, Farías de la Torre, señala que la familia es un grupo, y funciona a modo de sistema, con unas reglas de juego definidas por la propia historia familiar y por los mitos de lo relacional que confieren a esta forma de convivencia una identidad particular, específica, diferente de la identidad de otros grupos¹⁵.

Para Anthony Giddens "La familia constituye una entidad en la que están presente e intimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que, es la célula elemental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importante funciones en la formación de nuevas generaciones; centro de relaciones

¹³ Landriel, Eduardo. "Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social"

¹⁴ Flaquer, Lluís. El destino de la familia.

¹⁵ Farías de la Torre, F. Familia y comunidad.

de la vida común de mujeres y hombres de sus hijos y todos con sus parientes, satisfacen intereses humanos, afectivos y sociales de las personas”¹⁶.

Alberto Clavijo apunta que “la familia es un conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, material, afectivo, sociocultural, económicos, conductuales y de convivencia con el objetivo de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones encomendadas a través del devenir histórico social”¹⁷. La familia trasciende lo puramente biológico, proporcionando a sus miembros fuertes lazos emocionales que les van a influir a lo largo de toda la vida.

Teniendo en cuenta lo señalado por Minuchin¹⁸, se puede asegurar que la familia es un grupo natural que en el transcurso del tiempo ha concebido modelos de interacción. Estos son la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia precisa de una estructura viable para realizar sus tareas esenciales, es decir, apoyar el desarrollo afectivo y madurativo de los miembros que la conforman, a la vez que les proporciona un sentimiento de pertenencia.

Por su parte Patricia Áres define la familia como: “el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad, es el primer grupo humano, poderoso agente formador de la personalidad pese a los grandes cambios y transformaciones del mundo contemporáneo, sigue siendo el hábitat natural del hombre, además como institución cumple funciones básicas como son ecológicas, biológicas, culturales y otras”¹⁹

Valor instrumental alcanza las indagaciones que sobre la familia realiza R. Fleites. Para esta investigadora la familia es un sistema de parentesco, conyugal, residencial y doméstico cuya estructura sigue estando desigualmente distribuida en sus roles sexuales, en el ejercicio del poder y de todas aquellas acciones sociales que determinan su dinámica²⁰. La familia también reproduce los cambios y conflictos que se suscitan en la sociedad que se objetivan en las acciones desarrolladas por cada uno de sus miembros.

Uno de los pilares fundamentales en la intervención es la familia del adulto mayor, ya que para él su familia es un punto de referencia sumamente importante. A partir del enfoque sistémico, los miembros de una familia interactúan y son influenciados unos a otros en el comportamiento, pensamientos y sentimientos. En este contexto se inscriben la conflictiva que son susceptibles de aparición en las relaciones familia-adulto mayor. La situación eventual de fragilidad física y mental que pueden aparecer en las personas mayores ocasiona

¹⁶ Giddens, Anthony. “Sociología”

¹⁷ Clavijo Portieles, Alberto. Crisis, familia y psicoterapia.

¹⁸ Minuchin y H. Ch. Fishman. Técnicas de Terapia Familiar.

¹⁹ Ares, Patricia. Psicología de la familia.

²⁰ Flietes, Reyna. La familia en el análisis sociológico.

sentimientos de pena, culpa, impotencia y agotamiento en los miembros de la familia. En este sentido la intervención deberá ser abarcativa de todo el sistema interaccional, con terapias familiares grupales, a través de los distintos modelos, especialmente el de edad funcional.

Por otra parte, los denominados sistemas de Apoyo Social son claves, tales como los grupos de apoyo.

Otro aspecto de la intervención lo constituye la comunidad. La misma debe estar dirigida hacia dos cuestiones: primero: a una educación que logre cambiar de actitudes sociales hacia la etapa de la vejez y por consiguiente la percepción desfavorable de la población anciana. Segundo: a influir en la elaboración de la política pública en beneficio de este grupo poblacional.²¹

En el Código de Familia cubana aparece que “la familia constituye una entidad en la que están presentes e íntimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que en tanto célula fundamental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones y en cuanto centro de las relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos y sus hijos y de todos con sus parientes, satisfacen intereses humanos afectivos y sociales de las personas”.

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes.

Con el surgimiento de la familia nuclear, se crean mitos alrededor de la vejez, como deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de la autonomía, donde los familiares se consideran fuente de apoyo directo de los ancianos. Esto ocasiona que la familia en muchas ocasiones no cumpla con algunas de sus funciones básicas y los ancianos parezcan cargas pesadas que deben llevar, lo que puede ser causa de conflictos y problemas de convivencia que unido a la existencia de factores como procedencia rural, nivel escolar y situación económica pueden influir de forma indirecta en la relación familiar.

La familia desempeña un papel importante en el desarrollo del hombre, es por ello que constituye una institución social difícil de asociar con la violencia. El maltrato a los adultos mayores en el medio intrafamiliar no es muy visible, ya que sucede a puertas cerradas y por lo general, tanto el anciano como su agresor no refieren esta situación.²²

Luego analizar diferentes conceptos de familia, podemos decir que la familia es la célula principal y básica de la sociedad, donde se desarrollan valores, principios éticos y morales que rigen la conducta del individuo en la sociedad, encargándose fundamentalmente de proporcionar a sus miembros protección, atención, socialización y seguridad.

²¹ Sánchez Salgado, Carmen., 2000: "Gerontología Social".

²² Valdés Mier M. Maltratos al anciano.

En el análisis de la situación del adulto mayor en relación a las posibilidades de intervención desde el trabajo social, es necesario detenernos en un fenómeno que a pesar de estar silenciado, constituye hoy uno de los focos de mayor atención. Se trata de la violencia intrafamiliar que se produce contra los adultos mayores y las escasas respuestas que se ofrecen desde las instituciones sociales.

La violencia Intrafamiliar es un tema contingente a nivel multidisciplinario, relevante para profesionales tales como psicólogos, abogados, trabajadores sociales, orientadores familiares, entre otros. Lo más conocido a la luz de los medios públicos trata, o de violencia intrafamiliar ante menores de edad, o de violencia hacia la mujer, habiendo múltiples campañas publicitarias, compendios de cifras y datos variados sobre el tema, reportajes, artículos, y otras fuentes donde podemos nutrarnos e informarnos. Sin embargo, el tratamiento en adultos mayores aún es insuficiente.

La violencia intrafamiliar en el adulto mayor hace referencia al maltrato por acto u omisión sufrida por personas de 65 años o más, que vulnera su integridad física, psíquica, sexual y económica, su principio de autonomía o un derecho fundamental; y puede ser percibida por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones)".

La violencia en este grupo, a nivel mundial se estima que se presenta entre 4 a 6 %. Considerando el creciente aumento de la población mayor de 60 años, y los cambios que esta sufriendo la estructura familiar, dinámica familiar y las condiciones de salud de esta población, se puede fácilmente estimar la magnitud de este problema²³.

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, de privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador"*.²⁴

Susan George, plantea que violencia sería "Todo que impida que la gente satisfaga sus necesidades fundamentales: alimentación, vivienda, vestido, si, pero también dignidad"²⁵.

²³ Vargas-Daza Emma Rosa y otros. 2011. Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor.

²⁴ El abuso para con los ancianos ocurre probablemente desde hace siglos, recién en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. 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 abuso en el adulto mayor fueron posteriormente reemplazados por un creciente interés sobre el tema.

²⁵ Citado en: J, M. Torosa (1994)"Violencia y pobreza: una relación estrecha"

Por su parte, Cristóbal Martínez conceptualiza la violencia intrafamiliar como: "Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, que viole el derecho al pleno desarrollo y bienestar del otro."²⁶. Manifiesta la variedad de acciones que entrañan más que golpear, y que a largo o corto plazo dejan secuelas imborrables en las personas que la sufren.

Se determina, de manera limitada el maltrato, con actos de violencia entre personas concretas. De esta forma, se podría definir violencia como el "uso intencionado de la fuerza física en contra de un semejante con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte"²⁷.

Si tenemos en cuenta esta aseveración, vemos que no incluye otras manifestaciones violentas de carácter no precisamente físico, pero cuya gravedad es usualmente destacada por las propias víctimas (como puede ser el caso de la violencia psicológica).

Se puede definir la violencia intrafamiliar como una situación de abuso de poder o de maltrato físico o psicológico, mayormente de un integrante de la familia. Puede presentarse mediante golpes, insultos, manejo económico, amenazas, control de las actividades, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, abandono afectivo, humillaciones o no respetar las opiniones.

Existen diversos criterios, conceptos y posiciones teóricas en el momento de clasificar las diferentes formas de violencia. Según la clasificación de Corsi en su compilación "Violencia Familiar", y la que se plantea en el libro "La violencia en las familias", se señalan como formas de manifestarse en su sentido más amplio:

Violencia física: Implica alguna forma de brutalidad física que normalmente va en incremento e incluye desde un empujón, golpes, bofetadas, tironeo de pelo, sacudimiento, quemaduras, amenaza con uso de arma blanca, hasta la muerte, con las consecuencias de incapacidad temporal o permanente, desfiguraciones, mutilaciones, sufrimiento físico y psicológico y el dolor localmente que perdura como la cicatriz y más allá de ellas.

Violencia emocional o psicológica: Están vinculadas a acciones u omisiones destinadas a degradar o controlar las acciones, formas de comportamientos, creencias y decisiones por medio de la humillación, intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, aislamiento u otra conducta que entrañen daño a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. Son actos que conducen a la desvalorización o el sufrimiento del afectado. Se manifiesta en la exigencia de la obediencia, tratando de convencer a la víctima de que es culpable de cualquier problema. Asimismo incluye agresiones verbales como insultos, gritos, ridiculizaciones, amenazas, control de las salidas, etc

²⁶ Martínez, C.: Salud familiar.

²⁷ L. Rojas (1995) Las semillas de la violencia.

Violencia financiera o económica: Constituye otra modalidad de la violencia. Consiste en controlar abusivamente de finanzas, imponer castigos monetarios, impedirles trabajar o negarles el sustento. Es control de los gastos económicos familiares. No permitir tomar parte en la decisión de cómo o en qué se empleará el dinero. No facilitar el dinero suficiente para los gastos de la familia o personales. Utilizar el dinero ajeno para beneficio propio.

Violencia sexual: Es la exigencia a mantener relaciones sexuales por medio de amenazas o la fuerza. Es la imposición (generalmente del hombre) para realizar el acto sexual (tocamiento, caricias, penetración oral, vaginal o anal) en contra de la voluntad del otro (generalmente la mujer), ocasionándole daño físico y psicológico. Esta no se limita a las relaciones físicas entre mujeres y hombre, también existe violencia sexual siempre que la mujer no sea autónoma, ni libre, cuando se le convierte en un ser pasivo, se le trate como un objeto, como blanco de la iniciativa sexual de otros. Esta es ejercida de varias formas, desde el piropo, rozamientos, toqueteos en contra de su voluntad hasta la agresión sexual.

Toda persona independientemente de la edad, raza o sexo puede ser objeto de conducta maltratante. Esto ha provocado que los estudios sobre el tema de violencia hayan sido dirigidos a diferentes grupos, entre ellos a los adultos mayores. El estudio de este fenómeno como problema social y sus diferentes manifestaciones, ha sido en los últimos años un tema de gran interés para numerosos investigadores.

Estas definiciones de violencia, no solo son amplias respecto al concepto de violencia sino también respecto al propio de las necesidades básicas.

Cuando combinamos con la definición de violencia con la de familia podemos decir que violencia intrafamiliar es la conducta y acciones de unas personas que afectan la integridad psico-emocional y física de otras; es todo suceso cometido dentro del hogar por sus miembros, que perjudica severamente en cualquier forma a otro miembro de la familia.

La violencia intrafamiliar es aquel acto violento que se realiza entre los miembros del hogar, reconocida por la agresión verbal, física, psicológica o sexual para intimidar o coaccionar a otra persona, es una violación a los derechos humanos ya que niega la libertad y la dignidad, fomenta la desigualdad entre hombres y mujeres y obstaculiza el desarrollo personal. (Anexo 4)

Es considerada la violencia al adulto mayor, el trato indebido o negligente a un anciano por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes.

El maltrato a los ancianos se expuso por primera vez en el año 1975 en una carta publicada por G.R Burston en la revista The British Medical bajo el título "Granny battering" (abuela golpeada), seguida por un artículo de Robert N. Butters titulado "¿Porqué sobrevivir? Ser anciano en América", donde se describe por primera vez el

Síndrome de la anciana apaleada, para llegar al de "maltrato de personas mayores" en 1993 (Bennett y Kingston).

La mayoría de los ancianos no se quejan, en ocasiones por miedo a represalias de las personas que les atienden o con quienes conviven, en otras incluso llegan a sentirse culpables de las situaciones dadas.

Dentro del medio familiar, la violencia hacia el anciano se ha constituido en una manifestación que sucede con cierta frecuencia. En repetidas ocasiones, la falta de datos y cifras sobre las conductas violentas se deben que los vecinos, amistades u otros familiares dejan en silencio estas situaciones, y las dejan como hechos cotidianos. La violencia dentro del hogar hacia los ancianos es considerada como privada, algo que se supone las personas ajenas no deben tener conocimientos o capacidad para entender.

Algo a tener en cuenta es que al ser dependientes económicamente, las personas víctimas de violencia no delate a su victimario, por lo que se constituyen en blancos perfectos para cualquier forma de abuso. Asimismo, los ancianos temen a que existan represalias si acusan al agresor, manteniendo el silencio. El miedo a estar solos y aislados traen consigo la aceptación por parte del adulto mayor de las condiciones injustas que se le imponen en el medio familiar donde es maltratado.

Los resultados de la violencia al anciano van más allá de las lesiones físicas curables, ya sean moretones, quemaduras o empujones, sino que además pueden mostrarse daños permanentes a nivel del sistema nervioso central, y discapacidades físico-motoras permanentes por la amputación de algún miembro.

Otras consecuencias que se aprecian son las alteraciones psíquicas o estados de estrés agudos, como resultado del vínculo violento; la permanencia de este puede traer consigo la formación de enfermedades psicopatológicas como la angustia, el temor y la ansiedad, que son consideradas amenazas emocionales. Son evidentes las pérdidas de autonomía, autoestima, y la autoculpabilidad.

El anciano que sufre de violencia puede padecer alteraciones en su vida; aparecen comportamientos suicidas, temores prolongados, desórdenes alimentarios y del sueño.

Rasgos que caracterizan a la violencia intrafamiliar al adulto mayor: Daño físico, emocional o psicológico causado a un adulto mayor en general se produce por acciones deliberadas, pero también por no deseadas. La mayoría de los casos se producen en el domicilio y no dentro de las instituciones.

El anciano que no puede vivir por sí solo, es 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 no 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).

Participan otros factores como el estrés, la ignorancia del buen cuidado, la frustración, la desesperación o la incapacidad de proporcionar cuidados apropiados 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 previamente 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. Esto afecta directamente la calidad de vida del adulto mayor, dañando su salud física y mental, de modo que obstruye el bienestar integral del mismo.²⁸

Es ahí donde la comunicación pasa a ser una necesidad básica en esta edad, y se manifiesta principalmente en la relación con la familia y los contemporáneos.

Lograr una comunicación favorable le posibilitará al adulto mayor exponer con total autonomía sus sentimientos y para ello la familia deberá estar dispuesta a compartir valores, experiencia y proyectos con ellos, de no ser así se asiste, entonces a un deficiente proceso de comunicación.

Las familias deben permitir que exista para con el anciano una comunicación de confianza, tolerancia, y respeto; hay que saber apreciar sus conocimientos y experiencias.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, llegamos a conclusiones teóricas que nos permitirán comprobar, en la comunidad analizada, que la violencia intrafamiliar hacia el anciano no es solamente la física, sino también los actos como el control, prohibiciones, rebaja de la autoestima, humillación, impedimento del descanso, limitar el dinero, entre otras manifestaciones de violencia, ya sean verbal, psicológica o económica. La figura 1.1 da cuenta de aquellos factores que condicionan la presencia de la violencia intrafamiliar, y que serán evidenciados en el estudio de casos referido en la presente investigación.

Si envejecer se ha convertido en el mayor temor de toda una generación, este natural proceso en el que por ley de la vida, todo humano debe transitar, se torna muy complejo al estar condicionado por una multiplicidad de factores, algunos de ellos, señalados en el gráfico superior.

²⁸ Hasta donde se pudo indagar por la autora, no se habían reportado casos de violencia a las autoridades policiales y de salud.

Los factores que condicionan la violencia intrafamiliar son múltiples. No hay una causa única sino que son numerosas, complejas e interactúan entre ellas, muchas veces existe una situación mutuamente abusiva previamente y por largo tiempo que permiten explicar situaciones similares en la etapa de la niñez. La violencia intrafamiliar que hoy se vive en muchas de las familias cubanas, no es más que el resultado de un proceso de socialización caracterizado por el irrespeto a las tradiciones y rupturas de patrones de convivencia.

Factores que condicionan la violencia intrafamiliar a los adultos mayores.



Figura 1.1 Factores que condicionan la violencia intrafamiliar a los adultos mayores

Fuente: Gráfico elaborado por la autora de la tesis.

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PROTECCIÓN DEL ANCIANO.

Este capítulo ofrece las herramientas y procedimientos utilizados para poder establecer los indicadores tenidos en cuenta para la valoración de la violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor.

También aborda la caracterización de la comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, del municipio Santiago de Cuba y el análisis de los resultados del diagnóstico.

Por último brindamos una estrategia de intervención educativa desde la institución de salud el Consultorio del Médico de la Familia.

2.1. LA INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR HACIA EL ANCIANO. ESTUDIO DE CASOS.

La intervención que hemos venido realizando los Trabajadores Sociales, para atender los problemas y necesidades de la sociedad han sido diversos, sin embargo, son muy pocos los trabajos sistematizados que den cuenta de esas experiencias al intervenir, lo que ha generado vacíos que nos provoca carencias teóricas que no nos permite controlar la ejecución referidos a la violencia intrafamiliar al adulto mayor.

En esta investigación se combinaron las metodologías cuantitativa y cualitativa, se realizaron registros y se obtuvieron los datos sociológicos, operacionalizar variables para comprobar la idea que se defiende. Se asumió la Investigación – Acción – Participativa (IAP), al poder acceder a los motivos, significados, emociones y otros aspectos subjetivos de la vida de la comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, ubicado en el municipio Santiago de Cuba, en relación al uso de la violencia hacia los ancianos en la actualidad y proyectar la elaboración de una estrategia de intervención participativa que posibilite, desde el trabajo social, atenuar la violencia intrafamiliar hacia el anciano en esta comunidad. La misma se desarrolló en el período comprendido entre julio y agosto del 2011.

Con la Triangulación de datos se recogieron importantes informaciones sobre los procedimientos de las familias hacia el adulto mayor, y se tuvo en cuenta la contrastación desde las diferentes fuentes utilizadas. Se logró llegar a la importancia de su estudio para el desarrollo del sentimiento de respeto y amor hacia estas personas.

Igualmente se utilizó la triangulación teórica, a partir del uso de diferentes marcos teóricos desde una perspectiva sociológica, pudimos interpretar y darle explicación a la presencia de la violencia contra el adulto mayor en sus propios marcos familiares.

En la comunidad objeto de estudio nos concentramos en la comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, ubicado en el municipio Santiago de Cuba, esta cuenta con un universo

de 241 adultos mayores. De los cuales se tomó una muestra de tipo no probabilística estratificada compuesta por 71 personas (FMC (5), CDR (5) y Médico de Familia (1) y 60 ancianos cuyas edades oscilan entre 70 y 89 años.

Se ha tomado este tipo de muestra pues es un subconjunto obtenido por un procedimiento técnico con respecto al universo, donde elegir los elementos no obedeció a la probabilidad, sino que dependió de los intereses del investigador. Y consideramos que es estratificada pues divide al universo con arreglo a determinadas características relevantes (de importancia).

Para la recogida de información por medio del cuestionario se tomó el 100% de los ancianos víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar (60), identificados por los informantes claves en la comunidad objeto de estudio.

Como parte de los Métodos a nivel teórico trabajamos con los siguientes:

Los métodos utilizados a nivel teórico trabajamos con los siguientes:

- **Histórico – Lógico:** Para analizar los antecedentes históricos del maltrato en los ancianos, la evolución y fases de su desarrollo de este fenómeno hasta llegar a convertirse en lo que es hoy.
- **Análisis y síntesis:** La división del todo en los diversos componentes y manifestaciones, para entender la violencia intrafamiliar hacia los ancianos, de modo que se comprenda los tipos de violencia, sus características generales, causas que la originan y condiciones sociales que someten a los mismos a ciclos de violencia.
- **Método Dialéctico:** Explora cambios que podrían manifestarse en la estructura de las familias de los ancianos objeto de estudio, posibilitando que existan funciones y relaciones diferentes, que denoten las transformaciones cuantitativas en cualitativas.

Entre las técnicas utilizadas está la entrevista a profundidad a los informantes claves, el cuestionario y la historia social familiar.

Entrevista a profundidad: Se realizan preguntas a los informantes claves para buscar, ampliar o profundizar sobre la situación de la existencia de manifestaciones violentas contra ancianos y sobre la necesidad de emprender acciones para revertir esa situación, pues éstos tienen un amplio conocimiento sobre el medio y/o problema a estudiar. Es un hecho que la violencia es una conducta socialmente que se repite a lo largo de la vida del ser humano y que en el caso de los adultos mayores el tipo de violencia más percibida por este grupo de estudio fue la psicológica y la de negligencia o abandono, lo que habla del tipo de relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia. Se utilizó además, para obtener datos de los ancianos violentados y de sus familiares.

Cuestionario: Se recoge información de forma masiva dentro de la muestra estudiada. Se conocieron las opiniones o valoraciones de los ancianos, se diagnosticó el estado actual de la violencia intrafamiliar hacia los ancianos en la comunidad objeto de estudio, y se establecieron los tipos de violencia intrafamiliar más comunes en la misma. Se les informó a los ancianos acerca del estudio y cuales eran los principales objetivos trazados en la investigación. También se enfatizó en la importancia que tendría su cooperación, por lo tanto se requería de sinceridad en todos los acápites del cuestionario.

Estudio de casos: Se realiza una descripción y análisis del problema específico, recogiendo los datos que describen el proceso de la violencia hacia el adulto mayor por su familia, en un estudio en profundidad y en sus diversos aspectos.

También se utilizó la técnica familiar:

- **La historia de salud familiar:** Para diagnosticar la investigación, pues orienta hacia un probable tratamiento a seguir, se recoge en ella los acontecimientos de la familia y sus necesidades, conflictos y permite realizar cambios que le proporcionen mayor bienestar entre los miembros de la familia.

Problema científico.

¿Cuáles son los factores que condicionan la violencia intrafamiliar hacia los ancianos?

Problema de investigación: El crecimiento acelerado del envejecimiento poblacional en nuestro país, constituye preocupación por el cambio en el estilo y el mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos, siendo la violencia intrafamiliar una manifestación oculta, con consecuencias directas en la salud física y mental de los mismos.

Objetivo General: Elaborar una estrategia de intervención educativa desde las instituciones de salud, que posibilite, desde el trabajo social, atenuar el impacto de los factores que condicionan la violencia intrafamiliar hacia los ancianos a los efectos de promover recomendaciones encaminadas al perfeccionamiento de las políticas sociales que los protegen.

Idea que se defiende:

La omisión de denuncias de la violencia intrafamiliar, la falta de mecanismos efectivos para la detección de situaciones de maltrato, el débil reconocimiento y respeto de la comunidad al Adulto Mayor, la carencia de mecanismos de promoción de derechos e información, la ausencia de una CULTURA DE PAZ al interior de las familias, la insuficiente preparación para enfrentar la vejez, son factores que condicionan violencia intrafamiliar hacia los ancianos.

Unidad de observación: Comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, del municipio Santiago de Cuba.

Variables:

Variable dependiente: La violencia intrafamiliar hacia el anciano y el deficiente proceso de comunicación familiar.

Indicadores:

1. Tipos de violencia intrafamiliar hacia los ancianos en la comunidad objeto de estudio.
2. Número de ancianos víctimas de violencia intrafamiliar en la comunidad objeto de estudio.

Variable Independiente: factores condicionantes de la violencia intrafamiliar hacia los adultos mayores en la comunidad atendida en el Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, del municipio Santiago de Cuba.

Indicador:

1. Omisión de denuncias.
2. Mecanismos efectivos para la detección de situaciones de maltrato
3. Preparación para enfrentar la vejez.
4. Reconocimiento y respeto de la comunidad al adulto mayor.
5. Promoción de derechos e información.
6. Cultura de paz familiar.

Principales conceptos:

Comunidad: Es una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica.

Adulto mayor: La llamada tercera edad, también llamada vejes, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución, y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años asociada al evento de jubilación laboral. Inclusive hoy comienza hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años.

Violencia: Es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza para producir un daño, ya sea física, psíquica, económica o sexual, así como el menoscabo del bienestar de la persona afectada, implicando la pérdida de sus derechos y calidad de vida.

Violencia familiar: Es la acción realizada en el seno de la familia cometida por uno de sus miembros que perjudica la vida o integridad física o psicológica de uno de sus integrantes, ocasionando una serie de daños al desarrollo de su personalidad.

Violencia física: Cualquier forma de agresión intencionada o no, realizada a una persona anciana como empujones, golpes, bofetadas, tironeo de pelo, sacudimiento, quemaduras, con las consecuencias de incapacidad temporal o permanente, desfiguraciones, mutilaciones, sufrimiento físico y psicológico y el dolor localmente que perdura como la cicatriz y más allá de ellas.

Violencia emocional o psicológica: Toda conducta que esté destinada a degradar o controlar las acciones, formas de comportamientos, creencias y decisiones por medio de la humillación, intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, aislamiento u otra conducta que entrañen daño a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal como insultos, gritos, ridiculizaciones, amenazas, control de las salidas, etc

Violencia financiera o económica: Consiste en controlar abusivamente de finanzas, imponer castigos monetarios, impedirles trabajar o negarles el sustento. Es control de los gastos económicos familiares. No permitir tomar parte en la decisión de cómo o en qué se empleará el dinero. No facilitar el dinero suficiente para los gastos de la familia o personales. Utilizar el dinero ajeno para beneficio propio.

Violencia sexual: Exigencia a mantener relaciones sexuales por medio de amenazas o la fuerza. Imposición (generalmente del hombre) para realizar el acto sexual (tocamiento, caricias, penetración oral, vaginal o anal) en contra de la voluntad del otro (generalmente la mujer), ocasionándole daño físico y psicológico.

Negligencia: Toda acción de descuido intencional o por desconocimiento que pueda provocar pérdida de peso, deshidratación, falta de higiene, visión o audición deficiente sin corrección, agudización de patologías crónicas por retiro de medicamentos necesarios sin consulta previa que provoque dolor físico, exceso de medicamentos indicados por facultativos que conllevan riesgo para el anciano.

Familia: Es la célula básica de la sociedad, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

Estrategia: El medio o la vía para obtener los objetivos de la organización. Es el arte de entremezclar el análisis interno y la sabiduría utilizada por los investigadores para crear valores de los recursos y habilidades que ellos controlan. Se utiliza para describir cómo lograr algo, y representarlo detalladamente en una secuencia de acciones y una particular cualidad de dichas acciones.

Prevención Social: El conjunto de acciones y medidas que se planifican y realizan con el fin de formar hábitos de conducta adecuados, tanto en el orden personal como colectivo en correspondencia con el proyecto social imperante donde participan todos los factores sociales.

2.2. CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNIDAD ATENDIDA EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA N° 13 DEL REPARTO SUEÑO, DEL MUNICIPIO SANTIAGO DE CUBA. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO.

Para la caracterización de la población objeto de estudio se tomaron como referencias los resultados del análisis de la historia clínica familiar y los datos generales recogidos en el cuestionario aplicado. A partir de esta información fue posible establecer las distribuciones por rangos de edad, sexo, estado civil. Para poder garantizar la confiabilidad de los datos y que fuera el propio adulto mayor quien vertiera su opinión el cuestionario fue aplicado por los trabajadores sociales que se encuentran vinculados a esta área, como parte del trabajo que desarrollan en la comunidad, de esta forma se garantizaba que no fueran contestadas por otras personas las preguntas y que los resultados se correspondieran con los elementos que nos permitieron arribar al problema de la investigación.

Breve caracterización de la comunidad:

Ubicación geográfica: El Consultorio del Médico de la Familia (CMF) N° 13 está ubicado en calle 3ra. entre calle K y calle L, en el reparto Sueño, en el municipio cabecera de la provincia de Santiago de Cuba.

Clasificación de la Comunidad: Es una comunidad urbana.

Población: La población escogida para esta investigación pertenece al Consultorio del Médico de la Familia N° 13 del reparto Sueño, los que se ubican a su vez en el Consejo Popular del propio nombre del distrito 4, municipio Santiago de Cuba.

La comunidad que es atendida por este consultorio abarca 18 cuadras.

El estado constructivo de las viviendas es favorable, teniendo en cuenta que muchas de ellas son construcciones de más de 40 años, a las cuales les hace falta un proceso de reparación o mantenimiento, pero en ninguno de los casos están declaradas como inhabitables. No obstante, luego del paso del Huracán Sandy, algunas quedaron parcialmente destruidas.

Tiene buen abasto de agua debido a las reformas realizadas por la nueva conductora de agua en la provincia.

El sistema de alcantarillados es deficiente, dado el tiempo de explotación del mismo y la falta de mantenimiento que posee, lo cual provoca que muchos de ellos estén tupidos, aspecto éste que es de conocimiento de los

organismos competentes. Hasta la fecha no se ha presentado ninguna situación de salud que esté relacionada con esta situación.

Existe red eléctrica y la iluminación nocturna de las calles es bastante estable.

Existen teléfonos en la mayoría de las viviendas.

La situación de la red vial es buena debido a que por las reparaciones del acueducto fueron reparadas en su totalidad.

Se reciben los servicios de recogida de desechos, acueductos y alcantarillados diariamente.

Estructura de salud: En la comunidad objeto de estudio existe un Consultorio del Médico de la Familia. La selección de esta institución se realizó tomando en cuenta el reconocido trabajo con la población, los diagnósticos de salud que una completa información del cuadro comunitario en este aspecto; y la atención a los adultos mayores, recopilando valiosos datos acerca de los estados físico y orgánico de cada uno de ellos.

Instituciones de la comunidad: 1 Escuela primaria de 1ro a 6to grado.

Servicios a la población: La comunidad cuenta con una bodega, dos carnicerías, una peluquería, una lavandería, un restaurante, un correo, un mercadito, el Consejo Provincial de las Artes Escénicas, dos Casas de los Abuelos y dos cafeterías.

Tabla 2.1. Distribución de los adultos mayores según edad.

Grupos de edades	Nº	%
70 - 74	21	35.0
75 - 79	19	31.6
80 – 84	10	16.6
85 - 89	6	10.0
90 y más	4	6.6
Total	60	100

Fuente: Historia Clínica Familiar.

En los resultados obtenidos se observa un predominio del grupo etáreo comprendido entre los 70 y 74 años con 21 ancianos para un 35 %, seguido en orden de incidencia por 19 senescentes con edades entre 75 y 79 años para un 31.6 % .

Tabla 2.2. Distribución por sexo

SEXO	Nº	%
Femenino	41	68.3
Masculino	19	31.6
TOTAL	60	100

Fuente: Historia Clínica familiar.

Se evidenció una mayor incidencia del sexo femenino (41) para un 68.3 %, mientras que los hombres estuvieron representados por 19 casos para un 31.6 %.

Tabla 2.3. Estado civil.

Estado Civil	Nº	%
Soltero	23	38.3
Casado	9	15.0
Viudo	28	46.6
Total	60	100

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la tesis.

Los viudos, 28 (46.6 %) resultaron ser más numerosos, seguidos de los solteros, con 23 (38.3 %) ancianos.

Para poder establecer el diagnóstico del estado actual de la violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor en la comunidad objeto de estudio, se partió de los resultados del cuestionario aplicado a los 60 ancianos.

Tabla 2.4.1 Actos de violencia

Violencia Emocional o Psicológica	Si	%	No	%
Recibe usted afecto, cariño por sus familiares.	51	85.0	9	15.0
Se siente siempre solo.	1	1.6	59	98.3
Cuando usted hace alguna pregunta o comentario, ha recibido como respuesta silencio.	46	76.6	14	23.3
Ha sido amenazado en algún momento con algún tipo de castigo	0	0.0	0	0.0

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la tesis.

Los resultados obtenidos reflejan que de los 60 ancianos encuestados, 9 (15.0 %) manifiestan no recibir afecto ni cariño de parte de sus familiares, y 14 (23.3 %) declaran no haber recibido respuesta ante preguntas o comentarios.

Tabla 2.4.2. Violencia financiera o económica.

Violencia Financiera o Económica	Si	%	No	%
Se respeta su dinero y bienes	37	61.6	23	38.3
En caso de no recibir pensión, le dan dinero sus familiares	16	26.6	44	73.3
Tiene dinero para su bienestar	16	26.6	44	73.3
Ha sido obligado a gastar dinero suyo en contra de sus deseos	7	11.6	53	88.3

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la tesis.

De los senescentes visitados 23 (38.3 %) refieren que no se les respeta su dinero y bienes, 44 (73.3 %) refieren que sus familiares no les dan dinero y por tanto no tienen para su bienestar, y sólo 7 (11.6) han sido obligados a gastar su dinero en contra de sus deseos.

Tabla 2.4.3 Violencia Física.

Violencia Física	Si	%	No	%
Ha recibido usted por parte de sus familiares:				
Empujones	11	18.3	49	81.6
Heridas	0	0.0	60	100
Golpes	13	21.6	47	78.3
Encierros	0	0.0	60	100

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la tesis.

Como se aprecia 13 ancianos (21.6 %) exponen que han sido golpeados, y 11 (18.3%) ha recibido empujones.

Hay 13 ancianos (21.6 %) que exponen que han sido golpeados, y 11 (18.3 %) ha recibido empujones.

Tabla 2.4.4 Violencia Sexual.

Maltrato Sexual	Si	%	No	%
Ha recibido usted por parte de sus familiares				
Solicitud de tocarles sin su permiso (excepto su pareja)	0	0.0	60	100
Solicitud que se desnude ante ellos	0	0.0	60	100
Violaciones	0	0.0	60	100

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la tesis.

Como se observa en ningún caso los senescentes se quejan de haber recibido ningún tipo de violación sexual.

Tabla 2.5. Estado de satisfacción del anciano.

El anciano :	Si	%	No	%
Está satisfecho con su edad	48	80.0	12	20.0
Tiene buen estado de ánimo	39	65.0	21	35.0
Siente optimismo por su futuro	24	40.0	36	60.0
Tiene deseos de vivir	57	95.0	3	5.0
Tiene motivación por las cosas	21	35.0	39	65.0
Mantiene su sentido del humor	8	13.3	52	86.6
Disfruta con su familia	28	46.6	32	53.3

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la tesis.

De los 60 senescentes visitados, 57 (95 %) tiene deseos de vivir, sin embargo, 52 (82.2%) han perdido su sentido del humor, 39 (65 %) no siente motivación por las cosas, 36 (60 %) no sienten optimismo por su futuro, 32 (53.3 %) manifiestan que no disfrutan con su familia, 21 (35 %) no tiene buen estado de ánimo y 12 (20 %) no está satisfechos con su edad.

2.3. INTERVENCIÓN ANTE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR A LAS PERSONAS ANCIANAS. ANÁLISIS DEL ESTUDIO DE CASOS.

La técnica de estudio de casos sigue siendo importante y necesaria representando la génesis y el eje central del diario quehacer del trabajo social. Tal vez por ser una técnica tan utilizada, a veces se menosprecia su valor como forma científica de investigación y nos lleva a creer erróneamente que el estudio de casos es inoperante.

Como todo método el estudio de casos debe seguir ciertas reglas que en el presente trabajo se toman en cuenta para otorgar de objetividad el tema en cuestión.²⁹

²⁹ Para el Trabajo Social, el estudio de caso ha representado un gran esfuerzo. Hacer un caso, como usualmente se dice, representa un gran reto, pues se deben tener en cuenta sus fases, a partir de la propia definición de caso, el cual hace alusión a un conjunto de hechos que den cuenta de la problemática a investigar.

El abordar la violencia intrafamiliar al adulto mayor en la comunidad estudiada, permitió encontrar los hechos, en este caso, los factores que condicionan la violencia, para proponer alternativas que posibiliten atenuar los efectos en las personas estudiadas.

Para ello fueron definidas las siguientes etapas³⁰:

- 1) Evaluar la situación: Al determinar si se presentan las condiciones que favorezcan la investigación: contexto social, demográfico, familiar, institucional, comunitario, afectaciones al adulto mayor.
- 2) Delimitar el problema. Se acotan las informaciones brindadas por los adultos mayores y los diagnósticos que ofrece la institución de salud. Se formulan preguntas cuyas respuestas nos conducen al objeto de estudio.
- 3) Recopilación de los hechos pertinentes. Se entrecruzan datos que favorezcan el esclarecimiento y las precisiones acerca de lo que se investiga.
- 4) Análisis de los hechos.- Se procede a analizar las informaciones obtenidas para tomar decisiones. Es un momento de reflexión minuciosa para enfocar la situación que se estudia.
- 5) Evaluación de opciones de solución.- Permite identificar con mayor precisión el máximo de opciones posibles: propuestas de herramientas para atenuar la situación encontrada.
- 6) Propuestas de alternativas.- Es la etapa donde se ofrece con claridad el tratamiento social del problema estudiado.

Para una mejor comprensión de los factores que condicionan la violencia intrafamiliar al adulto mayor, fueron estudiados 4 ancianos. Sus relatos contribuyeron decididamente a precisar, del conjunto de factores, aquellos que tienen una mayor presencia en sus realidades cotidianas. Se entrecruzaron esas informaciones con las ofrecidas por otros actores comunitarios, las que validaron la idea científica elaborada.

Caso N° 1

Descripción del caso:

Generalmente los hijos, después del cónyuge son los principales proveedores de apoyo, pero no siempre resulta así.

Atentos a este caso; tenemos como objeto de investigación a una abuela, madre de tres hijos. Actualmente convive con la hija, a la que se entrevistó, y una nieta.

³⁰ Smith Venegas Marjorie: Estudio de caso. Opción para el trabajo social. Ob. Cit. P 40-42

Se entrevistó también a dos vecinas que frecuentan la vivienda y tiene amplio conocimiento de la situación familiar.

Como resultado de la aplicación del cuestionario a la anciana y de las entrevistas a la hija y vecinas, se pudo llegar a la siguiente información:

La anciana es impedida física, pues no puede caminar por tener fractura de cadera. Vive en una casa de mampostería, con dos cuartos, baño, cocina-comedor, sala, portal y patio. Posee todas las condiciones para tener una vida estable, no obstante, al hacer el resumen de los resultados ha sido posible constatar:

- La anciana 70 años de edad, duerme en el mismo cuarto que la hija, para de ser requerido, ser atendida en la noche. El resto del día lo pasa en la cocina-comedor, donde es que se desempeña con frecuencia la hija y son recibidas las visitas.
- Esta anciana recibe apoyo material únicamente de uno de los hijos varones que no convive con ella, y este sustento no supe todos sus requerimientos económicos, pues la hija que vive con ella, dejó de trabajar para atender a la madre, y la nieta estudia en la Secundaria Básica. Su otro hijo, no le brinda apoyo material para la satisfacción de sus necesidades. Por esta razón la anciana siente que tiene privaciones importantes en el ámbito económico.
- Se siente escuchada y tenida en cuenta por la hija que convive con ella; quien es su principal fuente de afecto.
- Al realizar una visita a la casa para la aplicación del cuestionario a la anciana, ésta explica no sentirse bien y tener problemas con la nieta en varias ocasiones, pues no la entiende, ni reconoce sus necesidades. Esto fue comprobado con las vecinas que han observado como la nieta reprocha a su abuela con desdén, planteamientos realizados por su abuela, sin tener en cuenta la edad que ésta tiene. Sin la ayuda afectiva y material de la familia, jugar un rol activo en la vejez, es difícil.
- Se constató que la familia ha ido independizándose en la medida que han contraído matrimonio y creado familias fuera del hogar materno. Esto ha provocado que estos hijos brinden un apoyo insuficiente a la anciana, quien emocionalmente se siente abandonada por sus hijos, uno de forma emocional, y el otro en esta forma y además económicamente, a pesar de ella insistir en haberles brindado todo su amor.
- La anciana recibe las visitas del médico de la familia en la casa, cuando lo requiere por su estado de salud.

- El resultado es una anciana, con una familia numerosa pero que no ha sido capaz de ayudarla a afrontar esta etapa de la vida de forma activa y satisfactoria.

Caso N° 2.

Descripción del caso:

Anciana que vive con la hija y el nieto. Se utilizaron como fuente de información, el cuestionario realizado a la señora, y las entrevistas realizadas a la hija y una vecina que la visita con gran frecuencia. De la información obtenida se obtuvo lo siguiente:

Esta anciana de 71 años, discapacidad auditiva y con dificultades para orientarse. Vive en casa de mampostería, que posee portal, sala, saleta, tres cuartos, un baño, cocina-comedor y patio interior.

La hija trabaja y por tanto devenga de un salario, y el nieto estudia en la universidad.

Esta anciana goza de todo el ambiente requerido para tener una vida estable, aunque al hacer el resumen de la información recibida se comprueba lo siguiente:

- La señora duerme en un cuarto sola, teniendo independencia absoluta en esto.
- Esta anciana no está incorporada al Círculo de Abuelos del barrio, a pesar de la insistencia del nieto, alegando no tener tiempo para ello.
- Esta anciana es pensionada por la seguridad social, pero hace varios años atrás le dio a la hija autorización para cobrar su pensión, por la limitación expuesta anteriormente, que la afecta al trasladarse al banco, esta situación fue corroborada con la hija y vecina.
- Resultado de esta acción, actualmente la anciana manifiesta a la vecina, no disfrutar de su jubilación, sino que todo su patrimonio es manejado por su hija y nieto, pues siente que ella no puede decidir que comprar, sintiéndose obligada a aceptar lo que se le da porque caso contrario, expone, la maltratan de palabra. En este caso, la anciana siente carencias de apoyo emocional y material, no aprecia ser tenida en cuenta por la hija y el nieto que conviven con ella.
- De la entrevista a la hija, se detecta que tanto ella como el nieto, piensan que al no tener dominio de los gastos económicos, la anciana debe ser sustituida como jefe de núcleo, y por tanto ellos decidir el destino del dinero que entra en el hogar, aparentemente para una mejor utilización. Esto ha provocado que la anciana se sienta menospreciada y maltratada verbalmente, no permitiéndole la

autodeterminación, lo cual fue corroborado por la vecina que ha escuchado la forma en que es tratada dentro del hogar.

Caso N° 3

Descripción del caso:

Anciana de 75 años. Jubilada. Vive con la hija que no trabaja y una nieta que estudia en la Universidad.

Para esta investigación se utilizó la información dada a través del cuestionario entregado a la anciana y las entrevistas realizadas a la hija, nieta y vecinos cercanos y que visitan con frecuencia a esta familia. La información brindada por todos, nos señala lo siguiente:

La anciana vive en una casa de mampostería, que posee sala, saleta, comedor, cocina, cuatro cuartos (uno utilizado por la anciana), un baño y patio.

Por la visita a la vivienda y las declaraciones realizadas por los entrevistados, se detecta que esta anciana tiene un medio con condiciones óptimas para desarrollar una vida estable, sin embargo, al resumir las entrevistas y el cuestionario efectuados, se denotan las siguientes situaciones:

- Desde hace varios años, luego de jubilada, esta anciana sufrió una caída por sus propios pies y quedó imposibilitada de caminar, después de los médicos valorar que con terapia de ejercicios podría comenzar a caminar, aunque fuera con andador, la hija decidió no llevarla a los ejercicios, pues con ello evitaba que la anciana volviera a caminar y por consiguiente volver a caerse. Debido a esta situación la anciana está postrada, siendo llevada cargada por la hija, de un asiento a la cama y viceversa, o al baño.
- Motivo de estas circunstancias la anciana no tiene poder de decisión en el hogar; su chequera es cobrada por la hija, quien es la que dispone su utilización.
- Esta señora debe esperar que la hija o nieta la atiendan para realizar sus necesidades fisiológicas, o bañarse cuando ellas así lo determinen.
- Cuando la anciana reclama ante cualquier situación, es agredida verbalmente por ambas, situación que fue corroborada por los vecinos que plantean haber escuchado las agresiones verbales a que es sometida la anciana.

- Debido a las características de imposibilidad física que durante varios años presenta y la edad, ha comenzado a perder facultades de entendimiento y escucha, por lo que al no entender bien lo que se le dice, se le habla alto, manifestando la misma, que se le agrede verbalmente al gritarle.
- Se detecta también, que la anciana siente que ha sido violado el derecho a su pleno desarrollo físico y personal, limitándola de caminar y privándola de su bienestar.

Caso N° 4

Descripción del caso:

El caso de análisis solo contó desde el punto de vista familiar con el matrimonio objeto de investigación, se entrevistaron además a dos sobrinos de la señora, que aunque no viven con ellos ni los visitan frecuentemente tienen conocimiento del desempeño de los ancianos objeto de estudio.

Se les aplicó la entrevista a los vecinos de ambos lados de la casa, por referir ser las personas que en algún momento los han auxiliado. Los resultados de la aplicación del cuestionario a los ancianos y de la entrevista a los familiares y vecinos, se pudo llegar a la siguiente información:

Matrimonio mayor de 80 años ambos cónyuges, viven solos. Su hijo y nieto residen en el extranjero. La anciana es impedida física y pensionada por la seguridad social. Reciben ayuda económica del hijo de manera periódica. El anciano no recibe ningún tipo de remuneración económica porque nunca trabajó.

El matrimonio vive en una casa de mampostería, con cuatro cuartos y tres baños, cocina-comedor, sala-saleta, portal y patio. Posee todas las condiciones para tener una vida estable. Se constató lo siguiente:

- Según informan los vecinos y sobrinos, el matrimonio no acepta que nadie conviva con ellos, refieren sentirse fuertes para poder realizar las tareas normales que se realizan en cualquier vivienda. Refieren que duermen juntos en el mismo cuarto, lo cual fue corroborado al entrevistar a los sobrinos.
- Las gestiones que requieren de compra de los productos de la tienda, carnicería, placita, el cobro de la chequera y la búsqueda del dinero enviado por el hijo, los realiza siempre el anciano.
- La anciana no lleva acompañante a las visitas al médico de la familia o a las gestiones médicas que requiere por su salud. No se refiere conocer que el señor realice visitas médicas o que por alguna situación haya tenido que ser atendido por el médico de la familia por algún tipo de padecimiento, sólo recibe el seguimiento que corresponde al adulto mayor.

- Ninguno de los dos se encuentra incorporados al círculo de abuelo del barrio aunque los vecinos han insistido en la importancia que esta actividad tiene para la tercera edad y las posibilidades de participación de los dos.
- Al realizar una visita a la casa para la aplicación del cuestionario a los adultos mayores, la señora narra sentirse mal en ocasiones y tener problemas con el marido en varias ocasiones, porque él no entiende, ni sabe convivir con las personas, ni reconoce las necesidades de la esposa.
- Este planteamiento se corroboró con los vecinos que reconocen que la pareja tiene grandes discusiones fundamentalmente por dinero y que el señor se expresa de forma despectiva de la señora.
- De igual forma ellos refieren que la anciana tiene obsesión con la limpieza y el orden en la casa. Por su parte, el anciano no colabora en estas actividades domésticas.
- La señora ha manifestado a vecinos y familiares, que aunque él nunca ha trabajado, y que como ella se encuentra impedida y no puede realizar largas caminatas, él realiza los cobros de los dineros que entran en la casa, y que de la chequera que pertenece a ella no recibe un centavo, argumentando que lo usa para los gastos de la casa, y al cobrar los dineros que le manda el hijo, supuestamente le da a ella la mitad de lo mandado, pero una vez que ya ha gastado el suyo, quiere que ella le dé parte del que ella tiene guardado para emergencias, y cuando ella le responde de forma negativa, la insulta, haciendo referencia además, a su inutilidad, por tener necesidad de usar bastón para comunicarse.
- El anciano ha manifestado a los familiares, cuando le reclaman, que la forma de tratar a su esposa no incumbe a los vecinos, que eso es entre ellos y que a nadie le importa, que nunca le había levantado la mano a su esposa, por lo que nadie podía decir que él la maltrata, que siempre había sido así y ahora estaba muy viejo para cambiar.
- Ambos ancianos han señalado a los vecinos que no contratan a alguna persona que los acompañe en la casa y les ayuden, o le permiten a algún sobrino venir a vivir con ellos, pues todavía pueden valerse por sí solos, no consideran necesario que alguien vaya a entrometerse en su vida privada y que los sobrinos entonces les llenaban la casa de muchachos y que esa bulla a ellos les molesta.

Valoraciones:

Estos ancianos, muchas veces sin que exista un ambiente de violencia, igual se puede sentir deprimido, como un estorbo para la familia, con deseos de morir, porque considera que ya vivió su vida y el hecho de no poder valerse por sí mismo y tener que recibir apoyo para alimentarse o atenciones médicas ya causa un fuerte impacto en su estado emocional. Entonces si existe adicionalmente violencia intrafamiliar y las consecuencias pueden ser más devastadoras.

No existen fuentes que puedan proporcionar datos exactos sobre la incidencia de maltrato a este grupo poblacional dado la ausencia de una instancia administrativa especializada abocada a la atención de casos específicos de maltrato a Personas Adultas Mayores.

La violencia intrafamiliar produce una variedad de patologías no perceptibles a primera vista. También se puede asociar a varias condiciones muy comunes en estas personas: 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.

El tipo de maltrato de mayor frecuencia es el psicológico.

Los relatos permitieron aseverar que es casi inexistente los mecanismos efectivos para la detección de situaciones de maltrato en las estructuras de la sociedad: consejo popular, consultorio del médico de la familia, Policía Nacional Revolucionaria. Tampoco se pudo conocer de la existencia de algún tipo de legislación que desde lo jurídico, proteja a los adultos mayores de la violencia intrafamiliar.

Al no ser percibido con claridad ante la observación de las acciones la presencia de relaciones armónicas intergeneracionales, se afirma que la cultura de paz, respeto, consideración, admiración, comprensión, veneración hacia los ancianos, es prácticamente imperceptible. De lo expresado se puede entonces aseverar, que estas familias estudiadas a través de los ancianos, no están preparados para enfrentar el envejecimiento de sus padres y abuelos.

2.4. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DESDE LA INSTITUCIÓN DE SALUD EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE LA FAMILIA.

Para la mejor comprensión de este aspecto es necesario precisar qué se entiende por estrategia educativa. Es conveniente que se parta del concepto de estrategia. Este es un término que su valoración depende del área en que se analice; las estrategias se conciben a largo alcance, son deliberadas y planificadas y en su concepción se estructura en acciones relacionadas y dirigidas a un determinado fin.

Es la estrategia la que establece la dirección desde una perspectiva global de las acciones que se dirigen a resolver los problemas detectados en determinado segmento de la vida humana.

Para el trabajo social, las estrategias educativas son concebidas para propiciar los procesos de inclusión de aquellos grupos de la sociedad que presentan dificultades para su pleno desarrollo.

En el caso que nos ocupa, la estrategia educativa familiar para atenuar la violencia intrafamiliar, se concibe como la planificación, ejecución y control de las acciones que deben conducir al grupo de personas a la cual van dirigida (ancianos) a estadios superiores de desarrollo. Incluye la planificación a corto, mediano y largo alcance de lo que se desea lograr, la determinación de las acciones para alcanzarlo en unas condiciones concretas en que transcurre el proceso educativo familiar.

Para la estrategia que se propone, se toman en consideración los requerimientos siguientes:

- ◆ El conocimiento de la realidad comunitaria y la identificación de sus problemas, centrado en los grupos de ancianos.
- ◆ Las relaciones intrafamiliares asociados a la atención de los ancianos.
- ◆ El papel de la institución médico de la familia en la atención a los ancianos.

Determinación de la estrategia metodológica

Desde el inicio de esta investigación se hizo evidente la necesidad de determinar la estrategia que de manera más clara, precisa y completa favoreciera el trabajo de intervención educativa de atención a los ancianos.

Uno de los retos más difíciles en la incorporación del anciano en la estrategia de intervención educativa, es el de concebir una actitud comprensiva, flexible y de alta sensibilidad de parte del personal de la salud y los familiares, que condicionen el desarrollo de relaciones afectivas, de inclusión y humanismo para y con los ancianos.

Objetivos de la estrategia de intervención educativa

- Constituir un grupo multidisciplinario a los efectos de la conducción y aplicación de la estrategia en el contexto sociocultural comunitario.
- Atenuar los factores que condicionan la violencia intrafamiliar para favorecer los procesos de inclusión de los ancianos en los espacios privados.
- Generar acciones de capacitación comunitaria centradas en el conocimiento de las prácticas socioculturales de los ancianos.
- Establecer relaciones de colaboración con los medios de comunicación de la ciudad para la promoción de una actitud más comprensiva hacia los adultos mayores.

Principales metas:

- Reducción de los efectos de la violencia intrafamiliar en los grupos de ancianos.
- Capacitación del personal que desarrollará la estrategia.
- Desarrollo de relaciones de afecto, comprensión, humanismo y solidaridad entre ancianos y familiares.

Tiempo para la aplicación de la estrategia de intervención familiar: 3 años.

Direcciones principales para el desarrollo de la estrategia.

- 1) Crear los grupos multidisciplinarios de educación familiar en los consultorios estudiados.
- 2) Precisar los objetivos de la intervención educativa, las funciones y principales acciones a desarrollar.
- 3) Capacitar a las familias y personal de la salud responsables de la implementación de la estrategia.
- 4) Evaluar con sistematicidad la estrategia de intervención educativa.

DIRECCIÓN No. 1: Crear los grupos multidisciplinarios de educación familiar en el consultorio estudiado.

Fundamentación.

El trabajo educativo de las instituciones de la salud, en coordinación y participación de las familias, transcurre por diferentes niveles y procedimientos ajustados a la realidad que se debe atender. Dada la complejidad que caracteriza el trabajo de atención a los ancianos, así como la intensificación del deterioro en las condiciones de vida de ese vulnerable grupo de la sociedad santiaguera, se requiere de un equipo que asesore, coordine y prepare a todos los que de una manera u otra tienen incidencia en el cuidado y atención de esta población, así como la conducción de tan importante proceso educativo. La experiencia en materia de trabajo social comunitario brinda sustantivas herramientas por lo que también se ha asumido como instrumento de trabajo, la creación del grupo multidisciplinario que atienda y evalúe la estrategia que se propone. La multidisciplinariedad se argumenta por el hecho de que son diversos los factores que inciden en la comprensión de la atención a los ancianos. Se requiere entonces de especialistas de la salud, de la educación, y la cultura para incorporar sus saberes en la dirección de la estrategia. Sólo desde una mirada múltiple, se podrá enfrentar con mayores aciertos tan difícil y compleja problemática.

El grupo multidisciplinario lo integra:

- Médico de la familia.
- Representante del consejo popular que atiende el programa de atención a la familia, los niños, jóvenes y adultos mayores.

- Representantes de familias que conservan y promueven una práctica cultural de respeto a los ancianos.
- Representantes del saber científico identificados con los temas de atención al anciano.
- Líderes comunitarios que son reconocidos en la comunidad.
- Trabajador social.

Este grupo inicial sería el encargado de hacer extensivas sus reflexiones e implicar en el desarrollo de las actuaciones que se programen a un sector más amplio de la comunidad.

En esta etapa se establecerán los horarios de reunión, los locales a utilizar, y lo más importante, se tratará de dedicar el tiempo necesario para ganar en seguridad, confianza y cohesión entre los miembros del grupo, ya que de ello depende el trabajo futuro a realizar. Para esto los especialistas se podrían apoyar en la utilización de técnicas de presentación y técnicas participativas como por ejemplo un grupo focal, lluvia de ideas etc.

Acciones.

- ✓ Seleccionar un representante de cada institución y familia de más experiencia en la labor de atención a los ancianos para integrar el Grupo Multidisciplinario de Intervención Educación a nivel de comunidad/consultorio. (GMIE).
- ✓ Crear grupos de trabajo de educación familiar para atender una problemática particular en dependencia de la magnitud del maltrato y la no atención al anciano.
- ✓ Incorporar al GMIE, dentro de lo posible, a los medios de comunicación local.
- ✓ Diseñar el plan de actividades que desarrollará el GMIE.
- ✓ Elaborar las orientaciones educativas de atención a los ancianos.
- ✓ Diseñar las evaluaciones de la estrategia.
- ✓ Valorar con las estructuras del gobierno local, los resultados.

Vías para su ejecución

- ✓ Reunión y talleres a nivel de consultorio y comunidad.

Responsables

- ✓ Miembros del GMIE.

DIRECCIÓN No. 2: Precisar los objetivos, las funciones y las principales acciones a desarrollar.

Fundamentación.

La elaboración de la estrategia educativa familiar incluye entre sus elementos el programa de atención a los ancianos que posee el consultorio del médico de la familia; datos estadísticos, informes, diagnósticos y otros documentos referidos al adulto mayor. Estos, junto a la caracterización realizada, la cual sitúa en su centro los problemas de más connotación sociocultural, constituyen el marco para explicar y justificar la estrategia y a su vez, derivar los objetivos, las funciones y las acciones.

Los objetivos orientan la consecución de las metas en los tiempos planificados y van graduando los niveles de realización de las acciones; a su vez, estas constituyen las vías más expeditas de materialización de los objetivos propuestos. Lo comunicativo, la educación en valores y la divulgación, constituyen las funciones de la estrategia que se propone. Los diálogos que se deben establecer entre los ancianos, las familias y el personal de la salud, son las vías para lograr el entendimiento y la comprensión de las problemáticas por las que atraviesan los ancianos. Educar en valores, dígame en el amor, el respeto, la solidaridad y el humanismo, son garantías de una relación de afectos y consideración hacia aquellos que nos educaron y nos hicieron ser lo que somos.

Acciones.

- ✓ Derivar las acciones de cada uno de los objetivos de la estrategia.
- ✓ Desarrollar las acciones encaminadas al logro del respeto, la admiración, el humanismo y la solidaridad hacia los ancianos.
- ✓ Diseñar tareas conducentes a la divulgación de la estrategia.

Vías para su ejecución

- ✓ Reunión de trabajo del GMIE.

Responsables

- ✓ Jefe del GMIE
- ✓ Médico de la familia.
- ✓ Corresponsales de los medios.

DIRECCIÓN No. 3. Capacitar a las familias y personal de la salud responsables de la implementación de la estrategia.

Fundamentación.

La capacitación condiciona poseer un conocimiento necesario para comprender y explicar la complejidad en que se desenvuelven las relaciones intrafamiliares alrededor de los ancianos. Disponer de una información en los órdenes conceptual e instrumental es garantía del éxito de la estrategia que se propone. Precisamente, una de las dificultades diagnosticada fue el bajo nivel de conocimiento que acerca del adulto mayor, sus prácticas culturales, características física y psicológicas tienen las familias. Entonces, capacitar es una de las condiciones más importantes para atenuar los conflictos y contradicciones que limitan el cabal desenvolvimiento de los ancianos en su medio familiar y comunitario.

Acciones.

- ✓ Diseñar un sistema de capacitación centrado en los factores socioculturales que inciden en la violencia intrafamiliar al anciano.
- ✓ Realizar talleres con temas relacionados con la violencia intrafamiliar.
- ✓ Participación en eventos sobre el adulto mayor.
- ✓ Realizar divulgación sobre los derechos del adulto mediante carteles y tarjetas y en los medios de comunicación citadina.
- ✓ Rescatar espacios culturales mediante la exposición de artesanía tradicional popular, (tejidos en hilo y tejidos en fibra) que motiven la incorporación de los ancianos.

Vías para su ejecución.

- ✓ Reunión de trabajo del GMIE

Responsables.

- ✓ Grupo multidisciplinario.

DIRECCIÓN No. 4. Evaluar con sistematicidad la estrategia de intervención educativa.

Fundamentación.

En esta etapa se tiene que tener en cuenta también que el grupo debe decidir sobre qué aspecto de la realidad social y cultural de la comunidad es que se va a centrar el proceso de investigación-acción. En este caso el problema a resolver será la violencia familiar hacia el adulto mayor.

La evaluación es uno de los componentes de la estrategia que se elabora y conduce a emitir un juicio, una valoración, que surge de comparar un conjunto de informaciones relativas a la atención al anciano, con criterios previamente establecidos por la propia estrategia.

Para la estrategia, la evaluación, en su carácter integrador es el componente que influye en todo el proceso de desarrollo de la estrategia educativa familiar; permite valorar cualitativa y cuantitativamente los cambios que se producen en la atención al anciano y constituye en sí misma una vía para el crecimiento del GMIE y los ancianos.

Para lograr un proceso de evaluación donde los criterios a tener en cuenta no sean solamente los del GMIE, se toman en consideración las propias opiniones de los ancianos, sin estas opiniones, la evaluación carecería de objetividad.

Acciones.

- ✓ Diseño de un sistema de evaluación permanente, parcial y final.
- ✓ Selección de expertos.
- ✓ Elaborar recomendaciones.

Vías para su ejecución.

- ✓ Trabajo en grupo.
- ✓ Análisis de resultados

Responsables.

- ✓ Grupo multidisciplinario.

La estrategia de intervención educativa que se propone, incidirá en disminuir los impactos de los factores que condicionan la violencia intrafamiliar, entre ellos:

- La falta de comunicación que favorece el desconocimiento de los sentimientos, necesidades y aspiraciones de los miembros de la familia, sobre todo de los ancianos.
- Falta de mecanismos efectivos para la detección de situaciones de maltrato.
- Falta de promoción de derechos e información.
- Insuficiente preparación para enfrentar la vejez.
- Ausencia de una CULTURA DE PAZ al interior de las familias.

- Omisión de denuncias.
- Falta de reconocimiento y respeto de la Comunidad al Adulto Mayor.
- Los conflictos inter generacionales y su repercusión en el ámbito familiar. El desconocimiento de las características psíquicas, físico-biológicas y sociales del adulto mayor.
- La escasa valoración afectiva entre los miembros de la familia. La pérdida súbita o gradual de las relaciones de los ancianos con el entorno y las relaciones sociales establecidas en el transcurso de la vida.
- La formación de tradiciones violentas en la familia. (patrones negativos de conducta).
- La desorganización familiar, dada por el no cumplimiento en la estructura familiar del papel que cada miembro debe desempeñar.

La Investigación-Acción-Participación en la implementación de la estrategia de intervención educativa.

La Investigación – Acción – Participación (IAP) se presenta como una herramienta de participación que facilita la implementación de la estrategia. Es básicamente una propuesta metodológica de intervención social que acompañará todo el proceso de atención a los ancianos en el contexto familiar-comunitario.

La introducción de la IAP permite a la estrategia:

➤ **La generación de cohesión grupal y determinación de objetivos.**

El Grupo Multidisciplinario de Intervención Educativa incorpora a la AIP como paradigma de una participación dialógica y horizontal. De esta manera se hace altamente visible la diversidad de opiniones, enfoques, concepciones proyectadas por los miembros del grupo multidisciplinario. El respetar la diversidad constituye un valor que la IAP preserva en la medida en que ella es empleada.

En esta etapa se tiene que tener en cuenta también que el grupo debe decidir sobre qué aspecto de la realidad social y cultural de la comunidad es que se va a centrar el proceso de investigación-acción. En este caso el problema a resolver será la violencia familiar hacia el adulto mayor.

➤ **Un diagnóstico participativo y análisis crítico de la efectividad de la estrategia.**

Con la IAP, la estrategia busca contextualizar una comunidad, y familias mediada por los factores socioculturales ya analizados. Se indaga en una información básica que sirva para programar las acciones concretas.

No debemos olvidar que ante todo este diagnóstico tiene un alcance comunitario; no es diagnosticar la situación de un individuo, un grupo, sino de una comunidad (toda ella en su conjunto) además en la realización

del diagnóstico (llamado también estudio) hay que incorporar la participación de la gente, teniendo en cuenta que se trata de un principio operativo básico de la acción comunitaria.

CONCLUSIONES:

De manera generalizada, el proceso de envejecimiento de la población santiaguera constituye un importante desafío para muchas profesiones, como la medicina, la psicología, la educación, el trabajo social, la animación sociocultural. Un amplio campo de investigadores de las ciencias de la salud y de las industrias farmacéuticas concentra sus esfuerzos para hacer frente a los problemas derivados de una población cada vez más envejecida.

La investigación realizada permitió corroborar la idea científica que se defendió, así como, dar respuesta al problema científico al aseverar la existencia de un grupo de factores que condicionan la violencia intrafamiliar; entre ellos: omisión de denuncias; insuficiente preparación para enfrentar la vejez; falta de mecanismos efectivos para la detección de situaciones de maltrato; Insuficiente preparación para enfrentar la vejez; ausencia de una CULTURA DE PAZ al interior de las familias; falta de reconocimiento y respeto de la Comunidad al Adulto Mayor; falta de promoción de derechos e información.

Es un hecho que la violencia es una conducta socialmente que se repite a lo largo de la vida del ser humano y que en el caso de los adultos mayores el tipo de violencia más percibida por este grupo de estudio fue la psicológica y la de negligencia o abandono, lo que habla del tipo de relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia.

La ausencia y adaptación de los espacios físicos a nivel institucional y comunitario para la ejecución de las diversas actividades recreativas conlleva la pérdida de interés e iniciativa por parte del personal interno de la institución Consultorio del Médico de la familia y conduce a las personas mayores de edad a la inactividad, el sedentarismo y marginación social y cultural.

La perspectiva educativa, con alcances comunitarios es una de las más importantes, para atenuar los impactos de los factores que condicionan la violencia intrafamiliar, pues en la comunidad quizá pueda extenderse un rol de familia; a partir de las organizaciones sociales (escuelas, clubes, hospitales, iglesias, etc.). La comunidad, también debe ser susceptible de poder asumir, con sentido educativo su preocupación por los adultos mayores: las instituciones comunitarias, los vecinos en general deben tener responsabilidades; y una de las más importantes es la solidaridad y el compromiso. Esto es muy probable en las comunidades pequeñas, por la cercanía y conocimiento entre las familias; pero toma otras formas cuando se trata de grandes ciudades; en donde el trabajo social debe estar planificado y organizado convenientemente con la participación de los diferentes estamentos oficiales y de la sociedad civil

Diseñar una estrategia de intervención para detener la violencia intrafamiliar desde la institución Consultorio del Médico de la familia resulta complejo y difícil debido a que estas instituciones de la salud atienden a los ancianos con distintos y diversos problemas de salud, maltrato, abandono, con alteraciones sensoriales, ancianos autónomos y otros presentan múltiples patologías y carecen a su vez, de herramientas para solventar estas realidades que tienen como tendencia, sus incrementos en las comunidades santiagueras.

RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos permiten elaborar las siguientes recomendaciones:

A la institución familia:

- Revalorar el aporte de las personas adultas mayores dentro de la vida y economía del hogar
- Generar los mecanismos para que las personas adultas mayores se sientan útiles y con la posibilidad de opinar y decidir en acuerdos familiares
- Crear un ambiente que brinde afecto, respeto y constituya un real soporte para sus miembros mayores, especialmente para aquellos que tienen algún grado de discapacidad.

A la institución Consultorio del Médico de la familia.

- Introducir la estrategia de intervención educativa.

A los medios de comunicación

- Elaborar estrategias comunicativas dirigidas a mejorar la imagen de las personas adultas mayores desterrando mitos y estereotipos que generalmente rodean la figura de éstas.

A los Gobiernos Locales:

- Fomentar su integración, generando en la comunidad espacios integradores e intergeneracionales.
- Promover una mayor participación de este grupo poblacional, a fin de que pueda contribuir con alternativas de solución a esta problemática y continúe aportando al desarrollo de su comunidad.
- Habilitar espacios para las denuncias al maltrato que reciben los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Sintés, Roberto: Temas de medicina general integral. VI, Editorial Ciencias Médicas; La Habana, 2002.
- Ander, E. (2003). Historia del Trabajo Social. La Habana, Cuba; Editorial Félix Varela.
- Ares, Musio, Patricia: Individuo, Familia y Sociedad. Material Docente. Maestría en Psicología Clínica. Universidad de La Habana. 2005.
- Arreola, G. Cuba sufre una agudización acelerada del envejecimiento poblacional: informe; <http://www.jornada.unam.mx/2009/01/07/index.php?section=mundo&article=024n2mun>.

- Betancourt, Juana. Tesis en opción al título de Doctora en Ciencias. 2006.
- Caballero García J.C, Remolar Ribes M.L. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 2000
- Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2000. p. 24-6.
- Carrasco García Maira R. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2005.
- CEPDE-ONE. El Estado actual y perspectiva de la población cubana: Un reto para el desarrollo territorial sostenible; Editorial Estadística, La Habana, 2008.
- Clavijo Portieles, Alberto. Crisis, familia y psicoterapia. La Habana. Editorial Ciencias médicas. 2005.
- Colectivo de autores: El Envejecimiento de la Población: un reto. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 2006.
- Colectivo de Autores; Selección de lecturas sobre trabajo social y prevención; Editorial Félix Varela; La Habana; 2003.
- De Urrutia Torres y Graciela González Olredo: Metodología, Métodos y Técnicas de la investigación social III. Selección de lecturas. Capítulo V, VI.
- Delia SC. Abuso y maltrato en personas ancianas. San Juan: Editorial Aries; 2001.
- Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [Internet]. United Nations. New York; 2009. [Actualizado en enero de 2010. Citado el 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>
- Escartín Caparrós, María José y Colectivo de autores. Introducción al Trabajo Social II. Editorial Aguacilar. Alicante. España. 1997
- Espronceda Amor, María Eugenia. A propósito del análisis cultural en los estudios sobre la familia: enfoques tradicionales, retos epistemológicos y otras aproximaciones.
- Espronceda Amor, María Eugenia. La perspectiva interdisciplinaria en los estudios sobre la familia y el parentesco: algunas aproximaciones.
- Estrada Zamora, R. Cuba: atención al adulto mayor. (en) <http://www.rcm.cu/trabajos/2002/octubre/03/adultomayor.htm>

- Farías de la Torre, F. Familia y comunidad. JCV Ed., Córdoba (Argentina), 1992.
- Flaquer, Lluís. El destino de la familia. El destino de la familia. Editorial Ariel, S.A. Barcelona 1998.
- Fleita Ruiz, Reyna. Selección de lecturas y Políticas sociales de familia. La Habana. Editorial Félix Varela. 2003
- Fleitas Ruiz, R. Selección de lecturas de sociología y política social de la familia. La Habana, Editorial Félix Varela, 2005.
- Florez Ja, Adeba J, García M.C. La comunicación con el anciano. JANO 1998.
- González, Fernando: Psicología de la personalidad. La Habana. Editorial Pueblo y Educación. 1990.
- 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.
- Hernández Aguilera, A. Violencia familiar intradinámica contra el adulto mayor. Trabajo para optar por el título de especialista de primer Grado
- Hernández Sampier, R.; Metodología de la Investigación; Editorial Félix Varela; La Habana; 2006.
- Hugonot F. Formas clínicas y sociales del maltrato en los ancianos. Rev Geriatrika 7/2000. Vol. 16 – Año XVI
- Illescas Nájera, I; Nexticapa Marcelas Rosas. Compiladoras. 2010. Cultura alimentaria y vejez. Experiencia de trabajo comunitario. ARANA Editores, México.
- Ketfl, Susana y U. Manuel Fernández. La construcción social de la vejez. Cuadernos de Trabajo Social. 2001.
- Kisnerman, N. *Pensar en trabajo social*. Argentina: Editorial Humanista. 1998).
- Landriel, Eduardo. "Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social" Universidad Nacional de Santiago del Estero e Instituto San Martín de Porrres. www.ts.ucr.ac.cr (bajado el 10 de diciembre del 2012)
- L. Rojas (1995) Las semillas de la violencia. Madrid: España- Calpe.
- Malagón, J (1999). *Fundamentos del trabajo social comunitario*. Sevilla, España; Editorial S.L
- Martínez, C.: Salud familiar, Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2003.
- Minuchin y H. Ch. Fishman. Técnicas de Terapia Familiar, Ed. Paidós. Barcelona, 1988.

- Muñiz FM, Jiménez GX, Ferrer MD, González PJ. La violencia familiar ¿Un problema de salud? Rev. Cubana Med Gen Integr 1998.
- Noceda Ricardo, tomado de Saladriga Hilda: Introducción a la teoría y la investigación en la comunicación. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2006.
- Oficina Nacional de Estadísticas. 2010. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios. Centro de Estudios de Población y Desarrollo, CEPDE, La Habana, Cuba. .
- Oliva Martínez, M.; Longevidad satisfactoria: reto inaplazable para los cubanos; Revista de Ciencias Médicas La Habana 2008.
- ONU. Envejecimiento de la población. Informe. 2009. WWW.onu.or (bajado el 25 de mayo del 2012)
- Orosa Fraiz, Teresa. La Tercera Edad y la Familia. Una mirada desde el Adulto Mayor. Editorial Félix Varela. La Habana, 2003.
- Prieto Ramos, O.: Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y Perspectiva. Centro Ibero latinoamericano de la Tercera Edad. Segunda Edición. La Habana, 1996.
- Rodríguez Áurea, V. Y Molina Soto.J: Sin temor a la vejez. Proceso histórico del envejecimiento de la población en Cuba. Editora política. La Habana. Cuba, 2002.
- Sánchez Salgado, Carmen. Gerontología Social. Buenos Aires, Argentina, Edit. Espacio. 2000:
- Shalin Y. Ocurrent injuries in a defined population. Injuries 2003.
- Sierra Lombardía, Virginia M., Álvarez de Zayas, Carlos M. Metodología de la Investigación Científica.

ANEXOS

ANEXO 1.- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El sostenimiento de esta dinámica demográfica por un largo período de tiempo ha configurado el principal rasgo de la población cubana en la actualidad el envejecimiento poblacional que es a su vez el principal reto de la relación población-desarrollo en la Cuba contemporánea, y en su perspectiva inmediata.

El envejecimiento poblacional es el aumento en la proporción de personas de 60 años y más con respecto al total de la población, y la inversión de la pirámide de edades, porque a la vez disminuye la proporción de población menor de 15 años.

Cuba ha transitado desde un 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta un 17,4 % en el 2009. Así, en el término de 24 años el envejecimiento se ha incrementado en 6.1 puntos porcentuales.

Es decir, el crecimiento poblacional sostenidamente bajo y eventualmente negativo ha tenido un impacto en la estructura por sexo y edades de la población. Esto se manifiesta al producirse una disminución en la proporción de la población infantil y juvenil (0 a 14 años), por la contracción de la fecundidad, en tanto se experimenta un aumento en la proporción de la población conformada por los adultos mayores, por el descenso en el nivel de la mortalidad, y por la emigración concentrada en personas adultas jóvenes. Durante este proceso la edad media de la población ha aumentado. En la primera mitad del siglo pasado se incrementó en apenas 3 años, en la segunda mitad lo hizo casi en 10 años.

Estructura por edad de la población cubana. 1907-2009					
AÑOS	TOTAL	0-14	15-59	60 y más	Edad Media
1907	100.0	36,6	58,8	4,6	24,1
1919	100.0	42,3	52,9	4,8	23,7
1953	100.0	36,2	56,9	6,9	26,6
1970	100.0	36,9	54,0	9,1	27,0
1981	100.0	30,3	58,8	10,9	29,5
1985	100.0	25,9	62,8	11,3	31,5
1989	100.0	23,0	65,1	11,9	32,4
1992	100.0	22,3	65,3	12,4	33,3
1996	100.0	22,1	64,9	13,0	34,5
2001	100.0	20,9	64,6	14,5	36,1
2006	100.0	18,4	65,7	15,9	36,9
2007	100.0	18,0	65,4	16,6	37,4
2008	100.0	17,6	65,4	17,0	37,8
2009	100.0	17,5	65,1	17,4	38,1

Fuente: ONE. Anuario Estadístico de Cuba. Varios años

De manera general el envejecimiento poblacional es una característica que en la actualidad presentan todas las provincias del país, aunque es posible distinguir algunas peculiaridades regionales. Las provincias menos envejecidas se agrupan en la región oriental, las provincias centrales presentan valores medios, y las occidentales con los valores más altos. Dentro de estos últimos grupos se deben diferenciar las provincias de Villa Clara, Sancti Spíritus, y Ciudad de La Habana, en las cuales el grado de envejecimiento presenta los valores más altos del país.

Grado de envejecimiento por provincias. Por ciento. Años seleccionados						
	1985	1990	1995	2000	2007	2009
Cuba	11,3	12,1	12,7	14,3	16,6	17,4
PR	9,9	10,7	11,4	13,1	15,9	16,9
LH	13,5	13,8	14,0	15,1	16,5	17,2
CH	14,0	14,7	15,2	16,9	18,9	19,5
MAT	12,9	13,4	13,6	14,8	17,0	17,8
VC	13,9	14,8	15,4	17,1	20,0	20,8
Cfgs	12,5	13,0	13,5	14,6	16,7	17,5
SSP	12,9	13,9	14,4	15,8	18,2	18,9
CAV	11,9	12,5	12,9	14,0	15,7	16,3
CAG	10,8	11,6	12,4	13,7	16,1	16,9
LT	8,8	9,6	10,4	12,3	14,8	15,6
HOL	9,4	10,3	11,4	13,2	15,6	16,5
GRA	8,4	9,3	10,2	12,0	14,7	15,5
SCU	8,9	9,7	10,5	12,2	14,7	15,5
GAO	8,2	8,9	9,6	11,1	13,4	14,1
IJU	4,9	5,7	6,6	8,5	12,0	13,2

Otros indicadores del proceso de envejecimiento territorial se exponen a continuación. Indicadores del proceso de envejecimiento, por provincias ordenadas de menor proporción de 60 años y más a mayor 2009.

Indicadores del proceso de envejecimiento, por provincias ordenadas de menor proporción de 60 años y más a mayor 2009

PROVINCIAS	Porcentaje de personas de 60 años y más respecto a la población total (V/P) *100	Persona de 60 años y más respecto a la población de 0 a 14 años (V/J)*1000	Persona de 60 años y más respecto a la población de 15 a 59 años (V/A)*1000
Cuba	17,4	993	266
Isla de la Juventud	13,2	707	194
Guantánamo	14,1	675	217
Santiago de Cuba	15,5	830	235
Granma	15,5	816	237
Las Tunas	15,6	882	234
Ciego de Ávila	16,3	937	246
Holguín	16,5	898	254
Camagüey	16,9	993	255
Pinar del Río	16,9	925	261
La Habana	17,2	988	262
Cienfuegos	17,5	1002	268
Matanzas	17,8	1054	273
Sancti Spiritus	18,9	1134	294
Ciudad de La Habana	19,5	1248	302

Fuente: Anuario demográfico de Cuba, 2009.

ANEXO 2.- POBLACIÓN DE CUBA POR PROVINCIAS Y MUNICIPIOS, SEGÚN SEXO Y ZONAS, AL 31/12/2010

PROVINCIA/MUNICIPIO	Ambas Zonas			Urbano			Rural		
	Total	Varones	Hembras	Total	Varones	Hembras	Total	Varones	Hembras

Santiago de Cuba	1 047 963	523 503	524 460	725 799	354 900	370 899	322 164	168 603	153 561
Contramaestre	105 768	53 889	51 879	60 028	29 861	30 167	45 740	24 028	21 712
Mella	36 490	18 742	17 748	26 510	13 408	13 102	9 980	5 334	4 646
San Luis	82 750	42 065	40 685	52 599	26 072	26 527	30 151	15 993	14 158
II Frente	40 386	20 788	19 598	10 109	4 992	5 117	30 277	15 796	14 481
Songo - La Maya	94 097	47 680	46 417	36 908	18 154	18 754	57 189	29 526	27 663
Santiago de Cuba	492 891	240 878	252 013	445 399	216 195	229 204	47 492	24 683	22 809
Palma Soriano	130 045	64 939	65 106	75 181	36 480	38 701	54 864	28 459	26 405
III Frente	30 065	15 943	14 122	10 697	5 499	5 198	19 368	10 444	8 924
Guamá	35 471	18 579	16 892	8 368	4 239	4 129	27 103	14 340	12 763

Fuente: Oficina Nacional de Estadística. 2010

ANEXO 3.- ESTRUCTURA PORCENTUAL CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL, DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR PROVINCIAS Y MUNICIPIOS, SEGÚN SEXO Y ZONAS, AL 31/12/2010.

Rural	Ambas Zonas			Urbano			Total
	PROVINCIA/MUNICIPIO	Total	Varones	Hembras	Total	Varones	Hembras
	Santiago de Cuba	15.9	15.1	16.7	16.2	14.6	17.8
	Contramaestre	16.1	15.3	17.0	16.0	14.2	17.7
	Mella	13.3	13.4	13.2	13.7	13.5	14.0
	San Luis	15.0	14.8	15.2	14.7	13.6	15.8
	II Frente	14.3	14.8	13.7	12.6	12.2	13.0
	Songo - La Maya	14.4	14.6	14.1	13.4	12.4	14.4
	Santiago de Cuba	16.8	15.2	18.4	17.0	15.1	18.9
	Palma Soriano	16.8	16.5	17.7	16.8	15.4	18.1
	III Frente	13.4	13.9	12.9	11.7	11.0	12.4
	Guamá	12.6	13.4	11.7	10.0	9.9	10.1

Fuente: Oficina Nacional de estadística. 2010

ANEXO NO 4.- CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

CLASIFICACIÓN GENERAL:

Físicas:

Es el uso de fuerzas físicas no accidentales para coaccionar. Es la forma más obvia y fácil de definir pero una de las menos comunes. Se pueden apreciar por la existencia de heridas, golpes, bofetones, golpes con objetos contundentes, etc. En general se relaciona más con las características del abusador y no tanto del abusado. Se ha correlacionado también con la ingesta excesiva de alcohol, deterioro de la personalidad y escasa comunicación.

Verbal:

Depende en gran medida de las malas relaciones interpersonales previas a la situación mórbida actual. Se asocia con depresión y ansiedad de los cuidadores. Por ejemplo la agresión verbal crónica, los insultos repetidos y las amenazas.

Psicológico:

Intimidación verbal, humillación y la infantilización del residente. En general ocurre junto a otras formas de abuso.

Financiero:

Es la forma inapropiada o ilegal de usar el dinero, propiedades y otras; es quizás la más común.

Abandono: Es la de privación de las necesidades básicas de servicios como comida, medicamentos, transferencia al baño, aseo personal, acceso a la salud y otras.

Abuso sexual:

Sodomía, copulación oral, penetración de objetos extraños, incesto, violación.

ANEXO 5. CUESTIONARIO

Para conocer la situación de la violencia intrafamiliar que existe en el área de Salud, Consultorio # 13 del reparto Sueño, a continuación le mostramos algunos de los elementos relacionados con el maltrato en el adulto mayor, de los cuales usted podrá elegir libremente las respuestas que considere correctas con solo marcar una X en la casilla correspondiente. No tiene que escribir su nombre, por favor sea sincero, la información será confidencial. El valor de esta investigación está en sus manos.

1- Edad:

- de 70 a 74 años _____
- de 75 a 79 años _____
- de 80 a 84 años _____
- de 85 a 89 años _____
- de 90 y más años _____

2- Sexo

- Masculino _____
- Femenino _____

3- Estado civil

- Soltero _____
- Casado _____
- Viudo _____

4- Atención familiar

Recibe usted afecto, cariño por sus familiares. Si ____ No ____

Se siente siempre solo. Si ____ No ____

Cuando usted hace alguna pregunta o comentario, ha recibido como respuesta silencio. Si ____ No ____

Ha sido amenazado en algún momento con algún tipo de castigo Si ____ No ____

Se respeta su dinero y bienes Si ____ No ____

En caso de no recibir pensión, le dan dinero sus familiares Si ____ No ____

Tiene dinero para su bienestar Si ____ No ____

Ha sido obligado a gastar dinero suyo en contra de sus deseos Si ____ No ____

Se preocupan sus familiares por su cuidado y aseo diario Si ____ No ____

Carece de ayuda tal como espejuelos, dentadura, aparatos para oír Si ____ No ____

Tiene a disposición ropa limpia Si ____ No ____

Ha sido usted dejado solo por largos períodos Si ____ No ____

Le aseguran sus familiares la alimentación. Si ____ No ____

Le dan atención familiar Si ____ No ____

Ha recibido usted por parte de sus familiares

Empujones. Si ____ No ____

Gritos o insultos Si ____ No ____

Heridas Si ____ No ____

Golpes Si ____ No ____

Encierros Si ____ No ____

Ha recibido usted por parte de sus familiares

Solicitud de tocarles sin su permiso (excepto su pareja) Si ____ No ____

Solicitud que se desnude ante ellos Si ____ No ____

Violaciones Si ____ No ____

5. Se siente usted:

Satisfecho con su edad Si ____ No ____

Tiene buen estado de ánimo Si ____ No ____

Optimismo por su futuro Si ____ No ____

Deseos de vivir Si ____ No ____

Tiene motivación por las cosas Si ____ No ____

Mantiene su sentido del humor Si ____ No ____

Disfrute con su familia Si ____ No ____

ANEXO 6. ENTREVISTA

Con el fin de determinar sus conocimientos acerca de la violencia intrafamiliar y sus posibles formas de presentación, a continuación le mostramos algunos de los elementos relacionados con el maltrato en el adulto mayor, de los cuales usted podrá elegir libremente las respuestas que considere correctas con solo marcar una X en la casilla correspondiente. No tiene que escribir su nombre, por favor sea sincero, la información será confidencial. El valor de esta investigación está en sus manos.

1-Nivel de escolaridad:

☐ primaria terminada ☐ Pre-Universitario terminado

☐ primaria sin terminar ☐ Universitario terminado

☐ secundaria terminada ☐ No escolarizado

☐ Tec-medio terminado

2- Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

3-La violencia en el anciano daña su:

Salud: Si ☐ No ☐

Bienestar psicológico: Si ☐ No ☐

Bienes materiales: Si ☐ No ☐

4-La violencia en un anciano puede ser:

Física: Si ☐ No ☐

Emocional o psicológica: Si ☐ No ☐

Sexual: Si ☐ No ☐

Financiera: Si ☐ No ☐

5-Física

Golpes: Si ☐ No ☐

Quemaduras: Si ☐ No ☐

Tirar objetos: Si ☐ No ☐

Halar pelo: Si ☐ No ☐

Amarrar: Si ☐ No ☐

6-Emocional

Ignorar: Si ☐ No ☐

Ofender: Si ☐ No ☐

Gritar: Si ____ No ____

No se le da cariño: Si ____ No ____

Se le pide más de lo que puede hacer: Si ____ No ____

7-Negligencia

No alimentar: Si ____ No ____

No dar medicinas: Si ____ No ____

No procurar higiene: Si ____ No ____

Abandono por largos períodos: Si ____ No ____

8-Sexual

Abuso sexual: Si ____ No ____

Violación: Si ____ No ____

ANEXO 7. ENTREVISTA

1. ¿Considera ud. que en el núcleo familiar (_____) existe violencia hacia el anciano?.
2. ¿Qué manifestaciones de violencia usted ha presenciado?
Golpes frecuentes ____ humillaciones ____ amenazas ____ abuso personal ____ abuso sexual ____
otros ____ ¿cuáles? _____
3. ¿Quién o quiénes ejercen la violencia en el hogar?. Hermana ____ Hermano ____ Esposo ____
Esposa ____ hija (s) ____ hijo (s) ____
4. ¿Conoce si hubo denuncia? (____ Sí ____ No).
5. ¿Recibió atención médica? De las lesiones (____ Sí ____ No).
Atención psicológica (____ Sí ____ No).
6. ¿Dónde?. CMF _____ Casa _____ Policlínico _____ Hospital _____
7. La persona que ejerce la violencia consume alcohol ____ drogas ____ medicamentos ____ ¿es un enfermo mental? _____

ANEXO. 8: PROGRAMAS DE LA REVOLUCIÓN



Las Casas de Abuelos

Los Círculos de Abuelos



Las Cátedras Universitarias del Adulto Mayor



Programa de Educación sanitaria sobre la nutrición



Fig. 2. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.

Programa de Promoción de



Salud

Programa de Prevención de



discapacidades

Programa de



capacitación