



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MANGOMARCA – SAN JUAN DE
LURIGANCHO, LIMA 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:
HUANACO QUISPE DELIA**

**ASESORA
MAG. JENNY MILAGRO SANCHEZ DELGADO**

LIMA, PERU 2018

**“FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MANGOMARCA – SAN JUAN DE
LURIGANCHO, LIMA 2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los factores que están asociados a la violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=50 adultos mayores), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,853); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,919$).

CONCLUSIONES:

La presente investigación tiene como título: Los factores asociados a la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, encontrando que en mayor porcentaje es el Factor Derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor en la violencia familiar, seguido del Factor están más asociados y en menor porcentaje el Factor Dependientes del adulto mayor. Teniendo presente los siguientes aspectos: No pueden ir solos al baño y no pueden atender solo en el baño, tienen alguna enfermedad crónica degenerativa y comparten la vivienda con los familiares. Sus familiares se niegan en darle cuidados de higiene, sus familiares les han dado pellizcos, sus familiares les quitan o niegan su poder de decisión, Sus familiares no lo dejan vivir en su casa, sus familiares no dejan que usted administre y controle su dinero, sus familiares no le brindan apoyo para que reciba atención médica,

PALABRAS CLAVES: *Factores que están asociados a la violencia familiar, adultos mayores.*

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the factors that are associated with family violence in older adults treated at the Mangomarca Health Center - San Juan De Lurigancho, Lima 2016. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 50 older adults), a Likert type questionnaire was used to collect the information, the validity of the instrument was performed by means of the agreement test of experts' judgment obtaining a value of (0,853); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.919$).

CONCLUSIONS:

The present investigation has as its title: The factors associated to the family violence in older adults, attended in the Mangomarca Health Center, San Juan de Lurigancho, Lima, finding that in a greater percentage is the Factor Derived from the presence of situations of special vulnerability of the older adult in family violence, followed by the Factor are more associated and in a lower percentage the Factor Dependents of the older adult. Bearing in mind the following aspects: They can not go alone to the bathroom and can not attend only in the bathroom, they have a chronic degenerative disease and they share the house with the family. Their relatives refuse to give him hygiene care, their relatives have pinched them, their relatives take away or deny their decision-making power, their relatives do not let them live in their house, their relatives do not let you manage and control their money, his family members do not support him to receive medical attention,

KEY WORDS: *Factors that are associated with family violence, older adults.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	20
2.4. Hipótesis	23
2.5. Variables	24
2.5.1. Definición conceptual de la variable	24
2.5.2. Definición operacional de la variable	24
2.5.3. Operacionalización de la variable	25

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	26
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	27
3.3. Población y muestra	27
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	28
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	29
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	29
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	30
CAPÍTULO V: DISCUSION	37
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

En la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato y/o violencia de las Personas Mayores se definió la violencia como "la acción única o repetida o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.

En cualquiera de los escenarios, es necesario destacar que el adulto mayor que sufre violencia es víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro generalizado de su calidad de vida. Es una manifestación de la violencia social y familiar que afecta a miles de individuos en el mundo. ⁽²⁾

La violencia es un problema de salud pública en todo el mundo por las graves consecuencias que tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades, los países, asimismo por las consecuencias en los servicios de salud al afectar los costos por los servicios.

Entre los principales obstáculos del sistema de salud para dimensionar y enfrentar el problema de la violencia se encuentra el desconocimiento de la verdadera magnitud del problema debido, en gran parte, a la ausencia de denuncias de este tipo de delitos.⁽³⁾ Algunos estudios realizados en el ámbito internacional^{(4) (5)} indican que entre los factores que agravan el riesgo de violencia, descuido y explotación, se encuentran el deficiente estado de salud de los adultos mayores, la depresión y la edad avanzada, así como vivir en condiciones de pobreza, carecer de apoyo familiar, el aislamiento social y la complicada relación de interdependencia y vinculación emocional de la persona maltratada y su agresor.⁽⁶⁾

El trabajo de investigación está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema de investigación, con la formulación del problema principal, secundario, como también la formulación de los objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco teórico, donde mostraremos algunos antecedentes tanto internacionales como nacionales y bases teóricas que fundamenten la investigación, se tomo en cuenta las definiciones de términos básicos utilizados, sistema de hipótesis e igualmente de variables, dimensiones e indicadores.

Capítulo III: Trata de la metodología de la investigación tipo de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y el plan de recolección y procesamiento de datos que nos sirvió para sustentar los resultados que obtendremos en esta investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen escasas encuestas de base poblacional realizadas en otros países, que indican que entre el 4% y el 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de violencia en el hogar ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾, aunque se calcula que solamente uno de cada cinco casos se denuncia a las autoridades. Por otra parte, estudios realizados en Canadá, el Reino Unido, España, Estados Unidos, Colombia, Chile , Perú ⁽¹⁰⁾ así como reportes de la OMS ⁽¹¹⁾ indican que la violencia en el adulto mayor es un problema prevalente y creciente en todo el mundo.

Se ha observado que la violencia se ejerce generalmente sobre las personas más vulnerables del ámbito doméstico, en el caso del adulto mayor, aunque también se puede dar debido a la violencia en la pareja, como en el caso de la mujer, en los adultos mayores, se cree que con mayor frecuencia son la respuesta a una situación de rechazo hacia el adulto mayor, considerado como carga para la familia. Se han identificado factores asociados a la violencia como el estrés por sobrecarga del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar en la propia familia, etc. Estos factores se consideran más de riesgo que causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino que sólo aumenta la probabilidad de que éste aparezca.

A medida que nuestra sociedad envejece, que el porcentaje de adultos mayores aumenta aceleradamente, los temas que les atañen deben transformarse, cada vez más en una preocupación nacional. El maltrato a personas de edad avanzada es un problema mucho más complejo y de mayor alcance que lo percibido. Aunque ciertamente incluye el descuido institucional en hogares para adultos mayores discapacitados y otras residencias, la mayor parte de los casos son de carácter doméstico, cometidos por familiares cercanos, tales como el cónyuge o un hijo adulto.

La violencia contra las personas adultas mayores es un problema del cual nuestro país no está ajeno, sin embargo son escasas las cifras y datos al respecto. ⁽¹²⁾

Los paradigmas relacionados con la vejez, el viejísimo como una actitud aceptada en nuestra sociedad, hacen del adulto mayor un ser tremendamente vulnerable al maltrato y al abuso. La organización de los adultos mayores autovalentes pasa a constituirse en un factor protector de este tipo de situaciones. Sin embargo, al no existir un canal adecuado que permita derivar y resolver este tipo de situaciones, estas se seguirán produciendo ante la impotencia de quienes trabajamos diariamente con éste grupo atareo.

Como en otros países latinoamericanos, la investigación propiamente tal recién está comenzando, sin embargo se reconoce que el adulto mayor se ve afectado por este problema social, el que se caracteriza por su invisibilidad y deficiente registro, la existencia de instituciones que no cuentan con sistemas de detección precoz o apropiada, así como también, la escasa comprensión de la dinámica de las relaciones violentas y de las experiencias de las personas mayores afectadas.

La violencia constituye una de las afectaciones más severas que ha venido azotando a la humanidad. Las distintas formas de expresión individual y colectiva de la violencia, los factores que la originan y las

consecuencias sociales que generan hacen de ella un fenómeno complejo. Se estima que la violencia tiene un carácter cambiante en función de la dinámica del poder y de la distribución de los roles y recursos, es por ello que pueden establecerse diferentes tipos de violencia.

En nuestro país con una población que excede a los 28 millones de habitantes tenemos algo más del 12,5% de la población por encima de los 60 años. La población peruana ha ido envejeciendo debido al aumento de la esperanza de vida, al desarrollo demográfico y a los movimientos migratorios. González y colaboradores demostraron en su investigación como los ancianos que vivían en hogares con un funcionamiento familiar de tipo disfuncional y un alto índice de hacinamiento sufrieron 3 veces más algún tipo de maltrato en relación a aquellos que vivían en condiciones favorables.⁽¹²⁾

El maltrato a los adultos mayores es el trato indebido o negligente a un adulto mayor por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes. A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, la violencia hacia los adultos mayores por parte de los familiares ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes. Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar.⁽¹³⁾

Frente a lo anteriormente citado, se plantea un gran desafío para los encargados de la promoción y prevención de salud, es decir para el profesional de enfermería, ya que es urgente que la sociedad en general pueda darse cuenta que la violencia familiar es un problema real que debemos asumir, que es necesario una reforma a la ley de violencia intrafamiliar que tipifique e incluya el maltrato hacia el adulto mayor y que se pueda educar para prevenir al respecto. Pero esto no es todo, ya es

hora de que se les puedan abrir las puertas para disfrutar de una vejez digna, que dejen de ser discriminados por lucir canas en la cabeza, que se les pueda reinsertar en el plano laboral y social en general, pero fundamentalmente, que como peruanos nos sintamos orgullosos de tener en nuestro hogar a quienes nos enseñaron a dar nuestros primeros pasos y que con sus enseñanzas nos inculcaron el sentido cívico de responsabilidad que forjará para los adultos mayores del mañana una mejor calidad de vida.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Qué factores están asociados a la violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores dependientes del adulto mayor que están asociados a una mayor frecuencia de violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016?.
- ¿Cuáles son los factores derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor que están asociados a una mayor frecuencia de violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016?.
- ¿Cuáles son los factores que están más asociados a la violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016?.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

- Determinar los factores que están asociados a la violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores dependientes del adulto mayor que están asociados a una mayor frecuencia de violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.
- Conocer los factores derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor que están asociados a una mayor frecuencia de violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.
- Identificar qué factores están más asociados a la violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de actualidad porque la violencia es una enfermedad social, cuyo problema principal es socio/cultural. Existe una violencia estructural, con características propias y sociales infaltables, que son autóctonos e innovados con la realidad socio/histórica de cada generación, en cada país o bloque comercial. Que no sólo deja huellas en el cuerpo, sino también en el aparato psicológico de quienes la viven o la padecen, como resultado de episodios repetidos de violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones fueron:

- El temor de los adultos mayores a reconocer que son víctimas de violencia familiar.
- La poca colaboración por parte del profesional de salud y de los mismos adultos mayores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Gómez, Licely; Rodríguez, Gabriela; Krug, Ernesto, realizaron un estudio intitulado: Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla Chiapas, México-2010. La investigación tuvo como propósito conocer la prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla es un estudio descriptivo de corte transversal se entrevistó a 1078 adultos mayores.

Los resultados de la investigación, muestra la prevalencia global de violencia familiar fue de 8,1%. La distribución por tipo de violencia fue la siguiente: física, 3,4%; psicológica, 7%; sexual, 0,6%; y económica, 2,2%. Diversas mediciones estuvieron fuertemente asociadas a la violencia familiar: analfabetismo (OR = 2,15; IC del 95%, 1,26-3,66; $p=0,005$), dependencia de vivienda (OR=1,78; IC del 95%, 1,06-2,99; $p=0,030$), red social disfuncional (OR=5,98; IC del 95%, 3,56-10,04; $p\leq 0,001$), presencia de alguna enfermedad (OR=3,96; IC del 95%,

2,35-6,67; $p \leq 0,001$) y dependencia física (OR=1,66; IC del 95%, 0,99-2,80; $p=0,055$).⁽¹⁴⁾

Ruelas González, Guadalupe; Salgado Zinder, Nelly. Realizaron un estudio intitulado: “Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores en México-2009”. Con el propósito de identificar los Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores en México, es un estudio descriptivo de corte transversal de nivel aplicativo. En este estudio se encuestó a 799 adultos mayores que residían en colonias urbanas, identificadas como de muy alta y alta marginación en los municipios de Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. Un cuestionario dirigido a los adultos mayores fue utilizado para explorar tanto la variable dependiente (auto-reporte de maltrato) como las variables asociadas: características sociodemográficas, estado de salud física y mental, apoyo social y familiar y utilización de servicios de salud.

Los resultados muestran que el 23% de las mujeres y el 9% de los hombres reportaron haber sido maltratados como consecuencia de problemas familiares. Los resultados sugieren que los factores que se relacionan con el maltrato en los adultos mayores incluidos en este estudio son: sexo femenino, edad de 60 a 69 años, ser divorciado o separado, padecer un mayor número de enfermedades, presentar lesiones evidentes a la observación, presentar sintomatología depresiva, y no contar con apoyo familiar adecuado.⁽¹⁵⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Castro, Rosalvina, realizó un estudio intitulado: **Influencia de la autoestima y depresión del adulto mayor como factores de riesgo de maltrato por parte del cuidador y/o familiar, en Clubes del Adulto Mayor de la Micro Red Alto Selva Alegre, Arequipa, 2010.** Con el objetivo de determinar la Influencia de la autoestima y depresión del adulto mayor como factores de riesgo de maltrato por parte del cuidador y/o familiar, en Clubes del Adulto Mayor de la Micro

Red Alto Selva Alegre es un estudio descriptivo, correlacional, de nivel aplicativo. Se incluyeron en el estudio a 96 adultos mayores, a quienes se les aplicó una encuesta y una guía de observación. Se concluye que la autoestima y depresión influyen de forma significativa como factores de riesgo de maltrato al adulto mayor por parte del cuidador y/o familiar. El nivel de autoestima de los adultos mayores es media. La frecuencia de depresión es de 73,96%. La frecuencia de maltrato es de 91,67%.⁽¹⁸⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Concepto de Adulto Mayor

Considerando los datos estadísticos mencionados en el epígrafe anterior, cabe preguntarse quiénes son las "personas mayores", "adultos mayores", "ancianos" o "viejos" a que estas cifras se refieren, sobre todo considerando que el espectro de la ancianidad tiende a ampliarse progresivamente.

La "tercera edad", está asociada a las personas que se han jubilado pero que pueden aún trabajar pues cuentan con una buena salud física y mental y que ha sido, por cierto, incorporada en algunos textos constitucionales, procede ahora la "cuarta edad", constituida por los adultos de aproximadamente 80 años que, por razones de enfermedad o discapacidad, han pasado a ser "dependientes".⁽²⁰⁾

La dificultad en la determinación de la edad en la que se cruza el umbral de una etapa del desarrollo evolutivo humano para pasar a otra, se ve reflejada en la falta de uniformidad de la ley cuando intenta definir o referirse a distintas categorías etarias. Así sucede, como veremos, con el paso de la niñez a la adolescencia, a la juventud, a la "joven adultez" y a la ancianidad.

2.2.2. Violencia familiar

La violencia familiar también llamada maltrato es un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de

cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor. ⁽²¹⁾

Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores de 60 años ó más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente. ⁽²¹⁾

2.2.2. Epidemiología de la violencia familiar

No hay estudios con base poblacional que permitan estimar la magnitud de este problema en el Perú, aunque hay algunos trabajos que han intentado investigarlo, tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas y factores de riesgo. ⁽²²⁾

A nivel internacional las cifras oscilan, según el ámbito de estudio, desde el 35% en ancianos atendidos por los servicios sociales al 8,5% en los hospitalizados. En un estudio de prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos (sin confirmación diagnóstica) se obtuvieron cifras del 11,9%. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, se encontraron cifras de prevalencia de maltrato del 3-6% en mayores de 65 años.

Un informe sobre las enfermeras de asistencia a domicilio mostró que más del 36% de ellas había sido testigo de abusos físicos y el 81%, de maltrato psicológico. Los agresores eran, en el 66% de los casos, los propios cónyuges, mientras que en el resto lo fueron los hijos mayores. En otro estudio, el 45% de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltratantes ⁽²³⁾.

Sin embargo, muchas de las víctimas no las consideraban como abuso o maltrato. El grado de denuncia es muy bajo, ya que se

estima que se denuncia uno de cada cinco casos. Se desconoce la incidencia de los malos tratos de los ancianos en las instituciones.

2.2.3. Consecuencias de la violencia familiar

La violencia familiar tiene consecuencias físicas, psicológicas o sociales sobre el adulto mayor. Las principales consecuencias son:

- a) Físicas:** Lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras de decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras, intoxicaciones, etc.

- b) Psicológicas:** Tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y seudodemencias.

- c) Sociales:** Aislamiento físico, psicológico o social. Se estima que la violencia tiene una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios, ya que generan un aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones. ⁽²⁴⁾

2.2.4. Formas de violencia

Las más frecuentes son:

- a) Violencia física:** Cualquier forma de agresión física: golpes, pellizcos, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

- b) Violencia psicológica:** Conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión.

- c) Negligencia física:** No satisfacen las necesidades básicas como negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.
- d) Violencia emocional o abandono:** Negación de afecto, aislamiento e incomunicación.
- e) Abuso económico:** Impedir el uso y control de su dinero, explotación financiera y chantaje económico.
- f) Abuso sexual:** Cualquier tipo de actividad sexual no consentida, o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento. La OMS y la Red Internacional para la Prevención de La Violencia de las Personas Mayores (INPEA: International Network for the Prevention of Elder Abuse) recogen otras formas de violencia al adulto mayor.
- g) Violencia estructural y social:** Es la violencia ejercida desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia los adultos mayores, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se considera que da origen a otros tipos de violencia.
- h) Falta de respeto y prejuicios contra el adulto mayor:** Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el adulto mayor.

2.2.5. Causas de violencia familiar

La violencia hacia el adulto mayor es un fenómeno más reciente que otros tipos de violencia, como el dirigido hacia la mujer o a la infancia, ambos documentados desde antiguo, aunque no se hayan reconocido como problema social o sanitario hasta hace sólo algunas décadas.

Ello tiene que ver, sin duda, con los cambios sociales y particularmente con el cambio de estatus de la persona mayor. El adulto mayor gozaba de reconocimiento social, respeto y poder, y era la garantía de transmisión de conocimientos y tradiciones en una sociedad donde la experiencia ligada a la edad era considerada un valor. Los cambios en la estructura social, en el contexto familiar, en las actitudes y en los valores en nuestra sociedad actual, están probablemente en el trasfondo del problema. La juventud, la productividad, la salud, el logro individual y el poder son valores en alza; el anciano, improductivo y con frecuencia dependiente, es infravalorado y a veces resulta una carga, una molestia para familias nucleares con dificultades para cuidar al adulto mayor. ⁽²⁵⁾

Los cambios demográficos y sociales no se han visto acompañados de la adaptación en recursos necesaria para dar respuesta a las nuevas necesidades que se han creado, sin añorar el pasado, sino mirando al futuro. En el origen de la violencia se puede encontrar multicausalidad, ya que no sólo los factores sociales están implicados, sino también los culturales, familiares e individuales.

La violencia se ejerce generalmente sobre las personas más vulnerables del ámbito doméstico, en el caso de la mujer con el propósito de dominio y sometido por parte del agresor; en el caso del adulto mayor, aunque también se pueden dar estas mismas razones (violencia en la pareja en los adultos mayores), se cree que con mayor frecuencia son la respuesta a una situación de rechazo hacia el adulto mayor, considerado como carga para la familia. Se han identificado factores asociados a la violencia, como el estrés por sobrecarga del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar en la propia familia, etc. Estos factores se consideran más de riesgo que causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino que sólo aumenta la probabilidad de que éste aparezca. ⁽²⁵⁾

2.2.4. Factores de riesgo de la violencia familiar

En distintos estudios se ha observado una asociación estadística entre violencia y algunos factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad. Los factores dependientes de los adultos mayores son:

- a) **Edad avanzada:** Conforme aumenta la edad del adulto mayor, hay mayor probabilidad o vulnerabilidad para sufrir violencia.⁽²⁶⁾

- b) **Deficiente estado de salud:** La presencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor aumenta su vulnerabilidad para la violencia debido a la necesidad de recibir mayores cuidados terapéuticos, higiénico, dietéticos, psicológicos y otros que aumentan la sobrecarga de los familiares.

- c) **Incontinencia:** Se define como “la pérdida involuntaria de orina en cantidad suficiente como para causar problemas sociales e higiénicos”.⁽²⁷⁾

La International Continence Society define la incontinencia urinaria como: “Una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable, originando problemas sociales e higiénicos para el individuo”.⁽²⁸⁾

En los adultos mayores es más frecuente la incontinencia urinaria que la incontinencia fecal, sin embargo ambas constituyen factores de vulnerabilidad para sufrir violencia por parte de los familiares.

- d) **Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta:** Según los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el deterioro cognitivo es un síndrome caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones

cognitivas, que no corresponde a un síndrome focal y no cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificada de demencia.

El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria de evocación, orientación, concentración, comprensión y cálculo que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada. En forma similar, puede hablarse también de deterioro cognitivo demencial y no demencial.⁽³⁰⁾

Las alteraciones de conducta constituyen alteraciones al comportamiento habitual del adulto mayor, quien puede realizar acciones erróneas o inadecuadas como por ejemplo, botar los alimentos en la mesa, tomar dinero u objetos que no son suyos, desear imponer sus formas de actuar o pensar a los demás miembros de la familia, intentar huir de la vivienda.

- e) **Dependencia física y emocional del cuidador:** La dependencia física se evalúa en función de la capacidad del adulto mayor para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, vestirse, bañarse, usar el baño, entre otras. La dependencia emocional, consiste en la necesidad el adulto mayor de tener el soporte emocional del cuidador y la incapacidad para poder decidir por el mismo o tomar decisiones apropiadas.

- f) **Aislamiento social:** Se expresa en temor a salir de la casa, falta de interés por relacionarse, aislamiento autoimpuesto.

- g) **Antecedentes de violencia o malos tratos:** Los factores dependientes del agresor, cuando éste es el cuidador son:
 - **Sobrecarga física y emocional:** Se manifiesta en situaciones de estrés, crisis vitales.

- **Tener trastornos psicopatológicos:** Entre los más frecuentes destacan la personalidad disocial, la personalidad violenta, el trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, entre otros.
- **Experiencia familiar de maltratos a ancianos o violencia familiar previa:** En algunas familias se observa que los hijos o cuidadores familiares de los adultos mayores violentan a estos, cuando a su vez los adultos mayores en su vida adulta o juventud han violentado a la esposa e hijos. Es decir, que el ambiente de violencia o malos tratos en el hogar tiende a perpetuarse.

También existen ciertas situaciones de especial vulnerabilidad como:

- Vivienda compartida.
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor

Caracterizada por discusiones, agresiones verbales, psicológicas, violencia, maltrato.

- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de vivienda del adulto mayor.

2.2.5. El Maltrato Contra los Adultos Mayores

El maltrato como expresión de la discriminación contra los adultos mayores es el interés por la protección del adulto mayor no nace solo como reacción a la realidad demográfica incontestable que hemos descrito más arriba. La apelación a un mayor desarrollo normativo a favor de este sector etario es también consecuencia de la gestación de los llamados derechos de "tercera generación" y del proceso de "especificación" de los derechos humanos de ciertos colectivos es decir, de la atribución de determinadas prerrogativas a aquellas personas que, por determinadas circunstancias, pueden

encontrarse en una posición desmedrada dentro de la sociedad. Se trata, en suma, de una consecuencia de la distinción generada a partir de la segunda mitad del siglo XX de ciertos intereses propios de dichos grupos y su especial vulnerabilidad. ⁽³¹⁾

Lo cierto es que la protección de la ancianidad constituye una medida de acción afirmativa, como respuesta al sin número de situaciones en que estas personas son actualmente discriminadas. Su mayor fragilidad, la precariedad económica que muchas veces sufren y el abandono social y familiar, hacen del anciano un sujeto susceptible de ser discriminado en razón de su vejez, fenómeno denominado edadismo. Es por ello que a la constatación siempre positiva de la mayor esperanza de vida actual, debe seguir la interrogante de si con ella aumenta o no la "calidad de vida", pues las condiciones en que un ser humano vive determinan también cuánto vive.

El profesor Lolaz Peña señala que debido al marcado "juvenilismo" del posmodernismo occidental, el adulto mayor se ha convertido en un estorbo, en una incomodidad que desafía la ciencia y amenaza el bienestar social. Un fenómeno biológico el envejecimiento se convierte entonces en un fenómeno social, con "signo" positivo para algunos y negativo para otros. De este modo, existiría una muerte "social" y una muerte "real" o biológica. En la primera se encontrarían, por ejemplo, la postergación de los ancianos en el diseño de políticas de salud y atención médica, que dan preferencia a los más jóvenes que a los adultos mayores; la exclusión laboral, a partir de los 45 o 50 años y que alcanza su plenitud hacia los 60 o 65 años; y además, el aumento en los montos de las cotizaciones de salud previstos por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

Una de las consecuencias más graves de la discriminación por vejez es el maltrato físico y psicológico que sufren los adultos mayores. El

maltrato es condenable no solo porque lesiona el derecho a la vida o a la integridad física o psicológica, sino también porque quien lo ejerce no mira de igual a igual a su víctima, porque no se está en una relación de paridad con el anciano. Las situaciones de abuso suelen estar ligadas a relaciones desiguales en la familia o el entorno social, de ahí que quienes más las sufren sean las mujeres, niños, ancianos y discapacitados. Ello explica que el maltrato sea más frecuente en el mismo seno familiar o en los ambientes en que el anciano es cuidado cotidianamente. La doctrina especializada ha señalado que los informes relativos a los malos tratos indicarían que la violencia ejercida contra los ancianos oscila entre un 3% y 10%, del cual el 37% es ejercido por los hijos, el 13% por los cónyuges y el 11% por otros familiares, es decir, por los más cercanos. ⁽³²⁾

En todo caso, la enorme mayoría de los países que cuentan con legislación para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar, está aún se centra en las mujeres y los niños. De hecho, los estudios e investigaciones sobre la violencia intrafamiliar se focalizaron en un inicio en el maltrato infantil alrededor de los años sesenta para posteriormente, extenderse a la violencia ejercida contra la mujer en el seno de la pareja en los años setenta y solo en los años ochenta y noventa a los adultos mayores.

Por cierto, los niños, mujeres, ancianos y discapacitados no recibieron una protección jurídica especial en los primeros ordenamientos constitucionales liberales. Los derechos humanos básicos fueron reconocidos a hombres y mujeres sin mayor consideración de sus especiales circunstancias. En efecto, en otros países, pese a contar con una tradición jurídica más asentada en estas materias, se ha sostenido que las normas que protegen a los mayores se desprenden de textos legislativos dirigidos a garantizar los derechos de las mujeres, niños y discapacitados o de la población en general, sin advertir si la solución que se propone es

eficaz y si se adapta, realmente a las necesidades del colectivo para quien se legisla. ⁽³²⁾

A nivel nacional, las escasas exploraciones llevadas a cabo indican que prácticamente, uno de cada tres ancianos sufriría algún tipo de maltrato. Así, en el año 2005 se dieron a conocer tres estudios efectuados, en épocas distintas, en Renca, Valdivia, Concepción y Temuco, los que arrojaron que más del 30% de los adultos mayores encuestados habían sufrido algún tipo de maltrato (en su gran mayoría de carácter psicológico); cifras que, según los expertos coincidirían con otras investigaciones llevadas a cabo en Argentina y Brasil. Asimismo, estos estudios revelaron que sobre el 60% de los adultos mayores no denuncia porque no puede o no sabe hacerlo; el maltrato no sería exclusivo de los ancianos dependientes, cruzaría todos los estratos socioeconómicos y sobre el 35% de los agresores serían mayoritariamente mujeres.

En efecto, los datos indican que las denuncias por violencia intrafamiliar en que la víctima es un adulto mayor escasamente superan el 1%. Algunas de las razones que explican esta escasez son la negación de la situación de maltrato, el miedo a las represalias, a ser institucionalizado, al desafecto de la familia, a perder contacto con el cuidador, la dependencia económica del cuidador, la vergüenza de que la gente se entere que está siendo maltratado (sobre todo si quien maltrata es un familiar) los sentimientos de culpa acerca de la propia situación de maltrato, el escepticismo frente a la respuesta que la denuncia va a provocar en los demás, la mala salud física o alguna clase de deterioro cognitivo, el desconocimiento de los servicios que puede utilizar ante estas situaciones, etc. ⁽³²⁾

➤ **Concepto, tipos y factores de riesgo del maltrato contra los adultos mayores**

Si bien no existe acuerdo absoluto en la conceptualización y tipología del maltrato contra el adulto mayor, se ha alcanzado relativo consenso en cuanto a que constituye un fenómeno multicausal. Como veremos, en él convergen una serie de elementos de índole personal, familiar, social y cultural. Así, la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el maltrato de ancianos expresa que las personas ancianas pueden sufrir problemas patológicos, tales como, alteraciones motrices y físicas y trastornos que requieren de asistencia en sus actividades diarias. Esta condición puede llevarlos a un estado de dependencia lo que a su vez, puede generar que sus familias y la comunidad toda los consideren como una carga, reduciendo al mínimo el cuidado y los servicios que se les prestan.

En cuanto al concepto de maltrato contra el adulto mayor, este varía dependiendo de la óptica desde la cual es analizado. Así, los enfoques connotativos pondrían mayor atención en los efectos que producen los malos tratos, en cambio las definiciones estructurales se centrarían en los múltiples sentidos del maltrato y por último, las conceptualizaciones descriptivas se limitarían a establecer listados relativos al comportamiento del agresor.

Durante la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid en el año 2002, se señaló que una definición de maltrato contra las personas de edad que ha ido ganando apoyo en los últimos 20 años, es la que lo conceptualiza como "cualquier acto único o repetido o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación de confianza que cause daño o angustia a una persona mayor". Como puede apreciarse, tanto la acción como la omisión pueden constituir maltrato, a su vez este puede generarse a consecuencia de un acto aislado como de un comportamiento habitual, puede provenir bien de un familiar como de un extraño,

producirse en el seno de la familia como en una institución y por último, la conducta del maltratador se caracteriza, esencialmente por causar daño el cual puede ir, como veremos desde la agresión física al maltrato emocional, espiritual o psicológico, como la angustia provocada al adulto mayor mediante esa acción. ⁽³³⁾

En efecto, en cuanto a los tipos de maltrato, existe abundante bibliografía especializada dirigida a describir las diversas manifestaciones que puede presentar la violencia contra el adulto mayor. Revisemos algunos de ellos.

El maltrato físico implica una acción que causa deterioro físico o daño corporal (golpear, abofetear, quemar, etc.). Constituyen este tipo de maltrato, la violencia física propiamente dicha, es sobre su medicación y el abandono alimenticio. Por su parte, el maltrato psicológico y/o emocional se ejerce a través de la violencia psicológica, la agresión verbal, el uso de amenazas (de institucionalización, por ejemplo), obligación de presenciar maltrato infligido a otras personas, la falta de privacidad, la humillación, la burla, los silencios, actos verbales y no verbales intencionales que causan miedo, estrés, pena, etc. El maltrato espiritual consiste en negar al adulto mayor la oportunidad de participar en la toma de decisiones que conciernen a su vida, impidiendo, por ejemplo, ejercer con libertad la propia creencia u orientación religiosa, o la elección de una pareja.

El maltrato sexual consiste en el contacto y/o comportamiento sexual no consentido por los adultos mayores, bien porque estos no están en condiciones de dar su consentimiento o bien porque el contacto sexual se produce mediando engaño, situaciones de las que las mujeres ancianas son víctimas con mucha más frecuencia. El maltrato patrimonial se verifica, generalmente, mediante el uso no autorizado de los recursos económicos de la persona mayor, el manejo ilegal o inapropiado de los mismos o la obligación impuesta

al adulto mayor de modificar su testamento. Generalmente, estos últimos delitos quedan amparados por excusas legales absolutorias, o bien, se esconden tras falsas interdicciones por demencia o falsas atribuciones de enfermedades mentales con el objeto de obtener una orden judicial de internación en un establecimiento psiquiátrico.⁽³³⁾

Más específicamente, se distingue el maltrato estructural o societario, que tiene lugar en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas. Existe también la denominada obstinación diagnóstica, que dice relación con la realización de pruebas y exámenes para aumentar el conocimiento de la enfermedad de un adulto mayor, sin que sea posible prever que ello redunde en beneficios reales para este. La obstinación terapéutica, por su parte, consiste en el uso desproporcionado de medios destinados a prolongar artificialmente la vida de una persona mayor con una enfermedad terminal. Así mismo, la negligencia se traduce en el rechazo, negativa o error, voluntario o involuntario, de parte de la persona a cargo del cuidado del adulto mayor, a iniciar, continuar o completar la atención que este requiere. Se distingue la negligencia física, emocional o psicológica, y económica o material. Y por último, el maltrato por abandono, constituye el abandono de un adulto mayor por una persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o por parte de la persona que posee la custodia física de aquel.

Como vemos, se trata de abusos que en definitiva, vulneran derechos humanos básicos y conducen a la exclusión y aislamiento social y familiar.

Los elementos que indican una mayor propensión a sufrir o causar el maltrato están vinculados a la vulnerabilidad social y económica, a los índices de fragilidad física y psíquica y a las progresivas pérdidas sensoriales.⁽³⁴⁾

➤ **Veamos algunos factores de riesgo**

En primer lugar, cabe señalar que una de las variables predictoras es el género. Las investigaciones señalan que si bien este tipo de maltrato es ejercido tanto en hombres como en mujeres ancianas, las estadísticas demuestran que estas sufren más este tipo de violencia. Esto se explicaría en primer término, por el contexto sociológico que determina el fenómeno de la violencia en contra de las mujeres en general y cuyo análisis excede el objeto de este trabajo. En segundo lugar, porque las mujeres tienen mayor esperanza de vida y por ende, al tratarse de un grupo más numeroso, la probabilidad de sufrir maltrato es mayor. Por otra parte, se señala que es más frecuente que la mujer requiera atención sociosanitaria debido a la mayor posibilidad de que se trate de maltrato físico. Asimismo, se ha detectado que el hombre es más reticente que la mujer a denunciar debido a la vergüenza que situaciones de este tipo le provocan y al temor de que su entorno no preste crédito a sus afirmaciones.⁽³⁵⁾

Otros factores de riesgo son la edad, pues a mayor edad mayor riesgo, el estado civil, ya que las personas casadas estarían más expuestas a sufrir maltrato, determinados rasgos de la personalidad, como la tendencia a autoculparse o la lealtad excesiva frente al maltratador, la presencia de comportamientos provocadores y/o agresivos causados por el padecimiento de algún grado de demencia, el deterioro cognitivo, como el alzheimer, la mala salud, problemas de comunicación, dependencia, etc.

En el contexto familiar, los principales factores de riesgo detectados son la existencia de alguna enfermedad, la lentitud funcional, la pérdida intelectual, el comportamiento violento o los trastornos mentales, la dependencia del cuidador respecto de la víctima, la cohabitación, el aislamiento social y el historial de violencia.

Por su parte, uno de los factores de riesgo presente en el responsable del maltrato es nuevamente, el género, pues las mujeres son las que, mayoritariamente asumen el cuidado de las personas ancianas, quienes vienen a sumarse al cuidado de los hijos que en la gran mayoría de los casos desarrollan. En efecto, se ha hablado de una verdadera "feminización" del cuidado de los adultos mayores, situación que las haría más proclives a inferir malos tratos.

Entre otros factores de riesgo presentes en el responsable del maltrato se encuentran la inexperiencia en el cuidado de los adultos mayores, la presencia de trastornos psicológicos, ciertos rasgos de la personalidad, como culpar al anciano de la situación o la falta de paciencia, el abuso de sustancias, como el alcohol y/u otras drogas, la presencia de sentimientos negativos, como la ira o la hostilidad, el estrés, la sobrecarga, la dependencia económica de la persona mayor, la presencia de altos niveles de estrés en la vida privada, actitudes negativas hacia los adultos mayores (gerontofobia) escasa capacidad para soportar la frustración y el denominado "personal quemado" o "síndrome de Burnout", es decir, el propio estrés que sufren los cuidadores producto del ambiente en que desarrollan sus funciones, situación que genera agotamiento físico, psicológico y profesional y que puede intensificar conductas de maltrato.

Por último, en la situación de cuidado se distinguen los siguientes factores de riesgo: la cantidad de ayuda formal e informal recibida por los cuidadores, pues quienes menos ayuda reciben son quienes mayor riesgo de maltratar presentan, la falta de contactos informales y/o formales aislamiento social, el desgaste de los vínculos intergeneracionales, dificultades económicas, el hecho de que el cuidador y adulto mayor vivan juntos, la calidad anterior y actual de la relación entre cuidador y el adulto mayor, y el hecho de que la vivienda sea compartida por demasiadas personas, lo que generan falta de espacio y de intimidad.⁽³⁵⁾

2.2.6. Características psicológicas propias del anciano

En este momento el anciano no debe deprimirse ni sentirse mal por lo que hizo o dejó de hacer, al contrario, debe aceptar la existencia tal y como la vivió, porque no hay otra oportunidad o posibilidad de reconstruir aquello que pasó. La otra tarea es aceptar el ciclo de la vida que toda la persona tiene un fin. Se tiene que aceptar, no con alegría porque nadie acepta con gusto la idea de la propia muerte, pero sí en lo mejor de los casos, con cierta tranquilidad, con la convención de que si valió la pena vivir.

Una persona deprimida siente que su existencia fue un fracaso, tiene muchos remordimientos con respecto a su pasado y a un sentimiento de culpa muy grande ante la perspectiva de la muerte.

2.2.6.1. Cambios de la conducta del anciano en la sociedad.

Muchas personas de edad avanzada experimentan cambios notables de conducta, lo que dificulta las cosas para ellos mismos y para aquellos que tienen que cuidarlos o con quienes viven. Su habilidad para acomodarse a las alteraciones que se producen es muy debilitado.

La tristeza por la muerte de un ser querido, el cambio de casa al tener que ingresar a un hospital puede causar infelicidad o temores. La sordera o la pérdida de la visión contribuyen a que los ancianos se sientan más solos y abandonados y se refugien en sí mismos.

Muchas personas que viven solas, son inválidas por la tristeza y se sienten incapaces de encontrar la menos satisfacción en la vida. Desajustes tales como la artritis o alguna enfermedad cardiaca o pueden empeorar el estado de cosas y dar como resultado un total aislamiento mental o físico, en muchas ocasiones. Los adultos mayores se sienten cada vez más incapaces de valorarse por sí mismos y más solos, tienen la

sensación (incluso los que tienen familiares atentos y cariñosos) de que nadie se ocupa de ellos, gradualmente se apartan de la vida y su aislamiento se hace cada vez mayor.⁽³⁵⁾

2.2.6.2. Cuando se llega a los 80 Años.

Este es el testimonio de Malcolm Cowley, destacado escritor estadounidense quien a sus 80 años, decidió hacer algunas reflexiones sobre los cambios que se han presentado en él.

Es cierto que se ha escrito sobre la vejez, pero pocas veces desde el punto de vista de un adulto mayor. No basta con tener amplios conocimientos literarios y basarse en estadísticas y reportes médicos hace falta saber qué es lo que se siente convertirse en una persona de edad avanzada.⁽³⁶⁾

El cumpleaños número 80 es un buen momento para pensar en el futuro no en el pasado. Las expectativas de la vida se reducen y la entrada a ese nuevo ámbito de la existencia constituye una experiencia nueva que debe ser aprovechada al máximo. El nuevo octogenario se siente más fuerte que nunca cuando está sentado en una confortable silla, medita, sueña, recuerda no quiere que los demás lo interrumpen, le parece que la vejez es no más un “traje” del que los otros se apropian, la verdad, la esencia del ser no tiene edad. En un momento se levantará para caminar por el bosque, llevan una escopeta o una caña de pescar si es en primavera.

Entonces, sus huesos crujen al ponerse de pie, se encorva para mantener el equilibrio y se da cuenta de que no hará nada o solamente un mensaje “estas viejo”.

En su nuevo papel, el adulto mayor encontrará la tensión de nuevas experiencias, por las que recibe nuevas compensaciones (no muy ampliamente conocidas) y posiblemente obtendrá nuevas

virtudes, entre las que sobre sale la egoica u solamente la obstinada negativa de rendirse frente al tiempo. La sociedad a envejecido a los ojos de los demás y lentamente llega a compartir su juicio.

Mi cabello está más encanecido, debió haber sido en 1974 cuando un joven se levantó y me ofreció el asiento de autobús de la avenida Madison. Ese mensaje amable y también desolador. Pero hay también placeres del cuerpo o de la mente que disfruta una gran cantidad de personas mayores. Estos placeres incluyen cosas que la gente joven encuentra difícil de apreciar. Uno de ellos es simplemente sentarse quieto como una serpiente sobre una piedra bajo el sol, con un delicioso sentimiento de indolencia, difícil de conseguir en la juventud. Una hoja se agita una nube se mueve en el horizonte. En tales momentos, al adulto mayor, completamente relajado, se convierte en parte de la naturaleza, una parte viviente con sangre corriendo por sus venas. El futuro no existe, piensa, si es que está pensando, que la vida ara de los jóvenes una batalla cuerpo a cuerpo, en la que ahora él no tiene nada que ganar o perder.

Para algunos, envejecer es una razón para darse por vencido, abandonar toda esperanza y continuar únicamente existiendo en la tediosa espera del cercano final. No obstante los adultos mayores constituyen la gran fuente de labor no utilizada dentro de la sociedad que los considera únicamente como consumidores no como productores.

Envejecer con dignidad y coraje no es una tarea fácil, no hace falta leer para aprender que al llegar a los 80 años los horizontes comienzan a estrecharse. Muchos de los viejos amigos han desaparecido y es difícil encontrar nuevos. Entretener a los visitantes o ir de visita llega ser problemático. Poco a poco las personas de edad avanzada se encierran en sí mismas, poco a

poco se mantiene ocupados únicamente por lo que pasa en su imaginación.

Para ellos, este aislamiento es una ocupación apropiada en el periodo de vida. Es todavía su obligación compartir efectos y contribuir con el mundo tanto como sea posible pero también tiene la tarea de encontrar y reunir las piezas de su personalidad. Aquellos que han llevado una vida rica en acontecimientos, son recompensados con gratos recuerdos. Los que han amado tienen mayores posibilidades de ser amados. La vejez es una búsqueda fascinante por sí misma, y poseer nuestra propia identidad de la misma manera que el artista posee su obra

2.2.6.3. Comportamientos depresivos del anciano

La falta de atención y la iniciativa, el miedo al futuro y la ansiedad por las cosas más mínimas en lo que se refiere al orden y limpiezas, combinadas con insomnio caracterizado por despertarse muy temprano por las mañanas puede indicarnos la depresión.

El temor a la reparación de pasados errores, supuestos generalmente hace que tenga conflictos, en muchos ancianos que sufren de depresión y llegan a pensar en la muerte como una liberación de sus desgracias y de sus problemas. Es común encontrarse con algunos que piensen que los demás tratan de hacer lo posible por mantenerlos en la inmovilidad sino todo lo contrario, que se acusan a sí mismos de la miseria y el desorden en que viven y consideran que la pena el esfuerzo por levantarse o mejorar, es muy difícil vivir con una persona que sufre depresión. Uno trata de ayudarlo, pero todos los esfuerzos resultan inútiles y no dan algún avance. No quiere que se les dé ánimos y están convencidos de la imposibilidad de que haya alguien que los comprenda, prácticamente lo mejor que puede hacerse es conseguir que se encuentren lo más cómodos

posibles y hacer que se sienten más animados y parte de la familia, dándole ánimos y haciéndolos participar en la conversación general.

En algunas personas de edad avanzada se presentan dificultades en la memoria sobre todo en la relación de acontecimientos ocurridos recientemente mientras que el suceso ocurrido sea de largo tiempo antes, sigue siendo excelente. Esto dificulta que el anciano capte nuevos datos y hechos y a su vez hace que el reajuste a la situual, resulte para ellos un problema.⁽³⁶⁾

Un fallecimiento que tenga como consecuencia la necesidad de trasladarlos a casa de otro familiar, puede causarle una alteración muy grave de la estabilidad mental. La capacidad de aprender nuevas cosas está afecta y se consigue bien poco en este sentido aun cuando se les dedique mucho tiempo. Les resulta imposible un estado de concentración, aunque sea breve.

En los adultos mayores, este tipo de situación es como la famosa bola de nieve, hasta que cada actitud que requiere concentración o esfuerzo mental es dejado a un lado, hasta que la vida acabe por prolongarse dentro de cada una rutina cada vez mayor. Cuando la memoria se deteriora el insomnio puede convertirse en un problema, el adulto mayor se levanta a media noche como si fuera la hora del desayuno, es común entre las personas de edad mostrar una disminución en su respuesta emocional y conciencia social puede dar como resultado una conducta inaceptable que puede volverse desaseado, pérdida del sentido de la dignidad, les lleva a dejar de preocuparse por cambiarse de ropa y en términos generales, puede apreciarse en ellos una falta de higiene.⁽³⁶⁾

Es muy común que los adultos mayores se desarrollen una tendencia poco natural a la posesión de algunas cosas como por

ejemplo un bolso o una pipa o realizar un ritmo particular, como lavarse las manos o peinarse o incluso un gesto tradicional como retorcer la esquina de la sabana.

El adulto mayor es un individuo que necesita afecto y cuidados un sujeto frágil que debemos evitar en el la soledad y la marginación a las que, sin hacerlo les conduce la sociedad moderna.

Los comportamientos depresivos del adulto mayor son frecuentes y no solo comprenden las formas de conducta o maniacodepresivas sino también las depresiones seniles que se acompañan de involución cerebral y se conocen así como el termino de depresión involutiva esta se trata de un verdadero proceso mental irreversible pero tanto en estas formas como en otras intervienen muchos factores psicológicos comunes de la edad involutiva que va desde la pérdida del papel del jefe de la familia y cambios sociales, hasta la crisis de jubilación y aislamiento progresivo con pérdida de la propia dignidad.

Los comportamientos depresivos del anciano dominan la sintomatología (dificultad del pensamiento, depresión del ánimo) aparecen ideas delirantes de tipo hipocondríaco, de alguna pobreza, culpa persecución y manifestaciones de irritabilidad y excitación de psicomotriz.

Los ancianos tienden con frecuencia al agotamiento orgánico por pérdida de apetito y rechazos de alimentos como todo una serie de trastornos, desde la sensación de peso, estreñimiento, hasta la cabeza pesada.

La persona de tercera edad se sienten preocupadas al saber que son problema para los demás.

2.2.6.4. Consecuencias psicológicas del Anciano con su Familia

A consecuencia del aumento de vida hay un número mayor de adultos mayores en edad de ser pensionados y por lo tanto no productivos y con ingresos a veces insuficientes.⁽³⁶⁾

Esto explica el derrumbe psicológico del comportamiento del adulto mayor que se observa con mucha frecuencia en los jubilados que pierden interés por la vida y también por su posición económica y social. En las familias del pasado, el anciano vivía en el núcleo familiar único, con todas las generaciones, era respetado y atendido por sus hijos y nietos, también realizaban pequeñas labores domésticas, el adulto mayor estaba en la cima de la pirámide, por lo contrario en la sociedad moderna, el adulto mayor se encuentra aislado y marginado.

2.2.7. Relaciones Sociales Del Anciano

El proceso del envejecimiento tiene lugar en el contexto social. Sí bien las limitaciones sociales y personales de los últimos años podrían limitar o modificar el comportamiento social también presentan nuevas oportunidades y experiencias sociales, gratificantes para las personas de edad.⁽³⁶⁾

El comportamiento social al igual que la juventud, se ve influido por dos factores importantes, las características personales del individuo y apoyos sociales disponibles.

Los abuelos son muy útiles en la sociedad, dan amor, apoyo sin pedir mucho a cambio, dan consejos y también mucha sabiduría a los jóvenes, lo cual beneficia tanto a quien da como al que recibe. Muchas personas sienten la necesidad de dejar algo cuando mueren, también sienten la necesidad de dejar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida y aconsejan y guían a los jóvenes, proceso que con frecuencia se denomina "HACERSE VIEJO".

Ser abuelo en una manera de satisfacer estas necesidades y mantenerse en contacto con las nuevas generaciones. Las amistades son especialmente importantes en estos años los amigos son fuente de alegría, tener una persona a la cual le cuente todos sus anhelos, preocupaciones, tristezas etc.

Los adultos mayores pueden enfrentar los retos normales de la edad adulta con menos problemas siempre y cuando tengan el apoyo de la familia y la sociedad.

2.2.8. Cambios en las Relaciones Sociales

La pérdida del empleo y del ingreso regular, supone un cambio serio para el hombre anciano, que se ve precipitado por el prurito de rapidez importante en nuestro actual sistema industrial.

La vejez crea generalmente un problema económico, pocos son los asalariados que pueden sostener una familia y ahorrar al mismo tiempo dinero que garantice su propio mantenimiento en la ancianidad

Con demasiada frecuencia los hijos ya adultos tienen bastante, con mantener a sus propias familias que para poder cuidar de sus padres ancianos.⁽³⁷⁾

2.2.10. Teorías de enfermería que sustentan la investigación

➤ Callista Roy. “Modelo de Adaptación

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. El modelo contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades enfermeras.⁽³⁸⁾

Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos

Roy basa su modelo en el trabajo de Harry Helson en psicofísica, además aplica los conocimientos de otras ciencias como la fisiología. Estuvo influida por la capacidad de los ancianos para adaptarse a los cambios más significativos, hecho que observó cuando trabajaba en enfermería geronto.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. La terminología proviene de otras disciplinas distintas a la enfermería, por lo que dificulta su aplicación en el campo “cuidado enfermero” y pierde el objeto de estudio. El modelo partiendo de lo deductivo es decir de otras ciencias se queda en definiciones, no diciendo como aplicarlo a los cuidados de enfermería, no demostrando lo que define. La finalidad de “el por qué y para qué” del modelo en el proceso de cuidar, no lo explica.

Se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

Explicación del Modelo: El modelo contiene 5 elementos esenciales:

- Paciente (persona que recibe los cuidados enfermera).
- Meta de la enfermería (que se adapte al cambio).
- Salud.
- Entorno.
- Dirección de actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).

Para tratar estos elementos utiliza:

- Sistemas: entrada, procesamiento, salida.

- Mecanismos de afrontamiento: Subsistema regulador y cognitivo.

Modos de adaptación o categorías de comportamiento para el afrontamiento: Función fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia. El subsistema regulador controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas (tales como las variaciones en la frecuencia cardiaca durante el ejercicio). El subsistema cognitivo regula el auto concepto, la función de rol y la interdependencia.

Los modos adaptativos pueden ser utilizados para determinar el nivel de adaptación de una persona y para identificar las respuestas adaptativas o ineficaces mediante la observación de la conducta de la persona en relación con los modos de adaptación.

Facilitar la adaptación de la persona, se considera a la persona como un sistema abierto y permanente y en constante interacción. Roy dice que la enfermera es requerida cuando la persona en el proceso de afrontamiento se queda con pocas energías. En el Modelo Roy no especifica que es quedarse con pocas energías, con lo cual, no sabemos cuándo vamos a ser requeridas.⁽³⁹⁾

➤ **Dorotea Oren “Teoría de déficit de autocuidado”**

Define el autocuidado como una contribución constante del ser humano a su propia existencia, a su salud y a su bienestar continuo. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.⁽⁴⁰⁾

La demanda de autocuidado terapéutico se refiere a la totalidad de acciones que deben realizarse durante un cierto tiempo para

satisfacer los requerimientos, mediante la utilización de métodos válidos y acciones relacionadas con el tratamiento.

Agencia de autocuidado es el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de producción esenciales para su cuidado. Supone tres connotaciones: agente, persona que toma medidas; agente de autocuidado, es el proveedor del cuidado y agente de cuidados dependientes, es el proveedor de cuidados a bebés, niños o adultos dependientes.

El déficit de autocuidado es la relación entre la agencia de cuidados y la demanda de esta acción terapéutica, en la que la primera no es adecuada para afrontar la demanda, determina cuándo y por qué se necesita el cuidado de enfermería.

➤ **Modelo de Imonege King. “Teoría del logro de Metas”.**

Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería, hace especial hincapié en los procesos interpersonales. Basa su teoría en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo.⁽⁴¹⁾

Para King la persona: Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo. Correcto autoconocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud.

Tiene tres necesidades de salud fundamentales:

- Información sanitaria útil y oportuna.
- Cuidados para prevenir enfermedades.
- Ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas.

Sistema abierto con tres subsistemas: Personal, interpersonal y social. La salud lo describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana óptima. La salud es contemplada como los ajustes a los agentes estresantes del entorno interno y externo, ajustes que se realizan a través de la optimización del uso de los recursos para lograr el máximo potencial para la vida diaria.

Es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales.

- **Entorno:** No lo define explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y ambiente externo, en su enfoque de los sistemas abiertos. Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

- **Enfermería:** Hace relación a la relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado.

Se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción, las imperfecciones de la enfermera y cliente influyen en la relación.

Promueve, mantiene y restaura la salud y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas, se

alcanzaran las metas, se alcanzara un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos. Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo). Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

King, intenta definirlo desde la teoría del logro de metas, que se basa en los conceptos de sistemas personales e interpersonales, entre ellos interacción, percepción, comunicación, rol de transacción, estrés, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio. La enfermería, sería para ella, el estudio de las conductas y del comportamiento, con el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud, para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Frecuencia:** Es el porcentaje de adultos mayores que sufren violencia familiar en determinado espacio y tiempo.
- **Factores:** Son todas aquellas situaciones que propician o favorecen un aumento del riesgo del adulto mayor de sufrir violencia familiar.
- **Violencia familiar:** Es un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor. Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores de 60 años ó más, que ocurra en el medio familiar, que vulnere o ponga en peligro su

integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.

- **Adulto mayor:** Es la etapa de vida que abarca de los 60 años a más.
- **Violencia Psicológica:** Es la forma de violencia que más daño causa, por que inicialmente pasa desapercibida y cuando la víctima, se da cuenta en general es porque la situación ya está avanzada.
- **Violencia social:** La noción de lo que son comportamientos aceptables o inaceptables o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

- Existen factores que se asocian a la violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.

2.4.2. Hipótesis específicas

- Algunos factores dependientes del adulto mayor que están asociados a una mayor frecuencia de violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.
- Algunos factores derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor que están asociados a una mayor frecuencia de violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.

- Es frecuente la violencia familiar en adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Mangamarca - San Juan De Lurigancho, Lima 2016.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de las variables

- **Factores en adultos mayores:** Son todas aquellas situaciones que propician o favorecen un aumento del riesgo del adulto mayor de sufrir violencia familiar.
- **Violencia familiar:** Son los actos únicos o repetidos o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor". "Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores de 60 años ó más, que ocurra en el medio familiar, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica.

2.5.2. Definición operacional de las variables

- **Factores:** Variable independiente medida en escala nominal u ordinal según sea el caso, se consideran los factores dependientes del adulto mayor como: Deficiente estado de salud por enfermedades crónicas, dependencia física del cuidador, Aislamiento social, antecedente de maltrato o violencia y los factores derivados de especial vulnerabilidad son: Vivienda compartida , malas relaciones entre la víctima y el agresor , falta de apoyo familiar y financiero ,dependencia económica y dependencia de vivienda.
- **Violencia familiar:** Variable dependiente medida en escala nominal u ordinal según sea el caso, se consideran la violencia

física, psicológica, negligencia física, violencia emocional o abandono, económica, sexual.

2.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADOR	CATEGORIA O VALOR FINAL	ESCALA
V. Independiente: Factores asociados	Dependientes del adulto mayor	Deficiente estado de salud por enfermedades crónicas	Si / No Tipo de enfermedad	Nominal
		Dependencia física del cuidador	Si / No	Nominal
		Aislamiento social	Si / No	Nominal
		Antecedente de maltrato o violencia	Si / No	Nominal
	Derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad	Vivienda compartida	Si / No	Nominal
		Malas relaciones entre la víctima y el agresor	Si / No	Nominal
		Falta de apoyo familiar y financiero	Si / No	Nominal
		Dependencia económica	Si / No	Nominal
		Dependencia de vivienda	Si / No	Nominal

V. Dependiente Violencia familiar	Física	Golpes Pellizcones Quemaduras Fracturas Administración abusiva de fármacos	Si / No Si / No Si / No Si / No Si / No	Nominal
	Psicológica	Manipulación Intimidación Amenazas Humillaciones Chantaje Desprecio Privación del poder de decisión	Si / No Si / No Si / No Si / No Si / No Si / No	Nominal
	Negligencia física	Negación de alimentos Cuidados higiénicos Vivienda Seguridad Cuidados médicos	Si / No Si / No Si / No Si / No Si / No	Nominal
	Violencia emocional o abandono	Negación de afecto Incomunicación Aislamiento	Si / No Si / No Si / No	Nominal
	Económica	Impedir el uso y control de su dinero Chantaje económico	Si / No Si / No	Nominal
	Sexual	Actividad sexual no consentida	Si / No	Nominal
V. Intervinientes				

Sexo		Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
Nivel educativo		Último nivel de estudios aprobado	Ninguno Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	Ordinal
Situación conyugal		Estado civil	Soltero Casado / Conviviente Viudo Separado	Nominal
Ingreso económico		Recibe dinero por actividad de trabajo o pensión	Si / No	Nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental, descriptivo de corte transversal, de enfoque cuantitativo.

- **No experimental**, porque la investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

- **Descriptivo**, porque está dirigido a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno

- **Transversal**, porque estudia las variables simultáneamente, en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en éste tipo de estudio el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos. Y se aplica sólo una vez el cuestionario.

- **Cuantitativa**, son aquellas cuya magnitud puede ser medida en término numéricos, esto es, que los valores de los fenómenos se encuentran distribuidos a los largo de una escala.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud Mangamarca en el Distrito de San Juan de Lurigancho.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 50 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por el total de la población, es decir por 50 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica, se utilizó la encuesta y como instrumento el cuestionario elaborado por la investigadora, que consta de 40 preguntas, cuyo tiempo de aplicación a la encuesta no fue menor de 15 minutos ni mayor de 20 minutos, esta estructura por preguntas relacionadas a este instrumento está conformado por dos secciones, en la primera sección se evalúan los factores asociados de acuerdo a la operacionalización de variables, estos ítems no reciben puntaje. En la segunda parte se incluyeron los indicadores de la variable de la violencia familiar, son ítems evaluados en escala nominal y no tienen calificación.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez y confiabilidad del instrumento se dió a través del juicio de expertos conformado por 7 profesionales expertos en el tema de la investigación. También se utilizó de ser convenientes estadísticos después de haber aplicado la prueba piloto para hacer la validez y la confiabilidad como el alfa de Crombash y el método binomial.

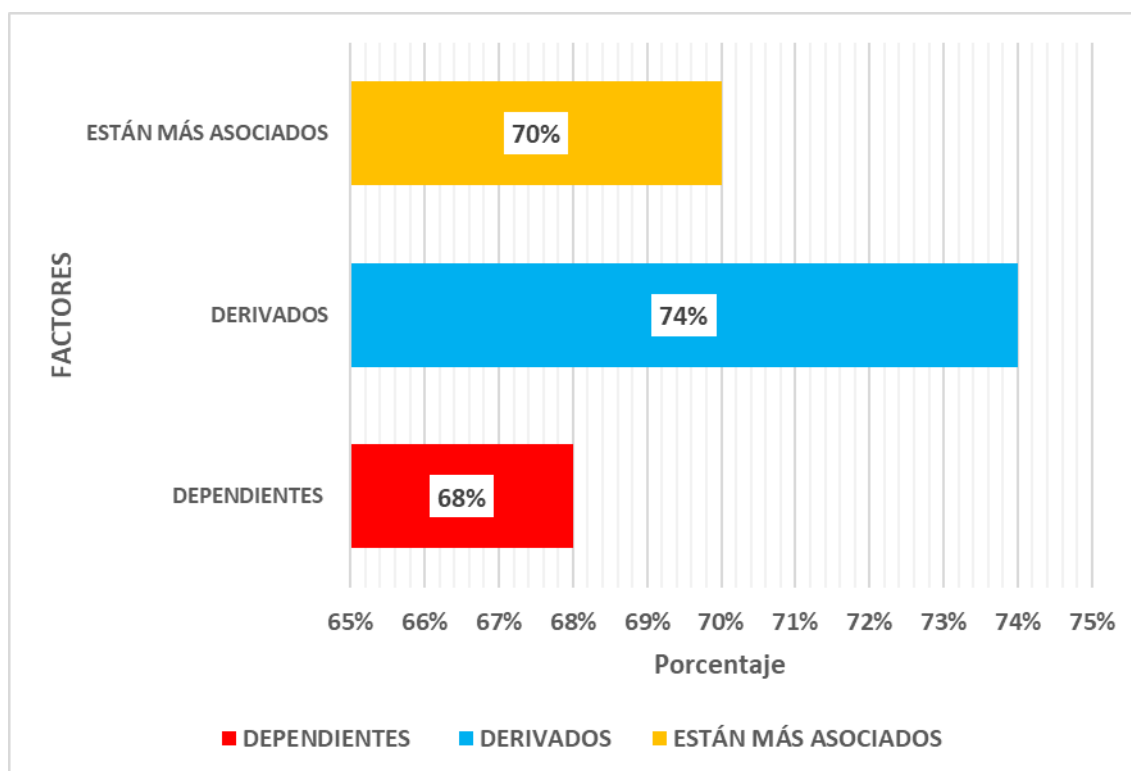
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Después que el proyecto fue aprobado, se solicitó una carta de presentación a la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, dirigida a la directora del El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud Mangamarca en el Distrito de San Juan de Lurigancho.
para que nos autorice a desarrollar la investigación en el establecimiento.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

FACTORES QUE ESTÁN ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MANGOMARCA - SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2016.

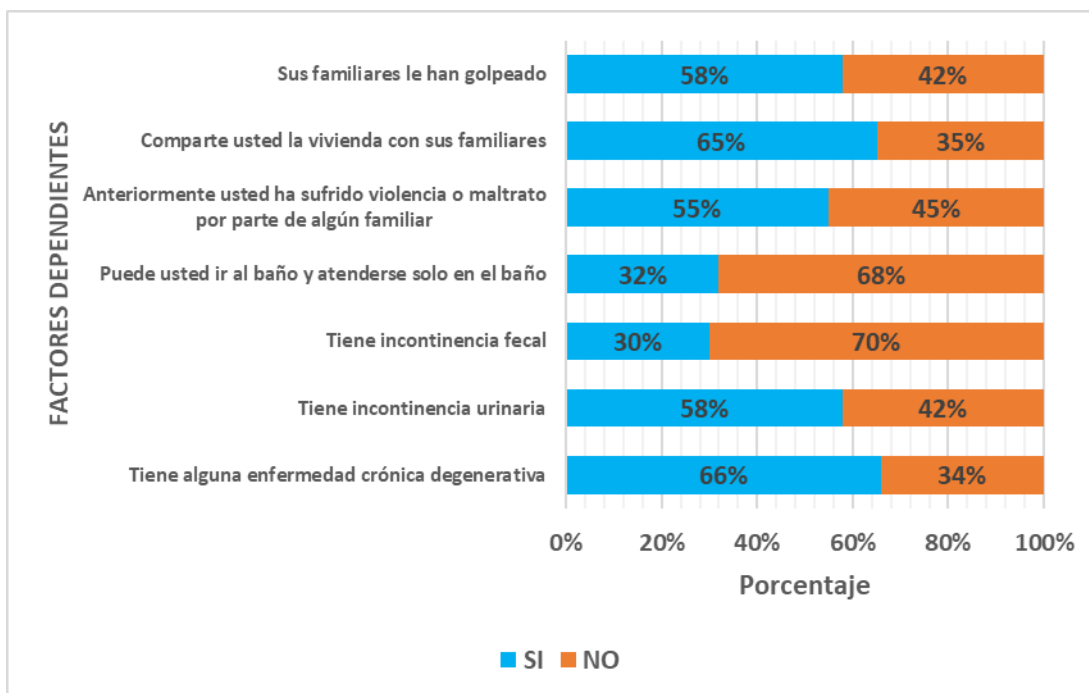


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 1:

Los factores asociados a la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangomarca, San Juan de Lurigancho, Lima, en mayor porcentaje es el Factor Derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor en la violencia familiar en un 74%, seguido del Factor están más asociados en un 70% y en menor porcentaje el Factor Dependientes del adulto mayor en un 68%.

GRAFICA 2

FACTORES DEPENDIENTES DEL ADULTO MAYOR QUE ESTÁN ASOCIADOS A UNA MAYOR FRECUENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MANGOMARCA - SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2016.

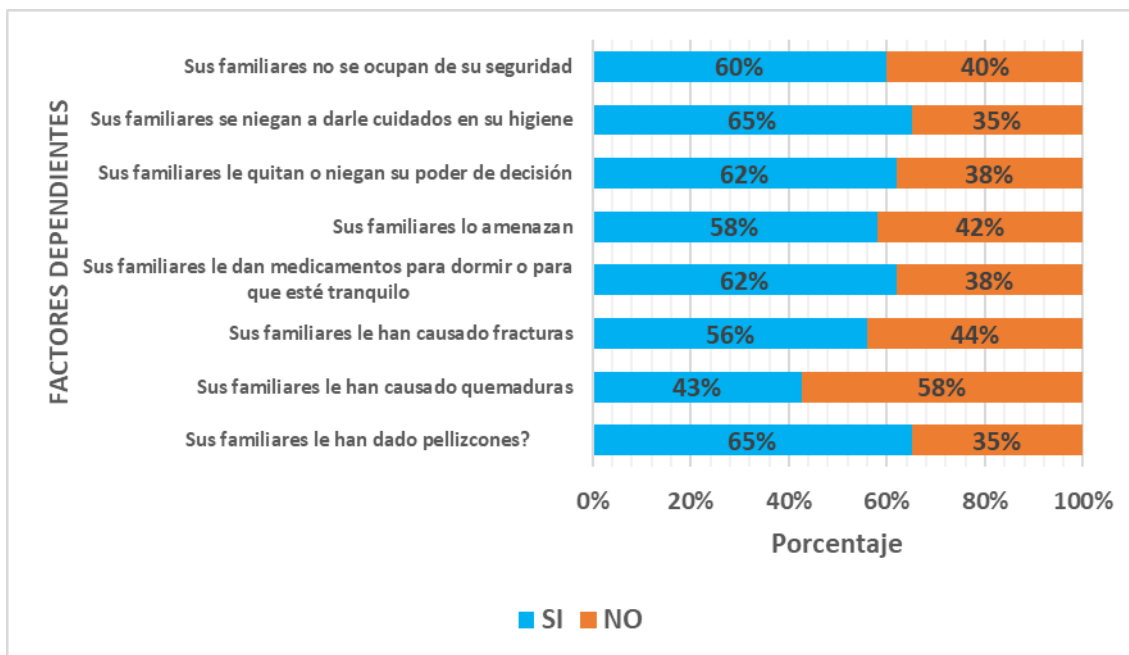


INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 2:

Los factores dependientes del adulto mayor, asociados a un mayor frecuencia de la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, se presentan los siguientes: No puede ir solo al baño y no puede atender solo en el baño 68%, tienen alguna enfermedad crónica degenerativa 66%, comparten la vivienda con los familiares 65%.

GRAFICA 3

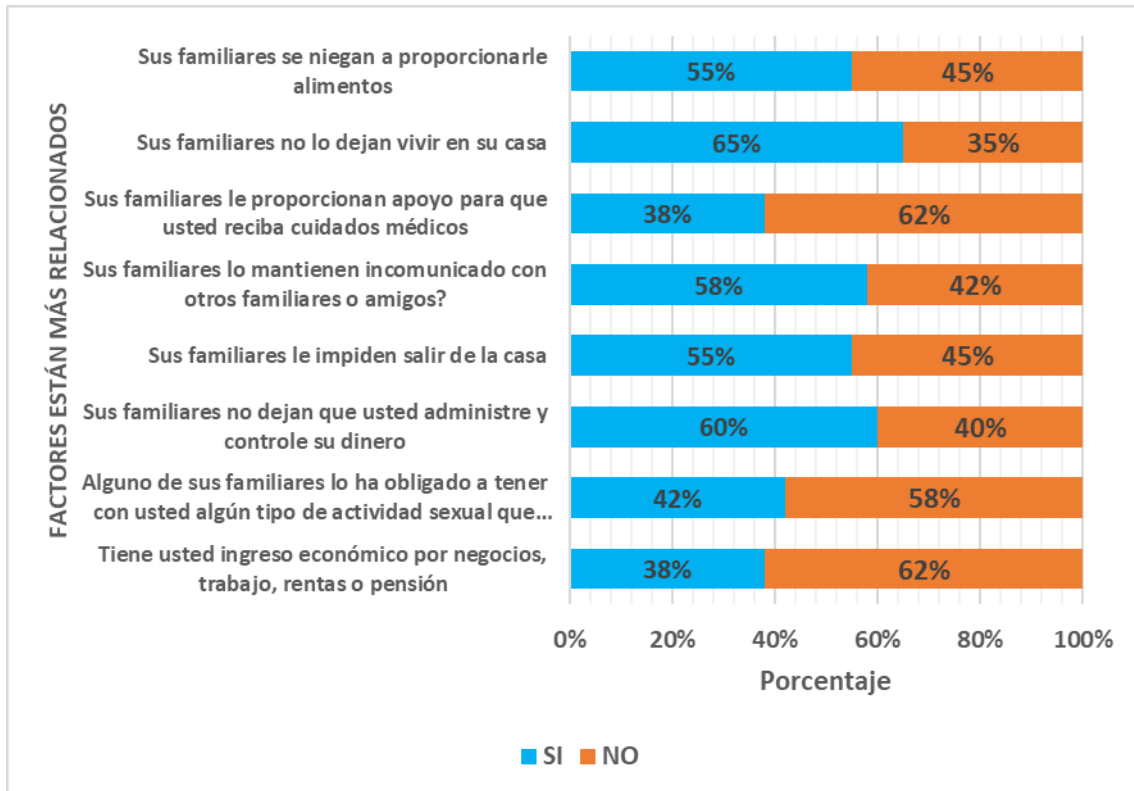
FACTORES DERIVADOS DE LA PRESENCIA DE SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR QUE ESTÁN ASOCIADOS A UNA MAYOR FRECUENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MANGOMARCA - SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2016.



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 3:

Los factores derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor que están asociados a un mayor frecuencia de la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, se presentan los siguientes: Sus familiares se niegan en darle cuidados de higiene 65%, sus familiares les han dado pellizcones 65%, sus familiares les quitan o niegan su poder de decisión 62%, sus familiares les dan medicamentos para que duerman o estén tranquilos 62%, sus familiares no se ocupan de su seguridad 60%.

GRAFICA 4
FACTORES ESTÁN MÁS ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
MANGOMARCA - SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2016.



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 4:

Los factores derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor que están asociados a un mayor frecuencia de la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangomarca, San Juan de Lurigancho, Lima, se presentan los siguientes: Sus familiares no lo dejan vivir en su casa 65%, sus familiares no dejan que usted administre y controle su dinero 60%, sus familiares no le brindan apoyo para que reciba atención médica 62%, no tienen ingresos económicos por negocios, trabajo, rentas o pensión 62%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación con el Objetivo General, se buscó determinar Los factores asociados a la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, encontrando que en mayor porcentaje es el Factor Derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor en la violencia familiar en un 74%, seguido del Factor están más asociados en un 70% y en menor porcentaje el Factor Dependientes del adulto mayor en un 68%. Coincidiendo con Gómez, Licely; Rodríguez, Gabriela; Krug, Ernesto, 2010 Los resultados de la investigación, muestra la prevalencia global de violencia familiar fue de 8,1%. La distribución por tipo de violencia fue la siguiente: física, 3,4%; psicológica, 7%; sexual, 0,6%; y económica, 2,2%. Diversas mediciones estuvieron fuertemente asociadas a la violencia familiar: analfabetismo (OR = 2,15; IC del 95%, 1,26-3,66; $p=0,005$), dependencia de vivienda (OR=1,78; IC del 95%, 1,06-2,99; $p=0,030$), red social disfuncional (OR=5,98; IC del 95%, 3,56-10,04; $p\leq 0,001$), presencia de alguna enfermedad (OR=3,96; IC del 95%, 2,35-6,67; $p\leq 0,001$) y dependencia física (OR=1,66; IC del 95%, 0,99-2,80; $p=0,055$).

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación con el Objetivo específico uno, se buscó determinar Los factores dependientes del adulto mayor, asociados a un mayor frecuencia de la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, en donde se presentan los siguientes: No puede ir solo al baño y no puede atender solo en el baño 68%, tienen alguna enfermedad crónica degenerativa 66%, comparten la vivienda con los familiares 65%. Coincidiendo con Ruelas González, Guadalupe; Salgado Zinder, Nelly 2009 Los resultados muestran que el 23% de las mujeres y el 9% de los hombres reportaron haber sido maltratados como consecuencia de problemas familiares. Los resultados sugieren que los factores que se relacionan con el maltrato en los adultos mayores incluidos en este estudio son: sexo femenino, edad de 60 a 69 años, ser divorciado o separado, padecer un mayor número de enfermedades, presentar lesiones evidentes a la

observación, presentar sintomatología depresiva, y no contar con apoyo familiar adecuado.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En relación con el Objetivo específico dos, se buscó determinar Los factores derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor que están asociados a un mayor frecuencia de la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, en donde se presentan los siguientes: Sus familiares se niegan en darle cuidados de higiene 65%, sus familiares les han dado pellizcos 65%, sus familiares les quitan o niegan su poder de decisión 62%, sus familiares les dan medicamentos para que duerman o estén tranquilos 62%, sus familiares no se ocupan de su seguridad 60%. Coincidiendo con Castro, Rosalvina, 2010. Con el objetivo de determinar la Influencia de la autoestima y depresión del adulto mayor como factores de riesgo de maltrato por parte del cuidador y/o familiar, en Clubes del Adulto Mayor de la Micro Red Alto Selva Alegre es un estudio descriptivo, correlacional, de nivel aplicativo. Se incluyeron en el estudio a 96 adultos mayores, a quienes se les aplicó una encuesta y una guía de observación. Se concluye que la autoestima y depresión influyen de forma significativa como factores de riesgo de maltrato al adulto mayor por parte del cuidador y/o familiar. El nivel de autoestima de los adultos mayores es media. La frecuencia de depresión es de 73,96%. La frecuencia de maltrato es de 91,67%.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

En relación con el Objetivo específico tres, se buscó determinar Los factores más asociados a la mayor frecuencia de la violencia familiar en el adulto mayor, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, en donde se presentan los siguientes: Sus familiares no lo dejan vivir en su casa 65%, sus familiares no dejan que usted administre y controle su dinero 60%, sus familiares no le brindan apoyo para que reciba atención médica 62%, no tienen ingresos económicos por negocios, trabajo, rentas o pensión 62%.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: Los factores asociados a la violencia familiar en adultos mayores, atendidos en el Centro de Salud Mangamarca, San Juan de Lurigancho, Lima, encontrando que en mayor porcentaje es el Factor Derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor en la violencia familiar, seguido del Factor están más asociados y en menor porcentaje el Factor Dependientes del adulto mayor. Teniendo presente los siguientes aspectos: No pueden ir solos al baño y no pueden atender solo en el baño, tienen alguna enfermedad crónica degenerativa y comparten la vivienda con los familiares. Sus familiares se niegan en darle cuidados de higiene, sus familiares les han dado pellizcos, sus familiares les quitan o niegan su poder de decisión, Sus familiares no lo dejan vivir en su casa, sus familiares no dejan que usted administre y controle su dinero, sus familiares no le brindan apoyo para que reciba atención médica,

SEGUNDO

Con respecto a la dimensión dependientes del adulto mayor, asociados a un mayor frecuencia de la violencia familiar en adultos mayores, en donde se presentan los siguientes: No pueden ir solos al baño y no pueden atender solo en el baño, tienen alguna enfermedad crónica degenerativa y comparten la vivienda con los familiares.

TERCERO

Con respecto a la dimensión derivados de la presencia de situaciones de especial vulnerabilidad del adulto mayor que están asociados a una mayor frecuencia de la violencia familiar en adultos mayores, en donde se presentan los siguientes: Sus familiares se niegan en darle cuidados de higiene, sus familiares les han dado pellizcos, sus familiares les quitan o niegan su poder de decisión, sus familiares les dan medicamentos para que duerman o estén tranquilos, sus familiares no se ocupan de su seguridad.

CUARTO

Con respecto a la dimensión más asociados a la mayor frecuencia de la violencia familiar en el adulto mayor, en donde se presentan los siguientes: Sus familiares no lo dejan vivir en su casa, sus familiares no dejan que usted administre y controle su dinero, sus familiares no le brindan apoyo para que reciba atención médica, no tienen ingresos económicos por negocios, trabajo, rentas o pensión.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Potencializar la sensibilización a la familia y comunidad sobre deberes y derechos, auto cuidado y calidad de vida del Adulto Mayor.

SEGUNDO

Fortalecer los programas de prevención y promoción dirigidos al Adulto Mayor en las instituciones que trabajan por el Adulto Mayor como: MINSA, ESSALUD, Municipalidades, Gobiernos Regionales y Nacionales, ONGs, Defensoría del pueblo, ministerio público, entres otros.

TERCERO

Confeccionar un Plan de Acción que permita erradicar los factores de riesgo que influyen en la aparición de la violencia contra los adultos mayores en sus hogares.

CUARTO

Capacitar mediante la aplicación de técnicas de intervención educativa a los adultos mayores con el fin de ampliar los conocimientos que tienen estos acerca de los diversos hechos que se consideren o que puedan constituir actos de violencia familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Finkelhor D. The Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*. 2004;28:51-7.
2. Gony G, J; Bennet, G. Elder Abuse in Britain. *BMJ*. 2005; 305:998-9.
3. Martins, E. National survey on abuse of the elderly in Canadá. *J Elder Abuse Neglect*. 2008;4:5-58.
4. Jonker, C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;46:885-8.
5. Aguilar, JL, et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;31:50- 55.
6. Rodríguez, L; Campos, J. Síndrome de violencia en el anciano. *Intervenciones de enfermería. Enfermería Científica*. 2010;214:29-35.
7. Larión, Z; De Paul, JL; Ochotorena, J. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Bar)*. 2004;102:216-9.
8. Ruiz Sanmartín, A; Altet Torner, J; Porta, N, et al. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.
9. Maltractaments i abusos. *Activitats preventives de la gent gran*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1999. p. 303-9.
10. Gilleard C. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist*. 2009;29:314-20.
11. Homer, A. Abuse of elderly people by their carers at home. *BMJ*. 2010;204:1359-62.

12. Gaioli, Cheila; Rodrigues, Rosalina; Aparecida Partezani. 2008. Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio. *Rev. latinoam. enferm*;16(3):465-47.
13. Gómez, Licely; Rodríguez, Gabriela; Krug, Ernesto. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2010. Volume 42, Issue 1, Pages 27-34.
14. Ruelas González, Ma. Guadalupe; Salgado Zinder, Nelly. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores en México. *Rev. chil. salud pública* 2009;13(2):90-99.
15. Arce, A; Salazar, A; Lizárraga, J. Maltrato Familiar en el Adulto Mayor. UPCH. Tesis Lic. Enfermería. Lima 2006.
16. Meira, Campos; Gonçalves, Lucia; Xavier, Jacilene. Relatos orales de cuidadores de ancianos acerca de los factores de riesgo para la violencia intrafamiliar. *Ciênc. cuid. saúde*; 2007: 6(2):171-180.
17. Castro, Rosalvina. Influencia de la autoestima y depresión del adulto mayor como factores de riesgo de maltrato por parte del cuidador y/o familiar. Clubes del Adulto Mayor de la Micro Red Alto Selva Alegre, Arequipa, 2010. Tesis presentada a la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Filial Arequipa, Arequipa, 2010.
18. Inga Aranda, Julio; Vara Horna; Arístides. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ. Psychol.* v.5 n.3 Bogotá dez. 2006.
19. Prieto, R. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica, 3da edición. Cuba. 2007.

20. Cáritas del Perú. Problemática del abuso y maltrato del adulto mayor en la sociedad. Lima, 2011.
21. Muñoz, F; Burgos, M; Detección de factores predictores de violencia en el adulto mayor. Aten Primaria. 2004;15:21-8.
22. Gil, Carlos. Violencia, abuso, maltrato y/o trato negligente en la Tercera Edad. El suicidio en América latina Vs la UE en la Tercera Edad. Tesis de Magíster presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Argentina, 2002.
23. 16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima. 2007.
24. Fernández, Alonso; Herrero, S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Rev. Aten Primaria. 2006;37(1):56-9.
25. Krug, EG; Dahlberg, L, Mercy J, et al, editors. World report on violence and health. World Health Organization. Ginebra, 2002.
26. O'Brien, S; et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine year observational cohort study. Gerontologist. 2007;37:469-74.
27. López, Hernán; Cano, Carlos; Gómez, José. Fundamentos de Medicina: Geriatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. 2005.
28. Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guideline. AHCPH Pub. No. 920038. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. Estados Unidos. 2007.

29. Manual Diagnóstico y estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV). Clasificación de los trastornos mentales. 2002.
30. Fustinoni, Oswaldo. Deterioro cognitivo y demencia. Cuadernos de Medicina Forense. 2002; Año 1, N°1.
31. EL MALTRATO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES [monografía en Internet]. -: -; 2008 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/1_maltrato.htm.
32. El maltrato al adulto mayor: una visión del instituto de normalización previsional, INP. [monografía en Internet]. UBIOBO.CL: -; 2008 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencias/maltratado_c/vision_inp_maltrato.doc.
33. Dayron Ríos Oropesa D. Comportamiento de los factores de riesgo en la violencia familiar contra el adulto mayor [monografía en Internet]. REVISTA 16 DE ABRIL: CIENCIAS MEDICAS; 2005 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/eventos/xviiiforum/virtuales/Atencion%20Primaria%20de%20Salud/Violencia%20contra%20adulto%20mayor.doc>.
34. Maltrato Al Adulto Mayor [monografía en Internet]. Compendio De Enfermería: Ciencias Médicas; 2008 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.compendio de enfermeria.com/maltrato-en-el-adulto-mayor/>.
35. Rossana Valderas Almonacid R. Maltrato al adulto mayor en Chile [monografía en Internet]. Rossana... Entre Venus Y Martes: Ciencias Médicas; 2008 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://rossana.valderas.blogspot.com/2007/10/maltrato-al-adulto-mayor-en-chile.html>.

36. PEDRO PABLO MARIN P. ABUSO O MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR [monografía en Internet]. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: CIENCIAS MÉDICAS; 2000 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: [http:// escuela. med. puc.cl/publ/ Boletin/ Geriatria/ Abuso Maltrato. html](http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Geriatria/AbusoMaltrato.html).
37. Maltrato en el Adulto Mayor [monografía en Internet]. WEBSALUD: CIENCIAS MEDICAS; 2008 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: [http://www. websalud. cl/ Siquiatria /Psiquiatria/ Maltrato_ en_el_ Adulto_ Mayor/](http://www.websalud.cl/Siquiatria/Psiquiatria/Maltrato_en_el_Adulto_Mayor/).
38. Cárcel para el maltrato contra el Adulto Mayor [monografía en Internet]. Gloria Estella Dias Ortiz: Ciencias Médicas; 2008 [citado 7 Noviembre 2008]. Disponible en: [http://www. gloriastella diaz.com/ index.php?option= com_content& task=view&i d=60<e mid=4](http://www.gloriastelladiaz.com/index.php?option=com_content&task=view&id=60&Itemid=4).
39. R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México. (*)
40. Juana Hernández Conesa (1995): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
41. Wesley. Teorías y modelos de enfermería. Mexico, McGRAW HILL. 19

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR.

I. PRESENTACION:

Estimado señor (a).

Soy la Bachiller: Huanaco Quispe Delia el presente cuestionario tiene como propósito conocer si usted es víctima de violencia por parte de su familia. Por ello le pedimos conteste las preguntas con total sinceridad para ayudarnos a evitar que esta situación continúe. No hay respuesta buenas o malas sólo marque sí o no según sea la situación que usted vive.

II. INSTRUCCIONES:

- Emplee un lapicero negro o azul para marcar las respuestas.
- Marque con una (X) la respuesta que considere correcta.

III. DATOS GENERALES

1. Edad _____ -
2. Género: Masculino _____ Femenino _____
3. Grado de Instrucción:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Superior
 - d. Otros: _____
4. ¿Cuál es su situación conyugal?
 - a. () Soltero (a)
 - b. () Casado / Conviviente
 - c. () Viudo (a)
 - d. () Separado (a)

I. Factores asociados

5. ¿Tiene alguna enfermedad crónica degenerativa?
 - a. () Si
 - b. () No.

6. de ser si diga ¿Cuál?.....

7. ¿Tiene incontinencia urinaria?

a. () Si

b. () No

8. ¿Tiene incontinencia fecal?

a. () Si

b. () No.

9. Deterioro cognitivo: Por favor indique lo que se le pide a continuación

Colores	
Animales	
Frutas	
Ciudades	
Errores /Repeticiones	
Puntuación total	

Resultados: Normal () Deterioro cognitivo ()

10. ¿Puede usted lavarse solo?

a. () Si

b. () No.

11. ¿Puede usted vestirse solo?

a. () Si

- b. () No.
11. ¿Puede usted ir al baño y atenderse solo en el baño?
- a. () Si
b. () No.
12. ¿Puede usted movilizarse sólo dentro de la casa y/o en la calle?
- a. () Sí
b. () No
13. ¿Puede usted alimentarse solo?
- a. () Si
b. () No.
14. ¿Tiene usted temor a salir de la casa?
- a. () Si
b. () No.
15. ¿Tiene usted interés por relacionarse con otras personas?
- a. () Si
b. () No.
16. ¿Ha decidido usted quedarse en casa, no salir y no mantener contacto con otras personas?
- a. () Si
b. () No.
17. ¿Anteriormente usted ha sufrido violencia o maltrato por parte de algún familiar?
- a. () Si
b. () No
18. ¿Comparte usted la vivienda con sus familiares?
- a. () Si
b. () No.
19. ¿Tiene usted malas relaciones o se lleva mal con el familiar que lo trata con violencia?
- a. () Si
b. () No.
20. ¿Su familia lo ayuda a atenderse en sus necesidades y económicamente?
- a. () Si
b. () No.
21. ¿Usted depende económicamente de su familia?

- a. () Si
- b. () No.

22. ¿Usted vive en la casa de su familia?

- a. () Si
- b. () No.

II. Violencia familiar

23. ¿Sus familiares le han golpeado?

- a. () Si
- b. () No.

24. ¿Sus familiares le han dado pellizcones?

- a. () Si
- b. () No.

25. ¿Sus familiares le han causado quemaduras?

- a. () Si
- b. () No.

26. ¿Sus familiares le han causado fracturas?

- a. () Si
- b. () No

27. ¿Sus familiares le dan medicamentos para dormir o para que esté tranquilo?

- a. () Si
- b. () No.

28. ¿Sus familiares le dicen lo que tiene que hacer?

- a. () Si
- b. () No.

29. ¿Sus familiares lo amenazan?

- a. () Si
- b. () No.

30. ¿Sus familiares lo humillan?

- a. () Si
- b. () No.

31. ¿Sus familiares lo tratan con desprecio?

- a. () Si
b. () No.
32. ¿Sus familiares le quitan o niegan su poder de decisión?
a. () Si
b. () No.
33. ¿Sus familiares se niegan a proporcionarle alimentos?
a. () Si
b. () No.
34. ¿Sus familiares se niegan a darle cuidados en su higiene?
a. () Si
b. () No.
35. ¿Sus familiares no lo dejan vivir en su casa?
a. () Si
b. () No.
36. ¿Sus familiares no se ocupan de su seguridad?
a. () Si
b. () No.
37. ¿Sus familiares le proporcionan apoyo para que usted reciba cuidados médicos?
a. () Si
b. () No.
38. ¿Sus familiares lo mantienen incomunicado con otros familiares o amigos?
a. () Si
b. () No.
39. ¿Sus familiares le impiden salir de la casa?
a. () Si
b. () No.
40. ¿Sus familiares no dejan que usted administre y controle su dinero?
a. () Si
b. () No.
41. ¿Alguno de sus familiares lo ha obligado a tener con usted algún tipo de actividad sexual que usted no ha consentido?
a. () Si
b. () No.
42. ¿Tiene usted ingreso económico por negocios, trabajo, rentas o pensión

- a. () Si
- b. () No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.....

**GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA PRUEBA
BINOMIAL**

ITEMS	JUECES EXPERTOS							PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA	PUNTAJE
	I	II	III	IV	V	VI	VII		
1.	0	0	0	0	0	0	0	0/7	0
2.	0	0	0	0	0	0	0	0/7	0
3.	0	0	0	0	0	0	0	0/7	0
4.	0	0	0	0	0	0	0	0/7	0
5.	0	0	0	1	0	0	0	1/7	0.1428
6.	0	0	0	0	0	0	0	0/7	0
7.	1	1	1	1	1	1	1	7/7	1
8.	1	0	0	0	1	0	0	2/7	0,2857
9.	0	0	1	0	0	0	0	1/7	0.1428
TOTAL									1.827

$$\underline{\Sigma P} = 1.827/9 = 0.2$$

N° ITEMS

Si "p" es menor de 0.5 el grado de concordancia es significativo: por lo tanto el grado de concordancia en lo concerniente a los ítems 1, 2, 3, 4, 6 y 9; con una ligera modificación en los ítems 5, 8 y 9, sin embargo es el instrumento válido según los jueces de expertos: **p= 0.2**

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le considera dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una x en sí o no en cada criterio, según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del curso.			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. los ítems son claro y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

SUGERENCIAS:

.....

Firma del juez experto:

ANEXO N° 05

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se procedió a tomar la prueba piloto a 10 adultos mayores , los cuales mediante la fórmula de ALFA DE CRONBACH, se determinó:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Siendo:

S_i^2 : La suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 : La varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).

K : El número de preguntas o ítems.

Entonces:

$$= \frac{29}{29-1} * \frac{1 - 11.6111}{69.1222}$$

$$= \frac{29}{28} * \frac{1 - 0.17}{0.83}$$

$$= 1.04 * 0.83$$

$$= 0.86$$

$$= 1.04 * 0.83$$

$$= 0.86$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.