

T/ 305.0244
A189

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



T E S I S

**MALTRATO DEL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR
URBANIZACIÓN SANTA EULALIA CIUDAD DE CHOTA -
CAJAMARCA 2013**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. LUCELINA ACUÑA TAMAY
Bach. Enf. NOREEN HELEN SANDOVAL BRIONES

ASESORA
DRA. MARGARITA DEL PILAR CERNA BARBA

CAJAMARCA - PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

MALTRATO DEL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR.
URBANIZACIÓN SANTA EULALIA CIUDAD DE CHOTA - CAJAMARCA
2013

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADAS EN
ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. LUCELINA ACUÑA TAMAY
Bach. Enf. NOREEN HELEN SANDOVAL BRIONES

ASESORA

DRA. MARGARITA DEL PILAR CERNA BARBA

Cajamarca - Perú

2013

**“MALTRATO DEL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO
FAMILIAR. URBANIZACIÓN SANTA EULALIA CIUDAD
DE CHOTA - CAJAMARCA 2013”**

DEDICATORIA

A mis padres, razón de mi existencia por su ayuda, amor, perseverancia y enseñarme que por más difícil que se presenten las cosas se pueden superar.

A mis hermanos, hermanas y en especial a mi querido hijo por ser el tesoro más valioso que me ha dado Dios.

A mis familiares y amigos, que me han acompañado durante el largo camino de mi vida.

A mis docentes por brindarme siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos durante mi formación profesional.

Lucelina

A Dios por darme salud, amparo y fortaleza cuando más lo necesito y por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Con mucho cariño a mis padres, que me dieron la vida. Gracias por sus consejos, por la motivación constante, porque siempre han estado apoyándome y brindándome su amor en todo momento.

A mi familia por ser los pilares más importantes de mi vida que día a día me demuestran su amor, cariño y apoyo para seguir adelante. Por su energía y por su confianza que me brindaron durante mi formación profesional, por esos años de dedicación, paciencia y sabios consejos y su apoyo incondicional en todo momento.

A mi ángel. Mi abuelito Alejandro, porque siempre estuviste en los momentos importantes de mi vida y desde el cielo me guías día a día y porque sé que hoy te sientes orgulloso de mi.

Noreen Helen

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra Casa Superior de Estudios, Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Máter, de nuestra formación, desarrollo y crecimiento profesional, por acogernos en sus aulas durante nuestros estudios y permitimos formar parte de la gran familia universitaria, así mismo por incentivarnos a seguir superándonos. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería Sede - Chota, por ser el lugar donde recibimos los conocimientos científicos y permitimos tener una visión amplia de superación, capacitación y competitividad profesional, mediante los valiosos aportes y dedicación esmerada de su honorable plana docente.

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a nuestra Asesora: Dra. Margarita del Pilar Cerna Barba, por su apoyo perseverante, por sus orientaciones, recomendaciones y sugerencias, que hicieron posible la formulación y el desarrollo de nuestra Tesis.

A los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca por tener la paciencia y por sus conocimientos transmitidos durante todo el tiempo que formamos parte de la institución.

A los adultos mayores de la Urbanización Santa Eulalia ciudad de Chota, donde se desarrolló el estudio por su apoyo y facilidades concedidas en el desarrollo de la presente investigación.

RESUMEN

Estudio realizado en la ciudad de Chota, región Cajamarca, de tipo descriptivo, correlacional y analítico que tuvo como objetivo determinar y analizar la relación entre el maltrato del adulto mayor con el entorno familiar; la muestra conformada por 50 personas adultos mayores a quienes se les aplicó el cuestionario previa prueba de validez y confiabilidad. Los Resultados reflejaron personas que en su mayoría son de 60-79 años de edad, sexo femenino, religión católica, procedencia urbana, residentes en la ciudad, perciben ingresos económicos de 1 a 2 salarios, reciben apoyo económico y sus ingresos lo invierten en alimentación, salud y vivienda y menos de la mitad son de estado civil viudo, sin educación superior y sus ingresos provienen de su trabajo. En su mayoría manifiestan ser objeto de maltrato y de estos han sido maltratados con una frecuencia ocasional de 2-5 veces por semana, toman decisiones con ayuda de los demás. De los 40 adultos mayores maltratados, la mayoría habitan en viviendas de material noble y son propias, cuentan con servicios básicos, consumen medicamentos, presentan alguna enfermedad, siendo las que más prevalecen la hipertensión arterial y osteoartritis. Se concluye que en los adultos mayores las características del maltrato están relacionadas al tipo de familia extensa, con frecuencia ocasional de 2-5 veces por semana. En cuanto al tipo de maltrato en su gran mayoría es el psicológico y la reacción al maltrato psicológico es el deseo de llorar y deprimirse.

Palabras claves: Adulto mayor, maltrato, entorno familiar.

ABSTRACT

Study conducted in the city of Chota, Cajamarca region, descriptive, correlational and analytical aimed to determine and analyze the relationship between abuse of the elderly in the family environment, the sample consisted of 50 elderly people who were applied the previous questionnaire validity and reliability testing. The results reflect people who are mostly 60-79 years of age, female sex, Catholic, urban origin, living in the city, economic incomes of 1-2 wages, receive financial assistance and income is invested in food, health and housing and a lower percentage of marital status are widowed, without higher education and their income comes from their work. For the most manifest being abused and they have been abused with occasional frequency 2-5 times a week, make decisions with help from others. Of the 40 seniors abused, most live in houses with good materials and are themselves, have basic services, taking drugs, have any disease, with a smaller percentage of hypertension. We conclude that in elderly abuse characteristics are related to the type of extended family, often occasional 2-5 times week. As for the type of abuse for the most is the psychological reaction to psychological abuse is the desire to mourn and depressed.

Key words: Older adult, mistreatment, familiar surroundings.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.....	12
1.1. Definición y delimitación del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Justificación.....	17
1.4. Objetivos.....	18

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	19
2.1. Antecedentes del problema.....	19
2.2. Bases teóricas.....	22
2.3. Hipótesis.....	31
2.4. Variables.....	31

CAPÍTULO III

3. EL DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
3.1. Tipo de estudio.....	35
3.2. Ámbito de estudio.....	35
3.3. Población y muestra.....	36
3.4. Unidad de análisis.....	36
3.5. Unidad de observación.....	36
3.6. Técnicas e instrumentos para recolectar la información.....	37
3.7. Validez y confiabilidad del instrumento.....	38
3.8. Procesamiento y análisis de los datos.....	38
3.9. Consideraciones éticas.....	39

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	41
---------------------------------------------------------------	-----------

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008, considera la etapa de vida del adulto mayor a partir de los 60 años. El tema del adulto mayor ha adquirido gran preocupación en nuestro país en los últimos años, lo que tiene directa relación con el progresivo envejecimiento de la población. Esto ha llevado a la necesidad de preocuparse de problemas de toda índole que afectan a este grupo etáreo, y que si bien han existido siempre, sólo ahora se manifiestan en toda su magnitud.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos que se desarrolla a escala mundial, que ha conllevado a profundos cambios en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países. Este aumento de la población adulta mayor, provoca dificultades para gobiernos que no pueden afrontar esta transición demográfica con políticas que apoyen y protejan a este grupo, que por sus características se encuentran en desventaja frente a otros grupos de población como los niños o las mujeres en edad fértil.

Esta transición demográfica puede estar acompañada de un incremento del maltrato intrafamiliar como se ha demostrado en la presente investigación, ya que la población adulta alcanza una expectativa de vida mayor y requiere mayor asistencia sanitaria y apoyo familiar. El maltrato intrafamiliar hacia los adultos mayores tiene condición de secreta al interior de la familia, y muchas veces por vergüenza, temor a sufrir más agresión o simplemente por dependencia emocional o económica (OMS. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, 2008).

El maltrato contra las personas adultas mayores en el entorno familiar es un fenómeno que preocupa a todos los países, el alto nivel de incidencia demuestra la importancia de esta situación y otorgarle el papel que deben priorizar en la familia y la sociedad, esto desafortunadamente no es atendido de igual forma en todos los países, a pesar de las alarmantes cifras y acontecimientos que se ha podido comprobar en la investigación.

Las consecuencias del maltrato contra el adulto mayor va desde una simples palabras hasta el homicidio en los adultos mayores, de acuerdo a los datos encontrados la familia es la fuente principal de agresión es en este espacio donde se produce el maltrato por parte de los familiares en especial el de los hijos hacia los padres. Caso preocupante que al parecer se da por el cansancio de los hijos al cuidar de estas personas dependientes.

En tal sentido, consideramos que, el presente trabajo de investigación es un aporte importante para los estudiantes de las ciencias de la salud, porque ayudará a conocer más de cerca la temática, así como motiva su interés para estudiar a esta población en todos los aspectos relacionados con su salud. También, se considera que los resultados sirvan de base al sector salud para fortalecer con datos objetivos y realistas las estrategias de intervención en salud a nivel preventivo y promocional, dirigidos a poblaciones vulnerables como lo son los adultos mayores.

La información que se ha recaudado de este trabajo de investigación **MALTRATO DEL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR** es totalmente confiable y se ha de tomar en cuenta para futuras investigaciones y estructuralmente este trabajo de investigación consta de IV capítulos:

En el **capítulo I**, se presenta la delimitación del problema donde se presenta datos a nivel mundial, latinoamericano, regional y local. Seguido se presenta la justificación, y los objetivos de esta investigación.

En el **capítulo II**, se describe el marco teórico empleado para dar sustento a la investigación e incluye antecedentes, es decir los estudios que se han realizado anteriormente; así mismo incluye la base teórica sobre el tema, las hipótesis y las variables evaluadas en este estudio.

En el **capítulo III**, se presenta el diseño metodológico, tipo de estudio, ámbito del estudio, población técnica de recolección de datos, procesamiento y análisis, y las consideraciones éticas en este estudio.

En el **capítulo IV**, se presenta los resultados interpretación y análisis de los datos, conclusiones y recomendaciones referencias bibliográficas y por último los anexos donde se incluye el consentimiento informado y el instrumento.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El maltrato a personas mayores se refiere a cualquier acción u omisión que produce daño a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona. El maltrato puede realizarse de manera intencionada, como también puede ocurrir por desconocimiento de manera no intencionada (Iborra, 2008).

Al respecto, esta problemática se registra a nivel internacional con frecuencias muy preocupantes en los países desarrollados y en subdesarrollo. Según Echaurren (2009), la problemática del maltrato en el adulto mayor, en países desarrollados, muestra una tasa del 3% al 12%, siendo más frecuente en mujeres, de las cuales, el 75% ocurre en la familia y un 25% en instituciones. Del mismo modo, un estudio realizado en Chile, nos indica que 1 de cada 3 personas sufre algún tipo de maltrato que se presenta con más frecuencia en mujeres y, el maltrato mas predominante es el psicológico.

La Organización HEALTH (2009) de Europa evidencia, que los adultos mayores que son agredidos física, emocional o financieramente, o retirándoles la atención, el riesgo de morir duplica su frecuencia, dato obtenido de sus diferentes investigaciones. Igualmente Málaga (2009), en una nota de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria resaltaba que, en aproximadamente 300.000 personas adultos mayores, alrededor del 5 % de los ancianos españoles, sufre algún tipo de maltrato, y la mayoría de estos casos no se denuncian por depender emocional o económicamente de su agresor.

En el Perú, según MIMDES (2008) mayoritariamente, se ejerce agresión y/o maltrato contra los adultos mayores de manera psicológica, llegando hasta el 95%. Siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), la humillación y desvaloración (66%), rechazo (48%), y amenazas de muerte (40%). En menor porcentaje (38%) pero no menos importante se registra la violencia física con bofetadas, empujones, puntapiés, puñetazos y un 2% denunció haber sido víctima de acoso o violencia sexual.

En el Perú, aún hay pocos estudios sobre este tema, entre los cuales vale distinguir el estudio realizado por el Centro del Adulto Mayor - Es salud en el año 2002 en la ciudad de Tacna que señala, que 1 de cada 2 personas sufren algún tipo de maltrato, de las cuales las mujeres son las más afectadas con el maltrato psicológico. Los Centros de Emergencia Mujer, en el año 2003 reportaron 1077 casos de maltrato a personas mayores de 60 años, de los cuales 802 son mujeres y 275 hombres. Siendo el principal agresor el hijo con un 44.5% seguido de los cónyuges, pareja actual con un 27.7% y otros familiares cercanos un 12%. Además del maltrato psicológico también se presenta el maltrato físico y sexual pero en menos casos (Centro del Adulto Mayor CAM, 2008).

En la ciudad de Chota, región de Cajamarca, las instituciones que de alguna manera podrían registrar alguna información sobre esta problemática, como MINSA, DEMUNA, no tienen estudios, por el mismo hecho de que este tipo de maltrato, probablemente, no es denunciado ante la autoridad competente o no son denunciados los autores de esta agresión ya que estos adultos mayores dependen emocional o económicamente de los agresores. En nuestra percepción, otra limitante por lo que no se han encontrado estudios sobre maltratos a los adultos mayores es, que no existe una institución dedicada a trabajar con esta población, mucho menos orientada a defender a los adultos mayores. En el Ministerio de Salud y en Es Salud, a nivel nacional, se tienen programas de salud para poblaciones adultos mayores que registran enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, Diabetes, Osteoartritis, entre otras. Las funciones de estos programas están dirigidas al tratamiento de estas dolencias y no

incluyen, en la mayoría de los casos la problemática integral de los sujetos de atención.

Esta situación viene ocurriendo, no obstante que a nivel internacional las recomendaciones de organismos preocupados por estos grupos poblacionales deben ser tomadas en cuenta en los lineamientos políticos de atención. Caso particular, en el país, el Estado Peruano en concordancia con la Ley de Política Nacional de Población, con los acuerdos y compromisos asumidos en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), promueve el mejoramiento de la calidad de vida de la población en las diferentes etapas de vida. Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir del año 1996, denomina a este grupo poblacional "Personas Adultos Mayores", de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. Así mismo, la OMS considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años.

Lo que se tiene percibido en el contexto es que los diversos lineamientos no vienen siendo implementados objetivamente a nivel nacional, sobre todo en las instituciones de salud, donde puede observarse solamente el interés por la problemática clínica de este grupo poblacional, como es el caso de las consultas de enfermedades crónico degenerativas.

Si, en el contexto socio sanitario no se viene priorizando la atención a estos grupos prioritarios, mucho más es limitado el aspecto investigativo sobre estas realidades. En algunos estudios de escuelas y facultades de medicina y enfermería en nuestro país, son tomados como temas y objetos de estudio a nivel de post grados, particularmente en la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela de Post grado y Pre grado Enfermería, existen trabajos relacionados con la sexualidad, nutrición y otros. No verificándose específicamente trabajos de investigación relacionados con el tema de maltrato al Adulto Mayor en su entorno familiar. Situación

preocupante, toda vez que viene registrándose en la información estadística el aumento de la población adulto mayor, inclusive en las regiones del interior del departamento de Cajamarca, como es el caso de la ciudad de Chota, que es reflejo de lo que viene ocurriendo en las realidades latinoamericanas.

La realidad muestra, que en América Latina la población de 60 años y más aumentará desde un 8% en el año 2000, 14.1% en el año 2025 y a 22.6% en el año 2050. Cabe destacar, que este porcentaje será más alto en las mujeres que en los hombres, particularmente en el área urbana, puesto que para el 2025, el 15.4% de las mujeres de la región tendrán 60 años o más, contra 12.6% de los hombres, y la diferencia en el área urbana (15.8% contra 12.5%) será mayor que en el área rural (13.6% contra 12.9%) (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, 2002).

En el Perú, la población integrada por las personas mayores de 60 y más años de edad ascienden a 2 millones 712 mil y representan el 9,0% de la población total del país. Se estima que, para el año 2021 dicho grupo poblacional será de 3 millones 727 mil y representará el 11,2%. Cada año los adultos mayores aumentan en 3,3%, en tanto, la población total se incrementa a un ritmo de 1,1%. Cabe precisar que, los grupos de edad de 80 y más años de edad crecen en 5,0% y los de 75 a 79 años en 3,8%. Los departamentos en los que residen el mayor número de personas de 60 a más años de edad son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao, donde este grupo poblacional representa más del 10% de la población total de dichos ámbitos. Un segundo grupo de departamentos conformado por Ancash, Ica, Lambayeque, la Libertad, Puno, Cusco, Apurímac, Junín y Piura tienen más del 8,0 % de su población integrada por adultos mayores. Mientras que, en Tacna, Cajamarca, Ayacucho, Huánuco, Amazonas, Pasco, Ucayali, Tumbes, Huancavelica, San Martín y Loreto el 6% de su población está compuesta por personas de 60 y más años de edad. A su vez, Madre de Dios con

4,6%, figura como el departamento con menor población adulta mayor en el país (INEI, 2012).

Frente a este crecimiento porcentual de la población adulto mayor, en nuestro país, las políticas dirigidas a este grupo refieren la necesidad de asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación no sólo del gobierno, sino también, de toda la sociedad. Es necesario destacar, que los problemas y situaciones que viven los Adultos Mayores no se solucionan o superan sólo con la acción del estado, por el contrario, parte importante de la problemática del Adulto Mayor debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad.

La Política Nacional para el Adulto Mayor plantea como objetivo general, lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores.

Y, teóricamente se conoce que las causas del maltrato del adulto mayor son la falta de educación y cultura sobre envejecimiento y vejez, falta de promoción de derechos e información, falta de mecanismos efectivos para la detección de situaciones del maltrato, ausencia de una cultura de paz al interior de las familias, inestabilidad de las personas en su ámbito socio familiar, falta de reconocimiento y respeto de la sociedad al adulto, carencia de un sistema de defensa al adulto y omisión de denuncia; siendo las consecuencias los sentimientos de impotencia, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación y el estrés postraumático que puede aumentar el riesgo de muerte, la depresión y los intentos de suicidio (Cáritas Bienestar del Adulto Mayor, 2003).

En nuestro contexto, durante el desarrollo de las prácticas pre profesionales de Enfermería, se viene observando la consulta de personas adultos mayores relacionadas con el maltrato de la familia, algunos formaron parte de denuncias policiales. También en la ciudad de Chota, el aumento de esta población va a significar el mayor interés de las entidades de salud para el trabajo y la atención integral, sin embargo, hasta la fecha podemos observar que esta problemática de maltrato del adulto mayor continua y no se viene trabajando a nivel del interior de las provincias de la región Cajamarca, en ningún aspecto. Como estudiantes de la carrera profesional de enfermería y viendo esta realidad, la presente investigación pretende encontrar respuesta a la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se relaciona el Maltrato del Adulto Mayor con el entorno familiar en la urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El maltrato en las personas adultos mayores en el Perú es uno de los problemas de salud pública más complejos de tratar, por el impacto que genera en los adultos mayores a nivel de salud física, emocional, social y económica (Fernández, 2002). Sin embargo, esta problemática es escasamente conocida en el país debido a que no son investigados o no lo difunden, toda vez que estas situaciones se visualizan enmascaradas a nivel de las familias y de las propias personas adultos mayores, dadas su situación de dependencia. La falta de denuncias de estos hechos, da como resultados sub registros que impiden que se conozca esta realidad y, por lo tanto, se tomen medidas pertinentes para controlar esta problemática. Esta situación es mucho más preocupante en las regiones del interior del país, caso particular de la ciudad de Chota, donde se vienen desarrollando prácticas de estudiantes de salud y, es preocupante las consultas de personas mayores con muestras de maltrato.

En tal sentido, consideramos que, el presente trabajo de investigación es un aporte importante para los estudiantes de las ciencias de la salud, porque ayudará a conocer más de cerca la temática, así como motiva su interés para estudiar a esta población en todos los aspectos relacionados con su salud. También, se considera que los resultados sirvan de base al sector salud para fortalecer con datos objetivos y realistas las estrategias de intervención en salud a nivel preventivo y promocional, dirigidos a poblaciones vulnerables como lo son los adultos mayores.

Finalmente, esperamos que el presente trabajo de investigación, sirva como una base de datos y/o guía para los estudiantes de salud que deseen profundizar los conocimientos sobre el tema. Ya que no se conoce mucho al respecto, debido a que los trabajos de investigación son escasos y en el nivel local se desconoce la existencia de los mismos.

1.4.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar y analizar la relación entre el maltrato del adulto mayor con el entorno familiar, en la urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Describir las características socio demográficas de la población adulto mayor, sujetos de estudio.
- ✓ Determinar y describir las características del entorno familiar de los sujetos de estudio.
- ✓ Determinar y describir las características del maltrato del adulto mayor sujetos de estudio.
- ✓ Establecer la relación entre el maltrato del adulto mayor y el entorno familiar de los sujetos de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A NIVEL DE AMÉRICA LATINA

- ✓ **Rodríguez E, Cuba (2008)**. Realizó la investigación descriptiva, de corte transversal, titulada "Maltrato a los Ancianos. En el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja", en una muestra de 226 ancianos del Consejo Popular de Belén, Municipio Habana Vieja, en el primer semestre del 2005; siendo los resultados: los viejos jóvenes fueron los más maltratados, con predominio en orden de frecuencia del maltrato social, psicológico y familiar. Los viejos recibieron en menor cuantía abusos físicos y económicos. Los hombres fueron los más maltratados, y la familia, fue quien más maltrató al anciano mediante la variante psicológica, mientras que otros abusaron más, pero socialmente.

La mayoría sugirió evitar el maltrato al adulto mayor denunciándolo a las autoridades, inculcándole respeto hacia ellos desde la escuela y la familia, así como divulgándolo mediante los principales medios de difusión masiva.

- ✓ **Ávila M, Cuba (2009)**. Realizó la investigación descriptiva, titulada "Prevalencia del Maltrato Doméstico en Adultos Mayores. Policlínica Alcides Pino. Holguín. 2009", con el objetivo de caracterizar el maltrato doméstico en adultos mayores de dos consultorios del área de salud "Alcides Pino" en el Municipio de Holguín. De los seniles que percibieron maltrato sus edades estuvieron entre 60 a 74 años, predominando el sexo femenino, la escolaridad primaria y las mujeres sin vínculo conyugal, mientras que los mayoritarios estuvieron asociados a hombres casados. Otros aspectos analizados fueron, el tipo de familia obteniéndose las extensas y ampliadas; en los perfiles de maltrato, el

físico se destacó en la mujer y en lo económico, financiero y psicológico estuvieron presente en ambos sexos.

- ✓ **Gómez D, Cuba (2010).** Realizó la investigación descriptiva, de corte transversal, titulada "Caracterización del Maltrato a los Ancianos. Consejo Popular Capitán San Luis. Pinar del Río", tomándose como universo a 650 pacientes, después de aplicarles los criterios de inclusión y exclusión la muestra quedó constituida por 90 ancianos. Con el objetivo de identificar el comportamiento del maltrato en el Adulto Mayor según el grupo de edades, sexo, los tipos de maltratos recibidos por los ancianos y detectar el principal agresor e identificar la necesidad de información sobre el tema. La información se recogió a partir de una encuesta, aplicada por los médicos y enfermeras de la familia de sus cuatro consultorios médicos de la comunidad. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba de Chi - Cuadrado, al 95 % de certeza.

El grupo de edades más maltratado fue el de 60 a 69 años, con predominio del sexo femenino, sobre todo por maltrato psicológico. Los hijos y familiares resultaron ser los principales agresores más cercanos.

- ✓ **Mirabal E, Venezuela (2007).** Realizó la investigación titulada "Comportamiento del Maltrato en el Adulto Mayor del ASIC Simón Bolívar en el año 2007". Un estudio observacional descriptivo en 56 Adultos Mayores del área de salud del ASIC (Área de Salud Integral Comunitaria) "Simón Bolívar", para analizar el comportamiento del maltrato y sus principales formas de expresión. Para alcanzar los objetivos se aplicó una encuesta donde se recogieron un número de variables clínico - epidemiológicas. Predominaron los ancianos del sexo femenino, entre las edades de 60 a 69 años y los divorciados. La totalidad de estos ancianos han sufrido alguna vez, después de cumplir los 60 años, el maltrato hacia su persona, y con mayor frecuencia fueron sus propios familiares las figuras ejecutoras. El abuso psicológico fue el tipo de agresión más utilizado. La mayor parte de los ancianos procedían

de familias ampliadas incompletas siendo el deseo de morir, la no respuesta y la depresión; las formas más frecuentes de reacción ante la violencia o maltrato.

A NIVEL DEL PERÚ

- ✓ **Bustamante S, Trujillo (2007).** Realizó la investigación titulada "Maltrato Familiar del Anciano Beneficiario. Trujillo, Perú". El propósito de este estudio fue medir el nivel de maltrato intrafamiliar del anciano, dado el punto de vista de la percepción del propio anciano. Se entrevistó y se valoró a 200 ancianos de 65 o más años de edad de ambos sexos, atendidos en los servicios de salud del Instituto Peruano de Seguridad Social. Trujillo, Perú. Los hallazgos indicaron que casi todos los encuestados presentaron algún nivel de maltrato intrafamiliar en todas las dimensiones, bajo las cuales se estudió el fenómeno. Un tercio de ellos presentaron nivel alto de maltrato global intrafamiliar. Los tipos de maltrato más frecuente fueron de tipo psicosocial y material - financiero. El enfoque que se ha dado a este estudio permite orientar futuras investigaciones en otros grupos de ancianos con características diferentes al grupo estudiado.

- ✓ **Martina M, Lima (2009).** Realizó la investigación descriptiva, retrospectiva, titulada "Violencia hacia el Adulto Mayor: Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima - Perú, 2009". Con el objetivo de describir las características socio demográficas de los adultos mayores víctimas de violencia y de sus agresores, se estudiaron 118 casos de adultos mayores víctimas de violencia familiar (física, psicológica y sexual). El 87.29% (103) está constituido por mujeres, en un alto porcentaje sin instrucción y dependientes económicamente. Respecto al agresor; el 55.93% (66) son del sexo masculino, en su mayoría casados. El hijo(a) es el principal agresor con un 52.54% (62); mientras la pareja lo es en un 24.58% (29). El 45.76% (54) no tienen trabajo remunerado y otros (as) son desempleados. El 98,31% de los casos de violencia se produce en casa

de la víctima. La violencia psicológica es la más alta (77.12%) y en un segundo lugar se encuentra la violencia física sumada a la psicológica con un 16.10%.

2.2. BASES TEÓRICAS

A. ADULTO MAYOR

a. DEFINICIÓN

Según (Zavaleta, 2012), define a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60 a más años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí solo nada significaría. Esta época coincide con la edad de retiro en la mayoría de los países.

Para (Gallegos, 2012), el adulto mayor es aquella persona también nombrada correctamente viejo que cuenta con una edad cronológica de 60 años o más, que se encuentra en el ciclo vital de la vejez misma que es un periodo de la vida que debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales y familiares que modifican la percepción de sí mismo y va enfrentando el envejecimiento conforme va avanzando su edad, ya que este es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales.

Así mismo (Nápoles, 2012), refiere que los adultos mayores es un grupo heterogéneo integrado por individuos de diferentes generaciones (tercera y cuarta edad) que han tenido importantes diferencias en su pasado laboral, social y cultural.

b. CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR

➤ Cambios Biológicos

Todas las células presentan cambios con el envejecimiento y por extensión también los tejidos y órganos, ya que éstas los forman.

Con el paso de los años los órganos cambian de forma gradual y progresiva, con una disminución de su función, es decir, una pérdida de la capacidad para realizar su trabajo, de manera que ante un evento estresante (enfermedad, cambios en el medio ambiente o en el ritmo de vida, etc.) el organismo no puede dar respuesta a un aumento de las necesidades corporales.

Aunque muchos de estos cambios son muy característicos del envejecimiento, éstos ocurren a un ritmo y una intensidad diferentes, de manera que no hay forma de predecir con exactitud cómo se va a envejecer. Cada individuo envejece de una forma única y a un ritmo individualizado.

➤ Cambios Psicológicos

• Envejecimiento de las capacidades intelectuales

Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

• Carácter y personalidad

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

➤ **Cambios Sociales**

• **Cambios del rol individual**

Los individuos en su última etapa de vida se hacen conciencia de que la muerte está cerca. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas.

La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad.

• **Cambios del rol laboral**

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas (Martínez, 2005).

c. PÉRDIDAS DURANTE LA ANCIANIDAD

➤ **Pérdidas Físicas**

Estas pérdidas están relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, es decir debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el anciano sano o enfermo.

Entre las pérdidas físicas están: La pérdida o disminución de la capacidad del funcionamiento en general, la pérdida o disminución en la movilidad, la pérdida o disminución en el estado de salud, la pérdida o disminución en la capacidad sexual.

➤ **Pérdidas Sociales**

Esto es pérdida del trabajo a eventos continuos y progresivos a través del ciclo de la vida, entre ellas están: Pérdida del trabajo por la jubilación, pérdida de status, pérdida de amigos, pérdida de ingresos económicos, pérdida de roles (amigos, compañeros, rol laboral, etc.), pérdida del cónyuge por muerte, pérdida de posesiones. Los problemas que llevan dichas pérdidas son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo cual genera frustraciones y sensación de malestar.

➤ **Pérdidas Psicológicas**

Estas pérdidas se sufren a consecuencia de: Pérdida o disminución de la autoestima, pérdida o disminución en la sensación de bienestar con uno mismo, pérdida en el manejo de decisiones o control sobre su vida, pérdida o disminución en la capacidad mental (Torres, 2008).

d. SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL ADULTO MAYOR

La salud física en el adulto mayor consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorespiratorias, musculares, la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo.

La salud mental, especialmente del adulto mayor, no solo se trata de patologías que lo perturban, sino de un estado de bienestar de la persona, superando tensiones normales de la vida (Muñoz, 2010)

B. FAMILIA

a. DEFINICIÓN

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos 2009, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos:

- **Vínculos de afinidad.** Derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia.

- **Vínculos de consanguinidad.** Es la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

b. TIPOS DE FAMILIA

- **Familia nuclear.** Padres e hijos (si los hay); también se conoce como "círculo familiar".

- **Familia extensa.** Además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.

- **Familia mono parental.** En la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.

- **Otros tipos de familias.** Aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable. El Día Internacional de la Familia se celebra el 15 de mayo (Enciclopedia Británica en Español, 2009).

c. FAMILIA CON EL ADULTO MAYOR

La familia juega un papel fundamental con relación al Adulto Mayor en la parte afectiva. Los Adultos Mayores en la mayoría de veces se sienten aislados o utilizados por sus mismos familiares, en la manera que no les permiten tener sus propios espacios, ya que los limitan a realizar tareas de tipo domesticas como cuidar los nietos, hacer mandados entre otras. Logrando así, que estas personas pierdan su autoestima y cada vez se valoren de manera negativa ante los demás, porque se sienten frustrados ante lo que prefieren hacer en realidad y no les permiten realizar.

Es importante tener en cuenta que no es la etapa de la vejez la causante de que las personas se vuelvan dependientes, si no que es la sociedad y principalmente la familia, en la mayoría de los casos, que hacen con su manera de proceder ante los Adultos Mayores que estos se conviertan en seres inactivos ya que siempre los miran con lastima y sobre todo con una perspectiva asistencialista, cuando estas personas tiene tanto potencial para aportar a la generación de hoy en día.

Entre el adulto mayor y su familia se establece una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana que le permitan seguir sintiéndose útil. Estas relaciones juegan un papel primordial en el anciano y en su bienestar psicológico, ya que les ayuda a mantener la salud y la autoestima y disminuyen el sentimiento de soledad.

La importancia de la familia para el adulto mayor es brindar la ayuda que pudiera necesitar, ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer (Castañeda, 2011).

C. MALTRATO

a. DEFINICIÓN

Según (Barahona, 2009). Conducta violenta cuando se dirige a dañar o destruir a una persona, puede ocurrir 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.

Y la OMS, citado por (Barahona, 2009). Menciona que es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones.

b. TIPOS DE MALTRATO

➤ Maltrato Físico

Uso de la fuerza física en contra de una persona que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente y en casos extremos, la muerte.

Se manifiesta, entre otros, mediante empujones o zamarreos, cachetadas, puñetes, patadas, golpes con objetos, pellizcones, quemaduras, inmovilización, sujeción mecánica o uso inapropiado de medicación por la fuerza.

➤ Maltrato Psicológico

Acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o atentan contra la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona.

Se manifiesta a través de insultos y agresiones verbales, amenazas de aislamiento, abandono o institucionalización, intimidaciones, humillaciones, ridiculización, silencios ofensivos, no

respeto a sus creencias, rechazo a sus deseos y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada.

➤ **Maltrato Patrimonial**

Mal uso, explotación o apropiación de los bienes de la persona mayor por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado, fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio.

➤ **Maltrato Financiero**

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

➤ **Maltrato por Negligencia**

Es el incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones propias del cuidado para satisfacer las necesidades vitales de una persona (higiene, vestido, administración de medicamentos, cuidados médicos, no realización de cambios posturales o cambio de pañales).

La negligencia puede ser activa o pasiva:

- **Negligencia activa.** Ocurre cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona los cuidados necesarios para su condición, cuando por sí mismo no es capaz de proveérselos. Es un descuido intencional y deliberado.
- **Negligencia pasiva.** Cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios a una persona. Ocurre por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario.
- **Auto negligencia.** Comportamiento de una persona que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.

➤ **Maltrato por Abandono**

Se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de una persona, o que habiendo asumido su cuidado o custodia, lo desampara de manera voluntaria.

➤ **Maltrato Estructural**

Ocurre cuando no se han generado las condiciones para la adecuada satisfacción de las necesidades básicas de las personas, afectando el ejercicio de los derechos humanos y ciudadanos.

➤ **Maltrato Sexual**

Realización de actos sexuales con una persona sin su consentimiento, empleando fuerza, amenaza o aprovechándose de que existe un deterioro cognitivo que lo incapacita para dar dicho consentimiento (Barbero, 2007).

c. FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE MALTRATO

- Deterioro físico.
- Dependencia financiera.
- Dependencia física.
- Dependencia emocional.
- Aislamiento social.
- Pobreza.
- Antecedentes de maltrato doméstico.
- Mayor de 75 años.
- Viudez.
- Deterioro reciente de la salud.
- Deterioro cognitivo y alteraciones de la conducta (incontinencia, agresividad, agitación, deambulación).
- Depresión.
- Demencia.
- Baja autoestima (Morales, 2007).

d. MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA

El maltrato al Adulto Mayor en la familia es perpetrado por uno de sus miembros que suele ser el principal cuidador.

Los tipos más frecuentes de maltrato en el ámbito familiar se refieren a maltrato psicológico, negligencia, abandono y abuso patrimonial.

Inicialmente el maltrato al adulto mayor se consideró como un problema privado y las investigaciones se centraron en las características de víctimas y maltratados como unidades dinámicas dentro de las familias, poniendo énfasis en la patología, enfermedad mental o discapacidad cognitiva como factores determinantes e influyentes del maltrato. Últimamente se le ha identificado como un problema social ligado al envejecimiento de la población. Se plantea así que factores estructurales y sociales inciden en la ocurrencia del maltrato a las personas mayores, por tanto no se reduce sólo al ámbito familiar (Muñoz, 2007).

2.3. HIPÓTESIS

- ✓ **H1:** Existe relación entre el maltrato del adulto mayor y el entorno familiar en la urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota.
- ✓ **H2:** No existe relación entre el maltrato del adulto mayor y el entorno familiar en la urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota.

2.4. VARIABLES

✓ VARIABLE INDEPENDIENTE (VI): ENTORNO FAMILIAR

➤ DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Es el hábitat o contexto socioeconómico y cultural que rodea a un individuo, y tiene múltiples interrelaciones que dan significación al entorno y gravitan sobre este. Para esta investigación disponen las características y el contexto del adulto mayor, sujeto de estudio (Moliner, 2005).

➤ **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

- Tipo de familia.
- Tamaño familiar.
- Composición familiar actual.
- Jefe de la familia.
- Actualmente con quien vive.
- Numero de hijos.
- En casa de cuantos de sus hijos, ha vivido hasta ahora.
- Recibe visita de sus hijos.
- Con quien dialoga.
- Relación con su familia.
- Toma decisiones.
- Cuando usted expresa que no esta de acuerdo con la decisión de su familia ellos reaccionan.
- Su familia le demuestra afecto.
- Se siente aislado de su familia en relación a donde vive.
- Cuando se enferma quien los cuida.

✓ **VARIABLE DEPENDIENTE (VD): MALTRATO DEL ADULTO MAYOR**

➤ **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

Es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra una persona mayor de 60 años, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Panamericana para la Salud, 2004).

➤ **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

• **Maltrato percibido**

Aquel adulto mayor de 60 años que percibe el maltrato, en los temas de la encuesta.

- **Maltrato no percibido**

Aquel adulto mayor de 60 años que no presenta maltrato, en los temas de la encuesta.

Tipos de maltrato percibido

Definición Conceptual

Es aquella apreciación subjetiva de la clase de daño intencional, físico, emocional o por abandono que percibe el anciano.

a. Maltrato familiar físico

Definición Conceptual

Son las agresiones físicas que manifiesta haber recibido el anciano por parte de una o varias personas con las que vive.

Definición Operacional

- Golpes.
- Palizas.
- Quemaduras.
- Contusiones.
- Fracturas.

b. Maltrato psicológico

Definición Conceptual

Son las acciones que conllevan al deterioro de la integridad emocional del anciano y son generados por carencias afectivas, agresiones verbales o como consecuencia de otros tipos de maltratos.

Definición Operacional

- Amenazas.
- Descalificaciones.
- Aislamientos.
- Incultos.
- Criticas.

c. Maltrato familiar por abandono

Definición Conceptual

Es la carencia parcial o total de atención a las necesidades primarias y afectivas percibidas por el anciano.

Definición Operacional

- Privación de comidas.
- Privación de vivienda.
- No contar con asistencia médica.
- Privación de vestido.

CAPÍTULO III EL DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, correlacional y analítico.

Descriptivo. Permite describir y caracterizar la situación de las variables de estudio; Maltrato del Adulto Mayor en relación con el Entorno Familiar. (Velázquez, 1999), indican que una investigación es descriptiva cuando permite describir y lograr caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta.

Correlacional. Porque tiene el propósito de medir la relación entre el Maltrato del Adulto Mayor y el Entorno Familiar (Velázquez, 1999).

Analítico. Porque permite explicar cómo se da la relación entre las variables de estudio (Velázquez, 1999).

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo se realizó en la ciudad de Chota, que se ubica en la región Cajamarca, al centro del departamento de Cajamarca en la zona sierra norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Acunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca o a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque. Los límites del distrito de Chota son: Por el Norte: Los distritos de Chiguirip y Conchán, por el Oeste: Con el distrito de Lajas, por el Sur: Bambamarca, distrito y capital de Hualgayoc y por Este: Con el distrito de Chalamarca.

Las características más importantes que muestran las familias chotanas son: El padre como jefe o cabeza de la familia, el padre es el proveedor principal del sustento de la familia, la madre con un rol definido de cuidar a los hijos y mantener la casa, en algunos casos no trabajan en el exterior del hogar, matrimonios según las normas o pautas religiosas.

La Urbanización Santa Eulalia se encuentra al norte de la ciudad de Chota, cuenta con 374 viviendas, 1870 habitantes y 50 adultos mayores, dicha urbanización tiene como límites: Prolongación Anaximandro Vega, Jr. José Osores, Psje. Inocencio Consanchillon, Jr. 27 de Noviembre, Jr. San Martín, Jr. Santa Rosa, Jr. Juan Wenseslao Campos, Psje. Pedro Tantallatas, Psje. Guardia Republicana, Av. Todos los Santos, Jr. Benjamín Gálvez, Jr. Adriano Novoa (Vigil, 2013).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población de estudio está conformada por todos los adultos mayores de 60 años a más que residen en la Urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota. Se han identificado 50 personas mayores de 60 años a más, según COFOPRI (2013).

3.3.2. Muestra

La Muestra de estudio está conformada por la misma población de estudio que son 50 personas adultas mayores de 60 años a más.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Conformada por cada uno de los adultos mayores de 60 años a más de la Urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota, sujetos de estudio.

3.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Conformada por todo el contexto socio familiar de los adultos mayores de 60 años a más, sujetos de estudio seleccionados en la Urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota.

3.5.1. Criterios de inclusión

Se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Todos los adultos de 60 años a más, residentes de la Urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota, sujetos de estudio.

- ✓ Adultos mayores de 60 años a más de la Urbanización Santa Eulalia ciudad de Chota que acepten voluntariamente participar en la investigación.
- ✓ Que no manifiestan incapacidad para escuchar, ver, hablar y retardo mental.

3.5.2. Criterios de exclusión

Se tomó en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- ✓ Todos los adultos de 60 años a más, no residentes de la Urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota, sujetos de estudio.
- ✓ Adultos mayores de 60 años a más de la Urbanización Santa Eulalia ciudad de Chota que no acepten voluntariamente participar en la investigación.
- ✓ Que manifiestan incapacidad para escuchar, ver, hablar y retardo mental.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

Este trabajo al ser una investigación cuantitativa se utilizó como instrumento de recolección de datos el cuestionario, y como técnica la entrevista personalizada, la cual nos ayudó a percibir más de cerca la realidad de los adultos mayores en la ciudad de Chota.

3.6.1. Entrevista personalizada

Esta entrevista personalizada implica un proceso de comunicación o conversación con los sujetos de estudio, en la que y durante la cual se aplicó el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. En el contexto de la entrevista permitió a las investigadoras determinar algunas posturas, gestos, tonos de voz, apariencia externa en el vestir, etc., así como estados de ánimo, nivel de interés, disgusto, indiferencia, desprecio, frialdad.

La técnica de entrevista personal fue desarrollada por las investigadoras, previa autorización del Adulto Mayor.

El cuestionario elaborado por las investigadoras contiene las variables e ítems de estudio, fue aplicado durante la entrevista y contiene preguntas abiertas y cerradas. Este instrumento fue sometido a las pruebas de validez y confiabilidad: Juicio de Expertos y Prueba Piloto.

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.7.1. VALIDEZ

La validez del instrumento se realizó mediante el criterio de profesionales expertos en el tema que permitió orientar las preguntas planteadas a los sujetos participantes en la investigación.

3.7.2. CONFIABILIDAD

La confiabilidad se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto en la ciudad de Chota a un grupo de 5 personas adultos mayores con características similares a la muestra del grupo de estudio.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

✓ **Procesamiento de datos:** La información fue recolectada en forma manual, codificada y digitada para su procesamiento estadístico. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19. Los mismos que fueron presentados en cuadros estadísticos. Para la presentación de resultados se utilizó tablas simples las que fueron analizadas posteriormente.

✓ **Análisis de datos:** El análisis se realiza en dos fases:

- **Fase descriptiva.** Se baso en las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos (frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión), contrastándose los hallazgos con antecedentes y bases teóricas tendientes a determinar los objetivos propuestos.
- **Fase inferencial.** Se realizó en base a pruebas estadísticas adecuadas. Se sometió a prueba la hipótesis formulada, y se deducieron las conclusiones en coherencia con los objetivos e hipótesis contrastada.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

✓ **En la ética.** Se tuvo en cuenta los principios éticos que aseguraran la confiabilidad y objetividad del trabajo de investigación:

Autonomía: En la investigación el participante será independiente en todas sus respuestas las cuales no serán influenciadas por parte de otras personas.

Responsabilidad: Es responder de lo que se ha hecho o no se ha hecho; consiste en la necesidad de dar cuenta de los actos ante sí mismo y ante su conciencia.

La no maleficencia: Principio de la bioética que afirma el deber de no hacer a los demás algo que no desean; así mismo es simplemente abstenerse intencionalmente de realizar acciones que puedan causar daño. Se recogió la información luego que el participante firmó el consentimiento.

Consentimiento informado: Se solicitó la autorización de cada uno de los Adultos Mayores de la Urbanización Santa Eulalia de la ciudad de Chota, a través del documento de consentimiento informado, quienes registraron su participación voluntaria luego de ser informados en forma clara y concisa del propósito y la modalidad de la investigación.

Privacidad: Se tendrá en cuenta desde el inicio de la investigación respetando el anonimato de las personas entrevistadas.

Confidencialidad: La información recolectada fue confidencial, utilizada solo para fines de la investigación.

✓ **El rigor científico:** Estuvo dado por los criterios que determinan la fiabilidad de la información cuantitativa. Se identificó los siguientes criterios:

Credibilidad: Referida a los resultados de la investigación, los cuales serán verdaderos para los sujetos de la investigación y para los investigados.

Aplicabilidad: Busca aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encuentren personas pasando por experiencias semejantes. Nuestra investigación se realizó en el área urbana el mismo que puede ser aplicada en cualquier otro lugar con una población que cumpla las mismas características pero que siempre será respetando la originalidad del trabajo de investigación.

Auditabilidad: Se asegurará la comprensión de los diferentes momentos y de la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores.

Confirmabilidad: Tendrá en cuenta la neutralidad en la investigación. La Confirmabilidad garantizará que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estuvieran apoyados por los datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 1.1. Características Socio Demográficas de la Población Adulto Mayor. Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.

Características Socio Demográficas		Nº	%
Edad (años)	60 – 69	21	42.0
	70 – 79	21	42.0
	80 a más	8	16.0
	Total	50	100.0
Sexo	Masculino	19	38.0
	Femenino	31	62.0
	Total	50	100.0
Estado civil	Soltero	4	8.0
	Conviviente	7	14.0
	Casado	15	30.0
	Separado	5	10.0
	Divorciado	2	4.0
	Viudo	17	34.0
	Total	50	100.0
Religión	Católica	39	78.0
	No Católica	11	22.0
	Total	50	100.0
Procedencia	Urbano	36	72.0
	Rural	14	28.0
	Total	50	100.0
Ubicación del domicilio	Jirón	28	56.0
	Prolongación	10	20.0
	Pasaje	7	14.0
	Avenida	5	10.0
	Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

En la tabla 1.1. se verifica que de los 50 adultos mayores en estudio, se caracterizan por encontrarse dentro de los rangos de edad de 60-79 años (42%), de sexo femenino (62%), estado civil viudo (34%) y casado (30%). Profesan la religión católica (78%), son de procedencia urbana (72%) y residen dentro de los perímetros de la ciudad (100%).

Confrontando estas características con los datos de población adulto mayor en nuestro país, registrados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) correspondiente al trimestre enero, febrero, marzo 2013, revela que la población con 60 y más años de edad, denominada personas "adultas mayores" representa el 9.5% del total de población (el 7.9% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1.6% de 80 y más años de edad). De acuerdo al estado civil las cifras son muy diferentes ya que según esta encuesta los casados en la zona urbana llegan al 59.5%, los viudos al 24.9% y otros el 15.6%. Podemos deducir que existen coincidencias en tales aspectos por lo que nuestra población en estudio refleja algunas de las características generales de poblaciones mayores en el Perú. Los datos de viudez, reflejan el mayor porcentaje en la muestra, preocupante, toda vez que representa, para el estudio un gran número de personas, mujeres u hombres solos probablemente con necesidades biopsicosociales no satisfechas. La bibliografía existente en el medio, señala que la viudez es una situación de vulnerabilidad para los varones y para las mujeres, pues pierden a la persona que les prodigaba atenciones y cuidados y que significaba su compañía para enfrentar la vida. Es necesario considerar este aspecto de suma importancia para la salud y el equilibrio psicoafectivo, en la educación en salud en los servicios para personas mayores y, no solamente los aspectos clínicos, como actualmente se viene desarrollando.

Según la edad y el sexo nuestro estudio concuerda con los datos encontrados por Gómez D. (2010), donde el grupo de edades más maltratado fue el de 60 a 69 años, con predominio del sexo femenino.

Entonces se puede decir que la población de adultos mayores son más de sexo femenino conformado en la mayoría por adultos cuya edad no sobre pasa los 79 años.

Tabla 1.2. Características Socio Demográficas de la Población Adulto Mayor. Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.

Características Socio Demográficas		Nº	%
Grado de Instrucción	Sin grado de instrucción	18	36.0
	Primaria incompleta	14	28.0
	Primaria completa	7	14.0
	Secundaria incompleta	2	4.0
	Secundaria completa	4	8.0
	Superior	5	10.0
	Total	50	100.0
Ocupación	Agricultor	2	4.0
	Ganadero	4	8.0
	Comerciante	8	16.0
	Ama de casa	11	22.0
	Jubilado/cesante	5	10.0
	Desocupado	13	26.0
	Varios	5	10.0
	Otros	2	4.0
	Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

En la tabla 1.2. Podemos observar que el grado de instrucción de estos adultos mayores son personas sin grado de instrucción con un 36%, frente a solo el 10% que tienen educación superior. Los resultados de ocupación reflejan el mayor porcentaje de desocupación con un 26% y por sexo la mayor ocupación es ama de casa en un 22%.

La situación de educación en las personas mayores es una situación que a nivel nacional viene registrando, según el Ministerio de Educación (MINEDU), la población adulta mayor analfabeta en el Perú asciende a 609,518 personas, de las cuales 455,886 son mujeres (74.8%) y 153,632 son varones (25.25%). La tasa de analfabetismo de personas adultas mayores representa el 24.4%. Lo que hace que la población adulta mayor de la ciudad de Chota este por encima de esta promedio nacional.

En las investigaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2013, se encontraron datos semejantes, el 23.6% y el 24.0% de los adultos mayores entre 60 y 79 años no presentan instrucción o sólo formación inicial, mientras que esta proporción se eleva entre el 33.4% y 37.6% para los adultos mayores de 80 y más años. Por el contrario, la educación superior casi el doble de frecuente entre los adultos mayores entre 60 y 79 años respecto a los de 80 y más años y, de acuerdo a las necesidades de educación que debe tener la población en general y, particularmente, los adultos mayores, es un aspecto que influencia mucho para su valor en la vida y estabilidad emocional.

Con respecto al grado de instrucción queda claro que los niveles de analfabetismo en la población adulta mayor son altos. Esta situación pone de manifiesto un conjunto de dificultades para el desenvolvimiento de la persona mayor en las actividades de la vida social, como por ejemplo la lectura de periódicos, cobro de pensión, trámites, operaciones bancarias, lectura de una carta poder, entre otros; como también dificulta la búsqueda de ayuda frente a la violencia familiar. El grado de instrucción es relevante. Mientras menos escolaridad tenga una persona, mayor es la posibilidad de que desarrolle y muera de enfermedades contagiosas, lesiones y padecimientos crónicos (como cardiopatías), o que sean víctimas de homicidio o suicidio (Pamuk, Makuc, Heck, Reuben y Lochner, 2008). Esto no significa que el ingreso y el acceso a la educación sean la causa de una buena salud; en vez de ello, se relacionan con factores ambientales y de estilos de vida, que probablemente sean la causa.

La pobreza se asocia con una nutrición deficiente, hogares por abajo de los estándares, exposición a contaminantes y comportamiento violento, y acceso limitado a los servicios de atención médica (Pamuk, 2008). Las personas con mayor nivel educativo y con mejores ingresos tienen dietas más saludables y mejor atención preventiva a la salud y tratamiento médico, se ejercitan más, tienen menor probabilidad de sobrepeso y fuman menos. Tienen mayor probabilidad de consumir alcohol, pero con moderación (Pamuk, 2008).

La ocupación/desocupación son variables de suma importancia a tenerse en cuenta en poblaciones mayores. La investigación muestra un porcentaje elevadísimo de personas adultos mayores desocupados, lo que significa, además de no contar con actividad útil y sentirse útiles por esta razón, personas probablemente con muy poca valorización de su autoestima personal y, por ende, en el seno familiar. Lamentablemente, nuestras políticas sociales en el país no contemplan el proporcionar bienestar integral a todas las personas, mucho menos en el sector salud se contempla esta faceta de la vida cotidiana en el adulto mayor. Sería interesante tener una visión de trabajo en salud con un enfoque de integralidad en las acciones institucionales y un recurso humano de salud con una visión humanitaria de trabajo en salud, para que las acciones se programen en común acuerdo con las reales necesidades biopsicosociales identificadas en los servicios(ENAH0, 2013).

Tabla 1.3. Características Socio Demográficas de la Población Adulto Mayor. Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.

Características Socio Demográficas		Nº	%
Ingresos económicos (salario mínimo)	Menos de 1	12	24.0
	De 1 a 2	28	56.0
	Más de 2	6	12.0
	Ningún	4	8.0
	Total	50	100.0
Procedencia de los ingresos	Pensión	5	10.0
	Pensión de viudez	6	12.0
	Pensión y trabajo	2	4.0
	Trabajo	22	44.0
	No cuenta con ingresos propios	15	30.0
Total	50	100.0	
Recibe apoyo económico	Si	31	62.0
	No	19	38.0
	Total	50	100.0
Gastos de ingresos	Alimentación	2	4.0
	Salud	6	12.0
	Vivienda	1	2.0
	Varios	41	82.0
	Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

De acuerdo a lo observado en la tabla 1.3. Los adultos mayores entrevistados, perciben ingresos económicos de 1 a 2 salarios mínimos (750-1500 nuevos soles) representando el 56%, ingresos que provienen de su trabajo con un 44%, manifiestan que si reciben apoyo económico con un 62% y sus ingresos lo invierten en alimentación, salud y vivienda con un 82%.

Según el INEI (2012) en el Perú. El factor económico constituye un problema importante en los adultos mayores. Los ingresos económicos de la mayoría de éste grupo poblacional provienen de 2 ó más tipos de ingresos adicionales (32,4%) que les permita cubrir sus necesidades.

El aspecto económico es un factor importante a considerar. Por distintos motivos los ingresos del Adulto Mayor se ven disminuidos con el transcurso del tiempo, siendo esto un motivo de preocupación que atenta contra la buena calidad de vida.

Entonces, los datos de la encuesta reflejan que la población adulta mayor, sobre todo femenina está ocupada en tareas domiciliarias, ya que relacionando esta información con la anterior, se observa una gran contradicción al referir los encuestados que en su mayoría se encuentran desocupados.

Tabla 2. Maltrato del Adulto Mayor. Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.

Maltrato	Nº	%
Si	40	80.0
No	10	20.0
Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

Se observa en la tabla 2 que de los 50 adultos mayores en estudio, un número de 40 personas adultas mayores han manifestado ser objeto de maltrato con un 80%. Lo que refleja un altísimo índice de maltrato al adulto mayor en la ciudad de Chota.

Estos datos son muy diferentes a los promedios mundiales que según (Echaurren, 2009), el maltrato en el adulto mayor en países desarrollados muestra una tasa del 3% al 12%, siendo más frecuente en mujeres, el 75% ocurre en la familia y un 25% en instituciones. En Chile nos indica que 1 de cada 3 personas sufre algún tipo de maltrato que se presenta con más frecuencia en mujeres y el maltrato más predominante es el psicológico.

Lo que si esto nos acerca a la realidad nacional que según el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES 2008), en el Perú, mayoritariamente se ejerce agresión y/o maltrato contra los adultos mayores de manera psicológica, llegando hasta el 95%. Siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), la humillación y desvaloración (66%), rechazo (48%), y amenazas de muerte (40%). En menor porcentaje (38%) pero no menos importante se registra la violencia física con bofetadas, empujones, puntapiés, puñetazos y un 2% denunció haber sido víctima de acoso o violencia sexual. No existiendo antecedentes en nuestro departamento y provincia, este estudio y estos datos estarían representando la realidad de nuestra población adulta mayor, muy preocupante, ya que las consecuencias no solamente son significativas en el aspecto físico, sino sobre todo en el aspecto psicoafectivo y emocional.

Según (Teubal, 2004) estudios de depresión en adultos mayores relacionan la problemática con el maltrato y refieren consecuencias más letales como lo es el suicidio. Muchas personas creen que la depresión es normal en la vejez, lo cual es una equivocación. Por esta razón, la depresión en los ancianos no se considera un sufrimiento que debiera ser aliviado y que es innecesario para él y para su familia.

Es necesario estar alertas en las consultas de salud, cuando las personas mayores van a buscar ayuda por diversos problemas de salud y mencionan por ejemplo, desesperanza, tristeza y sentimientos de culpa, ya que son manifestaciones de depresión. Los profesionales de salud, dentro de estos enfermería deberán conocer estas características como son de no querer hablar, de su falta de interés por las actividades que normalmente deberían resultarle placenteras, o de sus penas o el dolor de la muerte o ausencia de un ser querido. El apoyo terapéutico a personas ancianas, hace que recuperen sus capacidades para tener una mejor calidad de vida.

Tabla 3. Opinión del Maltrato del Adulto Mayor. Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.

Opinión	Maltratado		No Maltratado		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agresión (física-psicológica)	21	52.5	9	90.0	30	60.0
Insultos	9	22.5	1	10.0	10	20.0
Abandono de la familia	10	25.0	0	0.0	10	20.0
Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

Según la tabla 3 la información recolectada de las 50 personas adultas mayores sobre qué opinan del maltrato del adulto mayor, un 60% manifestaron que el maltrato es agresión física-psicológica, un 20% insultos y otro 20% abandono de la familia.

Como se puede observar existe una mayoría de adultos mayores que conocen sobre maltrato pero no se encuentran datos sobre los otros tipos de maltrato lo que estaría reflejando que el adulto mayor no reconoce algunos tipos de maltrato, probablemente por el nivel de estudios y, en general el nivel cultural que no les permite identificar, reconocer y ser conscientes de esta problemática, por lo que pasan desapercibidos algunos tipos de maltrato como, por ejemplo el abuso económico, la negligencia financiera y material, entre otros.

Es posible, justificar estos resultados asociados también al temor por hablar respecto al maltrato, que de acuerdo a los resultados generales, un gran porcentaje lo recibe indistintamente de la forma y tipo. Lo que significa para nuestra percepción, un grave problema denominado "silencio por temor", que agudiza la visión integral del problema del maltrato, en general y particularmente de las personas mayores. Es necesario, en los servicios de atención a estos grupos poblacionales, establecer un ambiente terapéutico de confianza y seguridad y manejado por un equipo multidisciplinario, que permita, en primera instancia la captación y el manejo integral de las personas maltratadas, en general, particularmente de los adultos mayores y de su familia.

Tabla 4.1. Características del Maltrato del Adulto Mayor. Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.

Características del Maltrato		Nº	%
Frecuencia que actualmente es maltratado/a	Ocasional (2-5 veces)	40	100.0
	Total	40	100.0
Tipo de maltrato que recibe	Físico	5	12.5
	Psicológico	35	87.5
	Total	40	100.0
Ha recibido golpes o empujones que dañan alguna parte de su organismo	Si	5	12.5
	No	35	87.5
	Total	40	100.0
Cuándo le gritan tiene deseos de	Llorar	10	25.0
	Deprimirse	10	25.0
	Gritar	4	10.0
	Tirar las cosas	6	15.0
	No hacer nada	7	17.5
	Varios	3	7.5
	Total	40	100.0
Le han privado de salir a pasear por	Su seguridad	7	17.5
	Por conservar su salud	16	40.0
	Por aislarlo	9	22.5
	Varios	8	20.0
Total	40	100.0	
Cree que valdría la pena que este tipo de cosas se sepan	Si	27	67.5
	No	13	32.5
	Total	40	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

La tabla 4.1. Nos muestra que de los 40 adultos mayores maltratados, señalan que actualmente han sido maltratados con una frecuencia ocasional, es decir de 2-5 veces, con un 100%. En cuanto al tipo de maltrato que afectan a estos adultos mayores es el psicológico con un 87.5%, un 87.5% no han recibido golpes o empujones que dañan alguna parte de su organismo, cuando le gritan tiene deseos de llorar y deprimirse con un 25%, le han privado de salir a pasear por conservar su salud con un 40% y manifiestan que si valdría la pena que este tipo de cosas se sepan con un 67.5%.

Se podría confirmar de esta manera que, donde existe un ambiente de estrés es donde se produce más maltrato al adulto mayor, lo que confirmaría lo dicho por Diane, Papalia (2009). La causa más común de abuso ocurre debido a un cambio en la situación de la vida familiar. La adición de un dependiente anciano a un hogar puede ser una gran fuente de estrés y, en ocasiones, una carga financiera para las familias.

Diane, E. Papalia Harvey, L. en su obra "Desarrollo del adulto y vejez" (2009), plantean que la asesoría puede ser la solución a este problema, para ayudar a las familias a lidiar tanto con los problemas personales y comportamentales, como a enfrentar el estrés. El apoyo social y los grupos de auto ayuda pueden auxiliar a las víctimas a identificar lo que ocurre, reconocer que no tienen que tolerar el maltrato y encontrar cómo detenerlo o alejarse de él. Serían una manera de promover la disminución del número de víctimas. Es necesario recalcar que el apoyo terapéutico a personas ancianas, hacen que recuperen sus capacidades para tener una mejor calidad de vida. Por ejemplo, estimular actividades grupales entre las personas mayores, de recreo, esparcimiento, distracción, etc. significa oportunidades para mejorar su autoestima, enfrentar el estrés y prevenir mayores problemas mentales.

Tabla 4.2. Características del Maltrato del Adulto Mayor. Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.

Características del Maltrato		Nº	%
De las personas que le maltratan, que son de usted	Esposo(a)	1	2.5
	Hijos(as)	18	45.0
	Otros	21	52.5
	Total	40	100.0
Por qué cree usted que se siente triste	Por su soledad	3	7.5
	Porque lo aíslan	7	17.5
	Porque su familia lo olvida	3	7.5
	Por su edad	15	37.5
	Varios	8	20.0
	Varios	4	10.0
Total	40	100.0	
Cuándo algún suceso le ocasiona tristeza usted	Llora	14	35.0
	Se deprime	14	35.0
	Sale a pasear	5	12.5
	Conversa	5	12.5
	Varios	2	5.0
Total	40	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

La tabla 4.2. nos indica que las personas que maltratan al adulto mayor son otras personas como hermanos(as), cuñados(as), sobrinos(as), yerno, nuera con un 52.5%, seguidamente de sus hijos con un 45%, se sienten tristes por su edad con un 37.5% y, si algún suceso le ocasiona tristeza llora y se deprime con un 35%.

Estos resultados de acuerdo al parentesco del adulto mayor maltratado con la persona que lo maltrata es similar a lo encontrado por Martina, M. (2009) donde el hijo(a) es el principal agresor con un 52.54%, mientras la pareja lo es en un 24.58%, solo que en este caso la pareja ha sido quien ha maltratado menos.

El abuso en ancianos se verifica con más frecuencia en aquellos que son más frágiles y vulnerables y viven con sus cónyuges o sus hijos adultos. En el 90% de todos los casos, el abusador es un miembro de la familia, y en dos tercios de tales situaciones se trata del cónyuge o hijo adulto (Administration on Aging, 2005 citado por Diane, E. Papalia Harvey, L. Desarrollo del adulto y vejez, 2009).

Con respecto a lo que podríamos llamar consecuencias del maltrato, el adulto mayor por ser una persona física y psicológicamente vulnerable el ser maltratado le causa tristeza o tienden a deprimirse lo cual nos hace coincidir con lo dicho por KEIKELAME, J. (2002), quien señala que las consecuencias de la violencia hacia los adultos mayores pueden ser graves. Se trata de personas físicamente débiles y más vulnerables que los adultos más jóvenes, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes. Posiblemente vivan aislados, solos o atribulados por alguna enfermedad.

Numerosos y serios trabajos de investigación demuestran que la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los adultos/as violentados. También se ha señalado que existen otros síntomas asociados con los casos de violencia, como los sentimientos de impotencia, alienación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación y estrés post traumático y, a decir de algunos adultos/as mayores, se enferman del corazón. Entre las consecuencias psicológicas de la violencia, se suelen encontrar tasas elevadas de angustia, ansiedad, estrés postraumático, depresión, comportamiento suicida y conducta antisocial. Además se producen secuelas irreparables como sufrimiento de duelo persistente por muerte y desesperación de familiares, situaciones de viudez, obligación de vivir en medios extraños y mayor pobreza.

Según (Teubal, 2004) varios estudios han encontrado que la depresión, las ideas suicidas y los sentimientos de infelicidad, vergüenza o culpabilidad son comunes entre las víctimas. Por su parte, los agresores presentan problemas psicológicos y de abuso de sustancias con mayor frecuencia que aquellos cuidadores que no muestran conductas abusivas. El trastorno psicológico que predomina entre los agresores de personas mayores es la depresión. El abuso de sustancias tóxicas y, particularmente, el alcoholismo, es un resultado comprobado por la gran mayoría de investigadores, habiéndose asociado con situaciones de maltrato continuado y severo. Asimismo, es más común entre los agresores que incurren en maltrato físico (7 de cada 9) que entre los que cometen negligencia (1 de cada 9).

En todos los casos de maltrato, sea físico, psicológico, o de otro tipo, es el personal de salud que debe establecer las estrategias necesarias para reconocer, prevenir e intervenir en su manejo terapéutico. Papel importante desempeña en estas acciones el profesional de enfermería, dentro de la atención en el Primer Nivel en las instituciones de salud.

**Tabla 5.1. Características del Entorno Familiar del Adulto Mayor.
Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.**

Entorno Familiar		Maltratados		No Maltratados		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de familia	Familia nuclear	0	0	10	100.0	10	20.0
	Familia extensa	39	97.5	0	0.0	39	78.0
	Familia mono parental	1	2.5	0	0.0	1	2.0
	Total	40	100.0	10	0.0	50	100.0
Tamaño familiar (integrantes)	De 0 a 2	0	0.0	3	30.0	3	6.0
	De 3 a 4	20	50.0	7	70.0	27	54.0
	De 5 a más	20	50.0	0	0.0	20	40.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Composición familiar actual	Espos(a)/conviviente, hijos(as)	13	32.5	10	100.0	23	46.0
	Hijos/hijas	5	12.5	0	0.0	5	10.0
	Hijos/hijas, nietos, varios	15	37.5	0	0.0	15	30.0
	Sobrinos, varios	7	17.5	0	0.0	7	14.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Jefe de la familia	Persona entrevistada	11	27.5	3	30.0	14	28.0
	Otros	29	72.5	7	70.0	36	72.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Actualmente usted vive	Con sus hijos(as)	1	2.5	2	20.0	3	6.0
	Varios	38	95.0	1	10.0	39	78.0
	Otros	1	2.5	7	70.0	8	16.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Número de hijos	No tiene	4	10.0	1	10.0	5	10.0
	Hijos	36	90.0	9	90.0	45	90.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
En casa de cuántos de sus hijos, usted ha vivido hasta ahora	De nadie	17	42.5	4	40.0	21	42.0
	De 1 hijo	14	35.0	4	40.0	18	36.0
	De 2 a 4 hijos	6	15.0	2	20.0	8	16.0
	Más de 4 hijos	3	7.5	0	0.0	3	6.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

Como se verifica en la tabla 5.1. las personas adultas mayores maltratadas provienen de familias extensas con un 97.5%; su tamaño familiar es de 3 y de 5 a más integrantes con un 50%; su composición familiar actual lo constituyen sus hijos/hijas, nietos con un 37.5%; en cuanto al jefe de la familia señalan que son otras personas con un 72.5%; actualmente viven con varias personas con un 95%, en relación con el número de hijos el 90% señalo si tener hijos y manifiestan que no han vivido en casa de ningún hijo, con un 42.5%.

Estos resultados nos muestran, por si solos, que en una familia extensa hay más maltrato al adulto mayor, situaciones que probablemente se dan debido a que existe un mayor número de personas que tienen mayores necesidades y podrían ocasionar más tensión, que no saben resolver sus problemas y, hacen uso de la fuerza para, según sus vivencias, solucionarlos.

Es necesario comprender que el anciano, dentro de la gran familia presenta una doble situación característica: una de ellas, generalmente coincide con la primera etapa de la ancianidad, en la cual puede verse mermada su capacidad física, lo que lo obligaba al retiro, o por el contrario constituye una especie de retiro voluntario pero manteniendo su status de jefe de familia. La segunda, coincide con la plenitud física y psíquica de su hijo mayor, el cual de modo paulatino va asumiendo las funciones de jefe de familia, lo que haría que al adulto mayor que vive en este tipo de familias sea más vulnerable a sufrir más maltrato. Cuando la persona adulta ya no es el jefe de la familia significa pérdida del poder y podría sentirse maltratada, según avanza la edad. Es posible, que en las familias estudiadas del presente estudio, se esté presentando esta situación, de pérdida de espacio, de poder, de organización del hogar, lo que consecuentemente va a generar comportamientos de baja autoestima y depresión.

En la sociedad latinoamericana y peruana, en particular, los hogares son entendidos como conjuntos de individuos que, unidos o no por relaciones de consanguinidad, viven bajo un mismo techo y comparten un gasto común, y cuya organización considera rasgos de conflicto y de solidaridad entre sus integrantes. Algunos autores como Selby (2004) consideran que lo que

distingue al hogar es la coresidencia, sin embargo, en documentos oficiales existe un uso indistinto de los términos familia y hogares, así como también de la unidad doméstica. Al respecto, se hace necesario profundizar en investigaciones las relaciones de la familia con las personas de la tercera y cuarta edad, resultados que serían de mucha utilidad para el trabajo de salud familiar que intenta implementarse en las instituciones de salud, de acuerdo a los lineamientos del MINSA.

**Tabla 5.2. Características del Entorno Familiar del Adulto Mayor.
Urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota - Cajamarca 2013.**

Entorno Familiar		Maltratados		No Maltratados		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuántas veces recibe visita de sus hijos(as)	Todos los días	14	35.0	2	20.0	16	32.0
	1 vez por semana	18	45.0	5	50.0	23	46.0
	1 vez al mes	5	12.5	1	10.0	6	12.0
	1 vez al año	3	7.5	2	20.0	5	10.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Con quién dialoga	Pareja	5	12.5	4	40.0	9	18.0
	Hijos	11	27.5	1	10.0	12	24.0
	Nietos	1	2.5	0	0.0	1	2.0
	Con todos los integrantes de la familia	22	55.0	5	50.0	27	54.0
	Otros	1	2.5	0	0.0	1	2.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Relación con su familia	Buena	26	65.0	9	90.0	35	70.0
	Regular	14	35.0	1	10.0	15	30.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Toma usted decisiones	Solo	16	40.0	6	60.0	22	44.0
	Con ayuda de los demás	24	60.0	4	40.0	28	56.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Cuándo usted expresa que no está de acuerdo con la decisión de su familia, ellos reaccionan	Gritándole	7	17.5	0	0.0	7	14.0
	Le humillan	6	15.0	0	0.0	6	12.0
	Le ignoran	10	25.0	0	0.0	10	20.0
	Le agradecen	17	42.5	10	100.0	27	54.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Su familia le demuestra afecto	Si	36	90.0	10	100.0	46	92.0
	No	4	10.0	0	0.0	4	8.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Se siente aislado de su familia en relación a donde vive	Si	7	17.5	1	10.0	8	16.0
	No	33	82.5	9	90.0	42	84.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Cuándo usted se enferma quién lo cuida	Familia	40	100.0	10	100.0	50	100.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

Analizando la tabla 5.2. se observa, que de los adultos mayores maltratados, han recibido visitas de sus hijos 1 vez por semana con un 45%, dialogan con todos los integrantes de la familia con un 55%, toman decisiones con ayuda de los demás un 60%, cuando expresan que no están de acuerdo con la decisión de su familia ellos le agradecen con un 42.5%, su familia le demuestra afecto con un 90%, no se sienten aislados de su familia en relación a donde viven con un 82.5% y cuando se enferma lo cuida su familia con un 100%.

Sin embargo, vale resaltar que la persona mayor, sujetos de estudio, solamente en un gran porcentaje, reciben visita de la familia una vez por semana. Cabría preguntarse, es que solamente una vez, y posiblemente por corto tiempo, la persona necesita sentirse acompañada, que principalmente su familia es un soporte, una compañía, un consuelo para su soledad y una ayuda para sus limitaciones. Se requiere trabajar con la familia de personas mayores, para la toma de conciencia de los derechos de la persona mayor en la familia y de los deberes de la familia para con ellos.

Los profesionales de salud, médico, enfermera, principalmente se involucran con el trabajo de Salud Familiar, en las instituciones de salud, de acuerdo a los lineamientos del MINSA (2005), y nuestra visión al respecto, del rol de enfermería, en particular, es que estas instituciones promuevan estrategias de trabajo real y objetivo en las familias, a través de las especializaciones y capacitaciones, toda vez que la formación de pregrado no cubre todas las expectativas. Países como Cuba, históricamente viene desarrollando la estrategia de "Médico y Enfermera de familia", que se reconoce como importancia internacional por el alcance que tiene para llegar a la población con medidas preventivas y de promoción de la salud. Será posible que en un futuro no muy lejano, se replique estas extraordinarias experiencias en el campo de la salud. Consideramos que el trabajo debe ser multidisciplinario, intercultural y, sobre todo con enfoque humanitario de integralidad.

Según Luis Fernando Varela Pinedo, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en su obra de primera Edición, "Principios de la Geriátrica y Gerontología", publicado en Lima, Marzo del 2003, refiere que en la familia se origina un conjunto de relaciones que dan centralidad a las relaciones humanas. De esta forma, las relaciones familiares pueden ser: de pareja o conyugales, de filiación o parentalidad (padres a hijos), de fraternidad (entre hermanos) y de género; de la misma manera, en la familia se sintetizan dinámicas biológicas, demográficas, económicas, psicosociales y culturales.

A su vez, Arriagada (2002) destaca a la familia como un espacio de acción primordial, porque ahí se definen las dimensiones básicas de la seguridad humana que son la reproducción material y la integración social de las personas. Y es ahí donde también se produce el maltrato.

Con respecto a la toma de decisiones, hay nuevos modelos de relaciones familiares más democráticas, en donde tanto la pareja como los hijos participan de las decisiones familiares, o bien tienen la capacidad para tomar decisiones que les atañen de manera individual. En este sentido, las familias que parecen contar con mejores elementos de protección para los hijos y los adultos mayores, son aquellas en las que existen relaciones más igualitarias entre los géneros y las generaciones, así como una mejor comunicación. Según el Observatorio de Familia, padres y madres con mayor escolaridad y ocupaciones no manuales tienden a tener mejores relaciones con sus hijos y con los adultos mayores, así como brindarles más tiempo de calidad, y apoyo socio afectivo para el logro de sus metas.

Sin embargo, podríamos concluir que en los datos de la encuesta se observa una gran contradicción por parte de los adultos mayores maltratados al referir que en su mayoría dialogan con todos los integrantes de la familia, que la relación con su familia es buena, cuando expresan que no están de acuerdo con la decisión de su familia ellos lo agradecen, manifiestan que su familia si le demuestra afecto, no se sienten aislados de su familia en relación a donde viven y cuando se enferma lo cuida su familia.

Insistimos como profesionales de enfermería, en que la formación del profesional de salud, debe incluir principalmente las temáticas de Salud Familiar, con todos los elementos sistémicos necesarios para propiciar el planeamiento de intervenciones asertivas y objetivas, para el trabajo de salud en el primer nivel de atención.

**Tabla 6. Salud Enfermedad del Entorno Familiar del Adulto Mayor.
Urbanización Santa Eulalia Ciudad De Chota - Cajamarca 2013.**

Salud - Enfermedad		Maltratados		No Maltratados		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumo medicamentos	Si	38	95.0	9	90.0	47	94.0
	No	2	5.0	1	10.0	3	6.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Tiene actualmente alguna enfermedad	Si	38	95.0	10	100.0	48	96.0
	No	2	5.0	0	0.0	2	4.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Qué enfermedad	Respiratorios	5	12.5	4	40.0	9	18.0
	Cardiacos	1	2.5	2	20.0	3	6.0
	Hipertensión Arterial	15	37.5	1	10.0	16	32.0
	Diabetes	2	5.0	0	0.0	2	4.0
	Osteoartritis	11	27.5	2	20.0	13	26.0
	Otros	6	15.0	1	10.0	7	14.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
Actualmente usted se siente impedido de realizar sus actividades diarias por	Problemas visuales	4	10.0	0	0.0	4	8.0
	Problemas auditivos	3	7.5	2	20.0	5	10.0
	Problemas de articulación	9	22.5	3	30.0	12	24.0
	Varios	11	27.5	0	0.0	11	22.0
	Ninguno	13	32.5	5	50.0	18	36.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0
A dónde acude cuando se enferma	Hospital	19	47.5	5	50.0	24	48.0
	Centro de salud	1	2.5	0	0.0	1	2.0
	Farmacia	4	10.0	2	20.0	6	12.0
	Varios	12	30.0	2	20.0	14	28.0
	Otros	4	10.0	1	10.0	5	10.0
	Total	40	100.0	10	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por las investigadoras.

En la tabla 6 se encuentran que de las personas adultos mayores maltratados, el 95% consumen medicamentos, mencionan que actualmente si presentan alguna enfermedad con un 95%, siendo la hipertensión arterial con un 37.5%, actualmente no se sienten impedidos de realizar sus actividades diarias con un 32.5% y manifiestan que cuando se enferman acuden al hospital con un 47.5%. El adulto mayor, conforme avanza la edad tiende a ser un consumidor de

fármacos ya que a medida que avanza la edad aparecen y agravan las enfermedades.

Corujo, E (2008) refiere, que la mayor parte de los autores están de acuerdo en que en la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto. Uno de los problemas, que se presenta con mayor daño estructural en los Programas del Adulto Mayor (PAM), es la hipertensión arterial (HTA), la cual se asocia a la presencia de otras enfermedades cardiovasculares. Se ha estimado que 1/3 de los individuos mayores de 35 años presentan algún signo de artrosis, con una prevalencia que aumenta con la edad. Otra enfermedad que afecta al adulto mayor es la diabetes. También consideran que los fármacos prescritos por el médico, los prescritos por diversos especialistas y la propia automedicación suman al final una numerosa lista que el anciano cumple de forma más o menos regular.

Algunos de ellos pueden interaccionar entre sí, producir efectos secundarios, con signos y síntomas que complican el proceso diagnóstico. Los ancianos más frágiles con deterioro cognitivo o problemas sensoriales, presentan mayor riesgo de confundir la posología y, por tanto, aumenta el riesgo de errores en las tomas, con la consiguiente iatrogenia. Con lo cual, se puede concluir que la población adulta mayor de Chota, no es ajena a esta realidad que tiende a hacer a la población adulta mayor frágil vulnerable y por lo tanto también ser un riesgo para ser víctimas del maltrato.

Con respecto a los fármacos y las enfermedades se considerara que problemas relacionados con el tratamiento de las enfermedades en las PAM, el incumplimiento en el tratamiento (debido al olvido frecuente de la toma de los medicamentos) y la polifarmacia, cuyas principales razones son la mayor esperanza de vida y consecuencias negativas, como mayor riesgo de efectos adversos por interacciones y disminución de la eficacia de los medicamentos. Por ello se debe evaluar un nuevo enfoque para el tratamiento de las PAM, en el cual se conciba esta etapa como un proceso activo y saludable, que les permita tener mejores y adecuados niveles de autoestima y desarrollo de relaciones interpersonales.

CONCLUSIONES

- ✓ Los adultos mayores de la ciudad de Chota tienen ciertas particularidades socio demográficas que se resumen como: en la mayoría tienen de 60-79 años, sexo femenino, de estado civil viudo, una tercera parte casado. En la gran mayoría profesan la religión católica, de procedencia urbana y residen dentro de los perímetros de la ciudad. Estos adultos mayores son personas sin grado de instrucción más de una tercera parte. Los resultados de ocupación reflejan el mayor porcentaje de desocupación y por sexo la mayor ocupación es ama de casa.
- ✓ Las características del entorno familiar del adulto mayor maltratado en Chota están relacionadas al tipo de familia y dentro de este la familia nuclear y extensa, la cantidad de personas con las que vive como nietos, nueras, hijos hace que el adulto sea maltratado, y donde el adulto mayor ya no es el jefe de la familia determina se quede sin poder, por lo cual se relaciona a que el adulto mayor no tome decisiones.
- ✓ El maltrato al adulto mayor en Chota en cuanto a frecuencia es ocasional de 2-5 veces por semana. En cuanto al tipo de maltrato en su gran mayoría es el psicológico, lo que hace que el adulto no menciona que haya recibido golpes o empujones que dañan alguna parte de su organismo: La reacción al maltrato psicológico es el deseo de llorar y deprimirse.
- ✓ Los resultados en la investigación permitieron verificar los supuestos hipotéticos, en términos de que el entorno familiar con las características: de ser una familia extensa, consumir medicamentos, son determinantes del maltrato familiar al adulto mayor.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- ✓ El sistema de salud debe de implantar protocolos específicos para detectar no sólo el maltrato, también la presencia de adultos mayores que convivan en hogares con víctimas de violencia así como implementar un plan de acción frente a estos casos.
- ✓ Capacitación del personal salud, particularmente, de enfermería en la temática de prevención y manejo del maltrato al adulto mayor.
- ✓ Establecer vínculos salud y educación para implementar modalidades formativas de estudiantes y profesionales en temas de salud familiar y salud de las personas mayores, específicamente.

A la Universidad Nacional de Cajamarca

- ✓ Continuar implementando el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a profundizar en el estudio de otros aspectos relacionados con la problemática de salud de las personas adulto mayores, aplicando no solamente diseños cuantitativos, sino también enfoques cualitativos y fenomenológicos, en particular.
- ✓ Es necesario realizar investigaciones sobre el maltrato de personas mayores, para conocer el alcance real del maltrato, facilitar la detección de estos casos a partir de la identificación de los factores de riesgo y contribuir a la comprensión del fenómeno. Sólo a través de este proceso se puede llegar a la creación de las políticas e implantación de los recursos más apropiados en estos casos.
- ✓ Difundir las experiencias obtenidas en estudios pertenecientes a diferentes contextos.

A los Alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca Sede-Chota

- ✓ Realizar investigaciones futuras de este tema, para mantener actualizada la información y así poder ayudar a desvelar estos problemas.
- ✓ Realizar campañas para el diagnóstico e intervención de los casos encontrados con problemas de maltrato hacia el adulto mayor.

- ✓ Brindar información sobre el tema y las medidas que se deberían tomar para el control de este problema, con la realización de talleres dirigidos a la población en general.

A la Municipalidad

- ✓ Proporcionar presupuesto para la creación de ambientes para acoger al adulto mayor en caso de maltrato o abandono.
- ✓ Incluir presupuesto para las actividades y campañas preventivas-promocionales que actúen directamente frente al problema.
- ✓ Crear una institución en donde se puede orientar, realizar las denuncias y orientación en caso de maltrato específicamente hacia el adulto mayor ya que en la provincia de Chota no existe.
- ✓ Realizar campañas contra el maltrato hacia el adulto mayor haciendo participe a los adultos mayores para que ellos estén orientados sobre este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ávila, M (2009). Prevalencia de maltrato doméstico en adultos mayores. Policlínica Alcides Pino. Holguín. 2009. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JzcCNeWirG8J:www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/download/647/519+Prevalencia+de+maltrato+dom%3%A9stico+en+adultos+mayores.&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>. Fecha de acceso: 25-03-13.
2. Arriagada (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/19349/lcg2180e_Arriagada.pdf.
3. Bustamante, S (2007). Maltrato familiar del anciano beneficiario. Trujillo, Perú. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=229277&indexSearch=ID>. Fecha de acceso: 02-04-13.
4. Barahona. L. Violencia al Adulto Mayor. Lima 2009. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2009/oct-dic/177-181.html>. Fecha de acceso: 14/05/13.
5. Barbero, J (2007). Guía de prevención del maltrato en personas mayores. Disponible en: http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Guia_sobre_Maltrato_a_l_Adulto_Mayor_2007.pdf. Fecha de acceso: 21/05/13.
6. Borges et al. 2004, en OPS Monteiro, Maristela G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS, 2007.

7. CAM (2008). Programa nacional contra la violencia familiar y sexual 2008. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Caritas_Peru_ponencia_maltrato_al_adultomayor.pdf. Fecha de acceso: 11-03-13.
8. Cáritas Bienestar del Adulto Mayor (2003). Problemática del abuso y maltrato del adulto mayor en la sociedad. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Caritas_Peru_ponencia_maltrato_al_adultomayor.pdf. Fecha de acceso: 13-03-13.
9. Castañeda, Y. Adulto Mayor. Lima 2011. Disponible en: <http://psicologiaevolutivasecc1.blogspot.com/2011/06/adulto-mayor.html>. Fecha de acceso: 08/05/13.
10. Corujo, E (2008). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/94381519/Cambios-en-El-Adulto-Mayor>.
11. Diane, E. Papalia Harvey, L. en su obra "Desarrollo del adulto y vejez". Tercera edición. Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A. México 2009.
12. Echaurren (2009). Red latinoamericana de gerontología 4, piso 7 Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.gerontologia.org>. Fecha de acceso: 04-03-13.
13. Enciclopedia Británica En Español. La familia: concepto, tipos y evolución. Madrid 2009. Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/Iec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf. Fecha de acceso: 30/04/13.

14. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO). Situación de la niñez y del Adulto Mayor. 2013. Informe Técnico N° 01 agosto 2013. pág. 3. Lima- Perú. En línea. Acceso el 24 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.ine.gob.pe/we/BiblioineFlotante.asp?file=10245.pdf>.
15. Fernández (2002). Abuso o maltrato en el adulto mayor. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/AbusoMaltrato.pdf>.
Fecha de acceso: 14-03-13.
16. Guzmán, J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. CELADE 2002. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/observa/envejecimiento%20y%20desarrollo.pdf>.
Fecha de acceso: 11-03-13.
17. Gómez, D (2010). Caracterización del maltrato a los ancianos. Consejo Popular Capitán San Luis. Pinar del Río. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000200005&script=sci_abstract. Fecha de acceso: 27-03-13.
18. Gallegos, R. Problemática social de los adultos mayores. Lima 2012. Disponible en: <http://problematICAadultosmayores.blogspot.com/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-rocio.html>. Fecha de acceso: 09/04/13.
19. HEALTH (2009). Violencia al adulto mayor. Disponible en: <http://www.healthfinder.gov>. Fecha de acceso: 06-03-13.
20. Iborra, I. (2008). Violencia contra personas mayores, Centro Reina Sofía Barcelona, Ariel, Colección Estudios sobre Violencia nº 11. Disponible en: <http://www.ceoma.org>. Fecha de acceso: 04-03-13.
21. INEI (2012). Población adulta mayor. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/14889.pdf>. Fecha de acceso: 13-03-13.

- 22.** Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006 - 2010. Lima, noviembre de 2012.
- 23.** Irons (1994). Violencia y consumo de drogas. Disponible en: http://www.fad.es/sala_lectura/CongresoViolencia.pdf.
- 24.** Klingemann (2007). Organización Panamericana de la Salud Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS. Washington. Disponible en: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Estres-asistencial-en-los-servicios-de-salud.pdf>.
- 25.** Keikelame, J. (2002) citado por Diane, E. Papalia Harvey, L. en su obra "Desarrollo del adulto y vejez". Tercera edición. Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A. México 2009.
- 26.** Luis Fernando Varela Pinedo, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en su obra de primera Edición, "Principios de la Geriatría y Gerontología", publicado en Lima, Marzo del 2003.
- 27.** Málaga (2009). Violencia familiar en los adultos mayores. Diario social digital de Europa. Disponible en: <http://www.europapress.es>. Fecha de acceso: 06-03-13.
- 28.** MIMDES (2008). Violencia intrafamiliar contra adultos mayores. Disponible en: <http://prevencionviolenciafamiliar.blogspot.com/2008/12/violencia-intrafamiliar-contra-adultos.html>. Fecha de acceso: 07-03-13.
- 29.** Mirabal, E (2007). Comportamiento del maltrato en el adulto mayor del ASIC Simón Bolívar en el año 2007. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewArticle/57>. Fecha de acceso: 02-04-13.

- 30.** Martina, M (2009). Violencia hacia el adulto mayor: Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima - Perú, 2009. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=619951&indexSearch=ID>. Fecha de acceso: 04-04-13.
- 31.** Martínez, P. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Nicaragua 2005. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf. Fecha de acceso: 18/04/13.
- 32.** Muñoz, M (2010). Programa Nacional Del Adulto Mayor. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=programa%20del%20adulto%20mayor%20pdf&source=web&cd=5&cad=rja&sqi=2&ved=0CDgQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.msp.gub.uy%2Fandocasociado.aspx%3F5682%2C21570&ei=CpLgUfnYM9Gq4A0O3oGYDg&usg=AFQjCNHtVxvBlrDLxsCaclQq-KoD582xXg&bvm=bv.48705608,d.dmg>. Fecha de acceso: 25/04/13.
- 33.** Moliner, R. La familia como espacio de socialización. España 2005. Disponible en: <http://www.uam.mx/cdi/derinfancia/4moliner.pdf>. Fecha de acceso: 02/05/13.
- 34.** Morales, A (2007). Pautas para prevenir el maltrato a las personas mayores. Disponible en: http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Guia_sobre_Maltrato_a_l_Adulto_Mayor_2007.pdf. Fecha de acceso: 12/06/13.
- 35.** Muñoz, J (2007). Personas mayores y malos tratos. Disponible en: http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Guia_sobre_Maltrato_a_l_Adulto_Mayor_2007.pdf. Fecha de acceso: 14/06/13.
- 36.** MINEDU. Población adulta mayor analfabeta en el Perú. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/>. Fecha de acceso: 30/06/13.

- 37.** Ministerio de Salud (MINSA). Lineamientos de Política para el Adulto Mayor. Lima-Perú 2005. Disponible en: <http://www.minsa.gop.pe/portal>.
- 38.** Nápoles, A. Problemática social de los adultos mayores. Lima 2012. Disponible en: <http://problematICAadultosmayores.blogspot.com/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-angelica.html>. Fecha de acceso: 10/04/13.
- 39.** Organización Panamericana de la Salud Alcohol, Género, Cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, OPS, 2007.
- 40.** Organización Mundial de la Salud. Aparece en: Plan Nacional para las personas adultas mayores. Lima: Gerencia de Desarrollo Humano de la Oficina de Población y Familia, 2008, p.7.
- 41.** Organización Panamericana para la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Resumen. Washington, D.C. 2004.
- 42.** Pamuk, Makuc, Heck, Reuben y Lochner, 1998 en Organización Panamericana de la Salud Alcohol, Género, Cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS. 2008.
- 43.** Rodríguez, E (2008). Maltrato a los ancianos. En el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf03302.pdf. Fecha de acceso: 19-03-13.
- 44.** Robot y Room (2005). Monografía sobre el Alcoholismo. Disponible en: http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=113&tmpl=component&format=raw&Itemid=18.

45. Selby (2004). "Familia y Trabajo Social". Disponible en: http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/CLEK4FF1R5VRUL76GPURCF9BC9SE.pdf.

46. Torres, M. Ancianos y Tercera Edad. Salamanca desde 2008. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/ancianos-y-tercera-edad.html>. Fecha de acceso: 22/04/13.

47. Teubal, R Violencia familiar, Trabajo Social e Instituciones. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós, 257- 258p.2004.

48. Velázquez, A. Metodología de la investigación científica. 1era edición. Lima - Perú: Editorial San Marcos; 1999. Disponible en: <http://www.usmp.edu.pe/odonto/MANUAL.pdf>. Fecha de acceso: 18/06/13.

49. Vigil, C (2013). Descripción demográfica de Chota. Disponible en: http://www.gentedeChota.com/chota_peru/. Fecha de acceso: 21/06/13.

50. Viviano. Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú: aportes desde la casuística de los centros emergencia mujer. Programa nacional contra la violencia familiar y sexual, MIMDES, 2005. Lima Perú 2005.

51. Zavaleta, M. Problemática social de los adultos mayores. Lima 2012. Disponible en: <http://problematICAadultosmayores.blogspot.com/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html>. Fecha de acceso: 04/04/13.

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., deaños de edad, con DNI N°, mediante el presente manifiesto que estoy participando voluntariamente en la realización del cuestionario que servirá para el desarrollo de la tesis: "Maltrato del Adulto Mayor en el Entorno Familiar. Urbanización Santa Eulalia ciudad de Chota - Cajamarca 2013". Previamente se me ha informado los beneficios que generarán la investigación.

Chota,..... de..... de 2013

FIRMA

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO

Señor (a), queremos que nos colabore con nuestro cuestionario tiene como finalidad recaudar información para el desarrollo de la tesis: "Maltrato del Adulto Mayor en el Entorno Familiar. Urbanización Santa Eulalia ciudad de Chota - Cajamarca 2013". Por ello acudimos a su persona para solicitarle que comparta su experiencia de vida, respondiendo con veracidad a los enunciados. Las respuestas son anónimas y confidenciales. Se agradece de antemano su colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos una serie de preguntas que podrá responder marcando con **X** la respuesta que usted considere correcta.

N° de cuestionario :.....

Fecha de la entrevista :.....

Entrevistadoras :.....

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS:

1. EDAD

- a. De 60 a 69 años de edad ()
- b. De 70 a 79 años de edad ()
- c. De 80 años a más ()

2. SEXO

- a. Masculino ()
- b. Femenino ()

3. ESTADO CIVIL O CONYUGAL

- a. Soltero ()
- b. Conviviente ()
- c. Casado ()

- d. Separado ()
- e. Divorciado ()
- f. Viudo ()

4. RELIGIÓN

- a. Católica ()
- b. No católica ()

Especifique:.....

5. PROCEDENCIA

- a. Urbano ()
- b. Rural ()

6. UBICACIÓN DEL DOMICILIO

- a. Jirón ()
- b. Prolongación ()
- c. Pasaje ()
- d. Avenida ()
- e. Otros ()

Especifique:.....

7. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a. Sin nivel educativo ()
- b. Primaria incompleta ()
- c. Primaria completa ()
- d. Secundaria incompleta ()
- e. Secundaria completa ()
- f. Superior ()

8. OCUPACIÓN

- a. Agricultor ()
- b. Ganadero ()
- c. Comerciante ()
- d. Profesor ()
- e. Ama de casa ()

f. Jubilado / Cesante ()

g. Desocupado ()

h. Varios ()

i. Otros ()

Especifique:.....

9. INGRESOS ECONÓMICOS

a. Menos de 1 salario mínimo ()

b. De 1 a 2 salarios mínimos ()

c. Más de 2 salarios mínimos ()

d. Ningún salario ()

10. ¿SUS INGRESOS PROVIENEN DE?

a. Pensión ()

b. Pensión por vejez o invalidez ()

c. Pensión de viudez ()

d. Pensión y trabajo ()

e. Trabajo ()

f. No cuenta con ingresos propios ()

g. Otros ()

¿Cuáles?.....

11. RECIBE APOYO ECONÓMICO

a. Si ()

b. No ()

¿De quién?.....

12. ¿EN QUÉ GASTA SU DINERO?

a. Alimentación ()

b. Salud ()

c. Vivienda ()

d. Actividades recreativas ()

e. Varios ()

f. Otros ()

Especifique:.....

II. ENTORNO FAMILIAR

13. TIPO DE FAMILIA

- a. Familia nuclear ()
- b. Familia extensa ()
- c. Familia mono parental ()
- d. Otros ()

Especifique:.....

14. TAMAÑO FAMILIAR

- a. De 0 a 2 integrantes ()
- b. De 3 a 4 integrantes ()
- c. De 5 a más integrantes ()

15. COMPOSICIÓN FAMILIAR ACTUAL

Persona De La Familia (Relación Con El Entrevistado)	Edad Actual	Sexo	Ocupación
Esposo(a)/conviviente.			
Hijos/hijas.			
Sobrinos(as).			
Nietos/bisnietos.			
Varios.			
Otros.			

16. ¿QUIÉN ES EL JEFE DE LA FAMILIA?

- a. Persona entrevistada ()
- b. Otros ()

Especifique:.....

17. ACTUALMENTE USTED VIVE

- a. Con su esposo(a) ()
- b. Con sus hijos(as) ()
- c. Solo(a) ()
- d. Varios ()
- e. Otros ()

Especifique:.....

18. NÚMERO DE HIJOS

- a. No tiene hijos ()
- b.hijos ()

19. ¿EN CASA DE CUÁNTOS DE SUS HIJOS, USTED HA VIVIDO HASTA AHORA?

- a. De nadie ()
- b. De 1 hijo ()
- c. De 2 a 4 hijos ()
- d. Más de 4 hijos ()

20. ¿CUANTAS VECES USTED RECIBE VISITA DE SUS HIJOS(AS)?

- a. Todos los días ()
- b. 1 vez por semana ()
- c. 1 vez al mes ()
- d. 1 vez al año ()
- e. Nunca ()

21. ¿CON QUIÉN DIALÓGA?

- a. Pareja ()
- b. Hijos ()
- c. Nietos ()
- d. Con todos los integrantes de la familia ()
- e. Con Nadie ()
- f. Otros ()

Especifique:.....

22. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON SU FAMILIA?

- a. Buena ()
- b. Regular () **Especifique:**.....
- c. Mala () **Especifique:**.....

23. ¿TOMA USTED DECISIONES?

- a. Solo ()
- b. Con ayuda de los demás ()

24. ¿CUANDO USTED EXPRESA QUE NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE SU FAMILIA, ELLOS REACCIONAN?

- a. Gritándole ()
- b. Lo humillan ()
- c. Lo ignoran ()
- d. Lo agradecen ()

25. ¿SU FAMILIA LE DEMUESTRA AFECTO?

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

¿Cómo?.....

26. ¿SE SIENTE AISLADO DE SU FAMILIA EN RELACIÓN A DONDE VIVE?

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

¿Por qué?.....

27. ¿CUÁNDO USTED SE ENFERMA QUIÉN LO CUIDA?

- a. Familia ()
- b. Amigos ()
- c. Vecinos ()
- d. Ninguno ()
- e. Otros ()

Especifique:.....

SALUD - ENFERMEDAD:

28. ¿CONSUME MEDICAMENTOS?

a. Si ()

b. No ()

Si es si:

☞ Se automedica ()

☞ Según prescripción médica ()

¿Cuáles?.....

29. ¿TIENE USTED ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?

a. Si ()

b. No ()

30. ¿QUÉ ENFERMEDAD?

a. Respiratorios ()

b. Cardiacos ()

c. Hipertensión arterial ()

d. Diabetes ()

e. Osteoartritis ()

f. Otros ()

g. Varios ()

Especifique:.....

31. ACTUALMENTE USTED SE SIENTE IMPEDIDO DE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS POR

a. Problemas visuales ()

b. Problemas auditivos ()

c. Problemas de articulación ()

d. Problemas de locomoción ()

e. Varios ()

f. Ninguno ()

g. Otros ()

Especifique:.....

32. ¿A DONDE ACUDE CUANDO SE ENFERMA?

- a. Hospital ()
- b. Centro de salud ()
- c. Farmacia ()
- d. Centro naturista ()
- e. Curandero ()
- f. Varios ()
- g. Otros ()

Especifique:.....

III. MALTRATO DEL ADULTO MAYOR

33. ¿QUÉ ES PARA USTED MALTRATO?

.....

34. ¿USTED ES O HA SIDO MALTRATADO/A?

- a. Si ()

¿Porqué?.....

- b. No ()

35. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ACTUALMENTE ES MALTRADO/A?

- a. Ocasional (2-5 veces) ()
- b. Frecuente (6-20 veces) ()
- c. Muy frecuente (más de 20 veces) ()

36. ¿QUÉ TIPO DE MALTRATO RECIBE?

.....

37. ¿HA RECIBIDO GOLPES O EMPUJONES QUE DAÑAN ALGUNA PARTE DE SU ORGANISMO?

- a. Si ()

¿En qué parte?.....

¿Con que frecuencia?

- Diario ()
- Semanal ()
- Mensual ()
- De vez en cuando ()
- b. No ()

38. ¿CUANDO A USTED LE GRITAN TIENE DESEOS DE?

- a. Llorar ()
- b. Deprimirse ()
- c. Gritar ()
- d. Tirar las cosas ()
- e. Desfogar con otra persona ()
- f. No hacer nada ()
- g. Varios ()

39. LE HAN PRIVADO DE SALIR A PASEAR POR

- a. Su seguridad ()
- b. Por conservar su salud ()
- c. Por aislarlo ()
- d. Por castigo ()
- e. Varios ()
- f. Otros ()

Especifique:.....

40. ¿USTED CREE QUE VALDRÍA LA PENA QUE ESTE TIPO DE COSAS DE SEPAN?

- a. Si () ¿Cómo?.....
- b. No ()

41. ¿DE LAS PERSONAS QUE LE MALTRATAN, QUE SON DE USTED?

- a. Esposo(a) ()
- b. Hijos(as) ()

- c. Nadie ()
- d. Otros () ¿Quién?.....

42. ¿POR QUÉ CREE USTED QUE SE SIENTE TRISTE?

- a. Por su soledad ()
- b. Porque lo aíslan ()
- c. Porque su familia lo olvida ()
- d. Por su edad ()
- e. Varios ()
- f. Otros ()

Indique:.....

43. ¿CUÁNDO ALGÚN SUCESO LE OCASIONA TRISTEZA USTED?

- a. Lloro ()
- b. Se deprime ()
- c. Sale a pasear ()
- d. Conversa ()
- e. Otra actitud ()
- f. Varios ()

Especifique:.....