

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



**TESIS**

**VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. PUERTA DE  
ENTRADA ENCAÑADA - CAJAMARCA, 2024**

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

**AUTORA**

**Bach. Kely Tatiana Vargas Cortez**

**ASESORA**

**Dra Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**

**Cajamarca - Perú**

**2025**

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Kely Tatiana Vargas Cortez**

DNI: **71832231**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller     Título profesional     Segunda especialidad

Maestro     Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis     Trabajo de investigación     Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. PUERTA DE ENTRADA ENCAÑADA – CAJAMARCA, 2024**

6. Fecha de evaluación: **05/02/2025**

7. Software antiplagio:  TURNITIN     URKUND (ORIGINAL) (\*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**

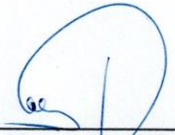
9. Código Documento: **oid: 3117:427004386**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO     PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 06/02/2025

*Firma y/o Sello  
Emisor Constancia*



---

**Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**  
DNI: 26663814

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT© 2025 by  
**Kely Tatiana Vargas Cortez**  
Todos los derechos reservados

**Vargas K, 2025.**

**VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. PUERTA DE ENTRADA  
ENCAÑADA - CAJAMARCA, 2024**

Tesis para optar el Grado Académico de Licenciada en Enfermería Universidad Nacional de Cajamarca.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería- UNC 2025.

70 páginas

Asesora:

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Docente Universitaria Principal de la EAP de Enfermería

**VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. PUERTA DE  
ENTRADA ENCAÑADA - CAJAMARCA, 2024**

**AUTORA:** Bach. Enf. KELY TATIANA VARGAS CORTEZ

**ASESORA:** Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

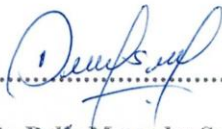
Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

**JURADO EVALUADOR**



.....  
**M. Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares**

**PRESIDENTE**



.....  
**M. Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez**

**SECRETARIA**



.....  
**M. Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro**

**VOCAL**



**MODALIDAD "A"**  
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL**  
**TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

En Cajamarca, siendo las 10 a.m. del 31 de Enero del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 1.I-304 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. PUERTA DE  
ENTRADA ENCAÑADA - CAJAMARCA, 2024

del (a) Bachiller en Enfermería:

KELY TATIANA VARGAS CORTEZ

Siendo las 11:40 a.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: MUY BUENO, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Delia Rosa Yturbe Pajares	
Secretario(a):	Delia Mercedes Salcedo Vásquez	
Vocal:	Rosa Ricardina Chávez Farro	
Accesitaria:		
Asesor (a):	Carmen Yrene Yupanqui Vásquez	
Asesor (a):		

**Términos de Calificación:**

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

## **DEDICATORIA**

*A Dios por haberme dado la vida y salud, por guiarme hacia el buen camino, brindarme la sabiduría necesaria para poder culminar exitosamente mi carrera profesional.*

*A mis padres por su gran apoyo y consejos que me han otorgado y con ello poder superarme día a día, a mis hermanos, en especial a mi hermano Omar, por convertirse en mi mayor motivación para concluir mi carrera.*

*A toda mi familia y amigas que me apoyaron y fueron participes en mi formación tanto personal como profesional.*

**TATIANA**

## **AGRADECIMIENTO.**

A mis padres Esther y Wilson, por brindarme su apoyo incondicional, sus sabios consejos oportunos para cada ocasión, y con eso lograr formar una persona de bien como lo soy actualmente.

A mis familiares, en especial a mi tía Marselina, por nunca dejarme sola, por su apoyo incondicional en todo este camino y así poder finalizar exitosamente uno de mis objetivos trazados.

A cada uno de mis docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca, por sus excelentes enseñanzas tanto teóricas como prácticas, por inculcarnos valores éticos y morales durante toda la carrera.

A mi asesora Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, por brindarme todo su apoyo y su confianza, por su dedicación y orientación durante la elaboración y el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A las adultas mayores, quienes participaron voluntariamente para llevar a cabo este trabajo de investigación.



## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	vii
Agradecimiento	viii
Lista de tablas	xi
Lista de anexos	xii
Lista de abreviaturas	xiii
Resumen	xiv
Abstract	xv
Introducción	xvi
<b>CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Delimitación y delimitación del problema	18
1.2. Formulación del problema de investigación	21
1.3. Justificación	22
1.4. Objetivos	23
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	23
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Bases conceptuales	26
2.4. Bases legales	30
2.5. Variables del estudio	34
2.6. Operacionalización de variables	35
<b>CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Ámbito de estudio	38
3.2. Diseño y tipo de estudio	38
3.3. Población de estudio	38
3.4. Marco muestral	38
3.5. Unidad de análisis	39
3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos	39
3.7. Proceso y recogida de información	40
3.8. Validez y confiabilidad del instrumento	41
3.9. Procesamiento y análisis de datos	41

3.10. Consideraciones éticas	41
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>	
4.1. Análisis y discusión de los resultados	43
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Referencias bibliográficas	60
Anexos	66

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las adultas mayores víctimas de violencia en Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	43
<b>Tabla 2.</b> Violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	47
<b>Tabla 3.</b> Dimensión de infantilización de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	50
<b>Tabla 4.</b> Dimensión de despersonalización de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	52
<b>Tabla 5.</b> Dimensión de deshumanización de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	54
<b>Tabla 6.</b> Dimensión de victimización de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	56

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo 1:</b> Consentimiento informado	63
<b>Anexo 2:</b> Cuestionario de Violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Puerta de entrada Encañada - Cajamarca 2024	64
<b>Anexo 3:</b> Tabla de Kuder-Richardson.	68
<b>Anexo 4:</b> Tabla 8. Tipo de violencia: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	69
<b>Anexo 5:</b> Tabla 9. Atención de salud según características sociodemográficas de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024	70

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>ONU:</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>INEI:</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>AM:</b>	Adulto Mayor
<b>SENAMA:</b>	Servicio Nacional del Adulto Mayor
<b>INPEA:</b>	Red internacional de prevención del abuso y el maltrato en la vejez
<b>CIOMS:</b>	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo general determinar y analizar la violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores que se atienden en Puerta de entrada Encañada - Cajamarca, 2024. Con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y corte transversal. La población del estudio fueron 95 adultas mayores, para recolectar la información se usó un cuestionario. Los resultados: muestran que 85,3% de las participantes identificó violencia en la atención de salud; en la dimensión infantilización: 66,3% de las adultas mayores afirmó que les hicieron sentir como si fueran niñas, 49,5% refirió que les hicieron sentir incapaz de seguir una indicación médica, 18,9% indicó que sintieron vergüenza por las cosas que dijeron; según la dimensión de despersonalización: 4,2% de las adultas mayores señaló que el personal de salud realizó comentarios hirientes sobre su salud. En la dimensión de deshumanización: 12,6% refiere que el personal de salud comentó sobre su problema de salud en voz alta, 2,1% mencionó que las desvistieron bruscamente durante la consulta, por último, en la victimización: 62,1% afirmó que no les hicieron caso cuando ellas hablaban, al 20% le negaron algunos medicamentos porque no confiaban en ellas. Concluyendo que la violencia de salud hacia las adultas mayores se muestra en proporción en la dimensión de infantilización.

**Palabras clave:** Violencia en la atención de salud, adulta mayor

## **ABSTRACT**

The general objective of the study was to determine and analyze violence in health care and sociodemographic characteristics of older adults served in Puerta de Encañada - Cajamarca, 2024. With a quantitative approach, descriptive type and cross-sectional. The study population was 95 older adults, a questionnaire was used to collect the information. The results: show that 85.3% of the participants identified violence in health care; in the infantilization dimension: 66.3% of older adults stated that they were made to feel as if they were girls, 49.5% reported that they were made to feel incapable of following a medical indication, 18.9% indicated that they felt ashamed of things what they said; According to the dimension of depersonalization: 4.2% of older adults indicated that health personnel made hurtful comments about their health. In the dimension of dehumanization: 12.6% reported that the health personnel commented about their health problem out loud, 2.1% mentioned that they were abruptly undressed during the consultation, and finally, in victimization: 62.1% She stated that they did not listen to them when they spoke, 20% were denied some medications because they did not trust them. Concluding that health violence towards older adults is shown in proportion to the infantilization dimension.

**Keywords: Violence in health care, older adults**

## INTRODUCCIÓN

La violencia en la persona adulta mayor es cualquier acto u omisión que produzca daño, ya sea intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores, las cuales se encuentran dentro de la edad de 60 años o más, esto 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, constatable objetivamente o percibido subjetivamente (1).

La violencia que se ejerce a las mujeres tiene diferentes connotaciones, pues puede ser agredida en su hogar, institución educativa, universidad, oficina, calle o establecimiento de salud, mucho más al ser una persona vulnerable como una adulta mayor sin grado de instrucción y que tiene como ocupación labores del hogar, teniendo en cuenta esta situación la investigadora ha elegido este problema relacionado con la violencia en la atención de salud, para la recolección de la información se visitó el domicilio de las participantes.

La investigación tiene como objetivo general Determinar la violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada en el año 2024 y se plantea teniendo en cuenta el escaso número de estudios en el tema, ya que el personal de salud prioriza a los niños para la atención de salud, mostrando actitudes negativas en la interrelación médico - paciente o enfermera-paciente, causando sentimientos de minusvalía e indefensión en este grupo, de tal forma que evita acudir al establecimiento de salud cuando se presenta alguna enfermedad.

La presente investigación consta de cuatro capítulos, estos son:

En el capítulo I, se plantea el problema de investigación, donde incluye la definición y delimitación del problema de investigación, la formulación del problema de investigación, la justificación y los objetivos tanto generales como específicos. En el capítulo II, se presenta el marco teórico, aquí contiene los antecedentes de la investigación, bases teóricas, conceptuales y legales, así como también las variables del estudio y su operacionalización. En el capítulo III, se aborda el diseño metodológico, dentro de ello se evidencia el ámbito de estudio, diseño y tipo de estudio, la población, los criterios de inclusión, la unidad de análisis, las técnicas e instrumentos de



recolección de datos; procedimiento de recopilación de datos, análisis de datos, consideraciones éticas.

Y en el capítulo IV, se muestra los resultados y discusión, donde se realiza la presentación de tablas, la interpretación análisis y discusión, así como las conclusiones, recomendaciones y sugerencias, y finalmente los anexos.

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), menciona que en el año 2022 hubo 761 millones de adultos mayores que tuvieron edades de 65 años a más, cifra que aumentará a 1600 millones en el año 2050 (2). Asimismo, se confirma que el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en Latinoamérica (3). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como: el uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo (4).

El primer país de América Latina en ejecutar una encuesta nacional representativa sobre violencia en adultos mayores fue México realizándolo en el año 2006. Cuyos resultados mostraron una prevalencia de violencia del 16,2%, este fue mayor en las mujeres (18,4%) que en los hombres (12,6%), ya para el año 2016, los resultados mostraron un incremento de violencia, mostrando así una prevalencia del 17,3%. Notándose que la violencia psicológica continuó siendo la tipología más prevalente, con un 15,2%, seguido del financiero con un 6,3% y el físico con un 1,2%, y para el año 2022, un 10,2% de la población de 60 años a más, asimismo declaró que, el principal problema al que se enfrentan es la violencia, con una diferencia entre hombres 8,5% y mujeres 11,6%, respectivamente (5).

También, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa que en el año 2022 a nivel nacional el proceso de envejecimiento de la población peruana aumenta notablemente, la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 13,3% en el año 2022 (6). Asimismo, Cajamarca para el 2022, cuenta con 1,341,012 habitantes, de los cuales 116,719 son adultos mayores de 65 años de edad y 113,550 son personas con alguna discapacidad (7).

Según ONU aproximadamente una de cada seis personas de 60 años o más experimentó alguna forma de violencia en entornos comunitarios durante el año 2021. Las tasas en entornos institucionales, como residencias de ancianos y establecimientos de cuidados a largo plazo, son aún más altas: dos de cada tres empleados señalan que han proporcionado violencia en el año 2022 (8).

La violencia en la persona adulta mayor es cualquier acto u omisión que produzca daño, ya sea intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores, las cuales se encuentran dentro de la edad de 60 años o más, lo cual 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, constatable objetivamente o percibido subjetivamente (1).

Entre las causas de violencia al adulto mayor, se encuentran las siguientes: El carácter dominante del agresor, la actitud controladora, motivos económicos y sociales, la falta de comunicación entre los ancianos y sus agresores, la falta de paciencia, la falta de conciencia de lo que significan los ancianos, la sobrecarga física o emocional de su cuidador, el uso desmedido del alcohol, la incapacidad emocional de parte del cuidador que se vuelve agresor, inestabilidad de las personas en su ámbito socio-familiar, omisión de denuncia, poca promoción de los derechos e información sobre el adulto mayor y la falta de educación y cultura sobre el envejecimiento y vejez (9).

Para los adultos mayores, las consecuencias de la violencia según su tipo pueden ser especialmente graves. Dentro de la violencia física puede tener consecuencias tales como: Trastorno del sueño, alteraciones orgánicas, alteración del sistema nervioso, lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, heridas por ataduras, quemaduras, entre otros. Si la violencia que se ocasiona es de tipo psicológico sus consecuencias son: Depresión, aislamiento, temor, tristeza, trastornos emocionales, ansiedad, ideas suicidas, inhibición. Asimismo, en la parte social puede provocar: Pérdidas de roles, prejuicios sociales, entre otros (9).

Asimismo, la violencia contra la adulta mayor está relacionado con las características sociodemográficas ya que son indicadores utilizados para describir a las personas en términos de edad, raza/etnia, sexo, género, nivel educativo en la situación laboral, profesión, estado civil, número total de personas que viven en la casa y condiciones de vida, y factores similares (10).

Para contrarrestar los efectos de la violencia existe una nueva ley N° 30364 Ley que sirve para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, dicha ley tiene por objetivo cambiar patrones socioculturales que reproducen relaciones desiguales de poder y diferencias jerárquicas que legitiman y exacerban la violencia de género, que afecta desproporcionadamente a las mujeres en su diversidad (11).

En ese sentido la atención de la salud de las personas mayores tiene sus dificultades que se contradice con lo establecido por el modelo de atención ya que ello menciona que se debe de ofrecer prácticas de atención orientadas a llegar a la vejez con independencia, autonomía y productividad, así como contar con una red de servicios articulada, integrada, referenciada y con sistemas de información establecidos (12).

Actualmente, la violencia hacia los adultos mayores en la atención de salud es un problema frecuente al interior de la familia, como fuera de ellas, asimismo está presente en espacios públicos e instituciones como son los servicios públicos o privados, municipios, centros de atención primaria de salud, hospitales, en donde muchas veces vulneran sus derechos de los adultos mayores. Las personas de la tercera edad o también conocidos como adultos mayores constituyen el gran contingente de demandantes de los servicios de salud públicos, en especial aquellos que no tienen otro tipo de seguros, los mismos que presentan patologías crónicas, con discapacidades que les limitan para mantenerse por mucho tiempo esperando ser atendido en un servicio de salud público.

Por tanto, de lo descrito surge el interés de estudiar si existe violencia contra la adulta mayor en la atención de salud en la Puerta de Entrada Encañada, asimismo conocer las características sociodemográficas de dicha población.

Por otro lado, no se encontró datos sobre violencia en atención de salud en la zona, ya que no existen estudios sobre este tema, por ello no es posible detallar más información y datos.

## **1.2. Problema de investigación**

¿Está presente la violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada, Cajamarca, 2024?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adultas mayores víctimas de violencia en la atención de salud. Puerta de Entrada Encañada, Cajamarca, 2024?

## **1.3. Justificación de estudio**

El tema de investigación ha sido seleccionado porque en la actualidad la violencia hacia los adultos mayores ha ido incrementado significativamente en todos los ámbitos, y uno de ellos es en los servicios de salud donde se puede observar que el personal de salud no brinda un cuidado humanizado, sin embargo, es un problema que no se ha dado la adecuada importancia, siendo los más afectados los adultos mayores de la zona rural.

Los resultados benefician a la población adulta mayor de La Encañada y al personal de salud, ya que brindará información sustancial sobre las manifestaciones de violencia que no son tomadas en cuenta al brindar atención a los usuarios. Asimismo, la investigación contribuirá a disminuir, prevenir y evitar la presencia de este problema en el mencionado establecimiento de salud, ya que contribuirá al planteamiento de estrategias de actividades de sensibilización al personal de salud en temas como, violencia contra el adulto mayor, empatía y cuidado humano.

Otro de los motivos por el cual se eligió realizar esta investigación es para promover una atención de salud sin violencia ante los adultos mayores, asimismo se busca sensibilizar al personal de salud ante la importancia del buen trato a esta población vulnerable que son los adultos mayores.

La expectativa de la presente investigación es que sirva como guía para los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, para que ellos investiguen más ampliamente sobre este tema poco conocido y subvalorado.

En la actualidad se evidencia notablemente el incremento continuo de la población adulta mayor y los limitados recursos humanos y materiales de la Puerta de entrada Encañada, en consecuencia, el aumento de usuarios para su atención de salud y el personal poco capacitado en ese aspecto pueden provocar violencia hacia los pacientes que atienden, por ello el estudio busca sentar las bases para clarificar y hacer visible esta situación en un establecimiento de salud.

La relevancia social de la investigación se relaciona con hacer visible la violencia hacia el adulto mayor ya sea en el hogar, en la calle, en los centros de trabajo, incluso en los establecimientos de salud.

#### **1.4. Objetivos**

##### **Objetivo general**

Determinar la violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024

##### **Objetivos específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente a las adultas mayores víctimas de violencia en Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024
- Identificar y analizar la presencia de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024
- Describir las dimensiones de violencia: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

Naranjo M. (2024) (13), en su investigación titulada: Estudio de los factores que generan violencia contra el adulto mayor institucionalizado en el Ecuador, el cual tuvo como objetivo identificar los principales factores que contribuyen al aumento de la violencia hacia los adultos mayores, la metodología que utilizó fue cualitativa, incluyendo grupos focales con adultos mayores y una revisión bibliográfica para explorar las causas del incremento de la violencia, sus resultados preliminares sugieren que los factores sociales, económicos y culturales son determinantes en la prevalencia de la violencia. Estos factores están intrínsecamente relacionados con el desarrollo general de un país y, por ende, con las actitudes hacia las personas en situación de vulnerabilidad, como los adultos mayores.

Tarrillo N. (2020) (14), en la tesis: Violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Centro de Salud de Huambos-Chota, 2020, tuvo como objetivo determinar y analizar la violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. El tipo de estudio fue descriptivo y de enfoque cuantitativo. Los resultados fueron: 51,4% oscila entre 60 a 69 años; 35,1% son casadas; 40,5% analfabetas; 86,5% amas de casa y 93,2% de religión católica. En la dimensión Infantilización: a 62,2% les hablaron como niñas; Despersonalización: 16,2% les hicieron comentarios hirientes sobre su salud. Deshumanización: 28,4% comentaron su problema de salud en voz alta y Victimización: a 37,8% no les prestaron atención cuando hablaban.

Ayala J. (2019) (15), en su investigación: Presencia del maltrato en los adultos mayores del centro del cuidado del adulto mayor. Quito, 2019. Tuvo como objetivo de identificar la presencia de maltrato psicológico, físico, social, económico y sexual que puedan padecer los adultos mayores. Estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo; se aplicó la entrevista a 65 adultos mayores de dos Centro del Cuidado del Adulto Mayores. Los resultados evidenciaron que

existe maltrato leve, moderado y severo hacia los adultos mayores los cuales fueron: gritos (100%); ignorado repetidamente (61,11%); negación a participar en actividades (22,22%); decisiones sobre la propia salud (33,33%); inadecuada atención (33,33%); palabras humillantes (83,33%); amenazas (27,27%); desatención (61,11%); empujones (83,33%).

Ruelas M. (2014) (16), en su investigación: Maltrato institucionalizado hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. México, 2014. El objetivo fue analizar la percepción que el prestador de servicios de salud y el adulto mayor (AM) tienen sobre el maltrato, realizó un estudio con diseño cualitativo y estrategia de triangulación de fuentes de datos; se efectuaron entrevistas semiestructuradas a 13 prestadores y a 12 ancianos. Los resultados que obtuvo fue que el maltrato es una práctica naturalizada por el personal y por el anciano. Concluyendo que la institucionalización, profesionalización histórica y falta de conciencia sobre las necesidades de los AM demandan cambios de planeación, organización y supervisión del Sistema de Salud.

## 2.2. Bases teóricas

### Teorías sobre violencia

#### a. El modelo ecológico

Son diversos autores que han investigado como se genera la conducta violenta, entre ellos, Álvarez P. cita a (Bronfenbrenner, 1987) propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Ellos son el **microsistema**, el **mesosistema**, el **exosistema** y el **macrosistema** (17).

- **Microsistema:** representa el entorno más cercano al individuo, donde se desarrollan sus primeras interacciones y experiencias. Aquí se incluyen la familia, los amigos cercanos, la escuela y los compañeros.



- **Mesosistema:** Este sistema resalta cómo las relaciones entre estos entornos pueden influir en el desarrollo. Por ejemplo, la relación entre los padres y los maestros afecta la experiencia educativa del niño. La consistencia o los conflictos entre estos entornos también pueden impactar en la estabilidad emocional y el bienestar del individuo.
- **Exosistema:** incluye los contextos en los que el individuo no participa directamente, pero que tienen un impacto en su vida. Por ejemplo, los horarios laborales de los padres, las políticas escolares o la calidad de los servicios comunitarios influyen en el bienestar del individuo de manera indirecta.
- **Macrosistema:** abarca las influencias culturales, sociales, económicas y políticas más amplias que afectan a todos los demás sistemas. Aquí se incluyen los valores culturales, las normas sociales, las leyes y las políticas económicas. Este sistema influye en cómo se configuran y funcionan los demás sistemas, estableciendo las reglas y expectativas en la sociedad donde el individuo se desarrolla (17).

Se ha elegido ésta teoría como referente para el estudio teniendo en cuenta el impacto del contexto social, económico, político, cultura e incluso religioso en las relaciones de la adulta mayor con la familia, las amistades y con el personal de salud, la teoría evidencia que las participantes del estudio, vive y se desenvuelve en un contexto o ambiente ecológico, en interrelación recíproca con otras personas.

#### **b. Según Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)**

**Teoría del estrés del cuidador:** asocia a la violencia a factores de estrés externos, relacionados al cuidado y que superan la capacidad del cuidador. El cuidador no tiene apoyo de otros, ni ha sido capacitado para brindar los cuidados requeridos, y a esto se suma la percepción de desventaja social tales como desempleo, problemas económicos, otros (18).

**Teoría de la dependencia de la persona mayor:** que incrementa la carga al cuidador, e incluso la conducta del anciano puede provocar o mantener situaciones de violencia (18).

**Teoría del aprendizaje social:** enfatiza el rol de la familia en el aprendizaje de conductas en el individuo, que aplicará a lo largo de su vida. Es así, que individuos que fueron violentados en su niñez, es probable que repitan esta conducta (18).

**Modelo ecológico multidimensional:** integra a los sistemas y entornos que intervienen en la violencia. Obedece a aislamiento social, cuidadores o ancianos sin redes de apoyo. El efecto más devastador para la víctima es la indiferencia, humillaciones, y de la sociedad falta de sensibilidad y compasión (18).

Se ha elegido estas teorías teniendo en cuenta que la violencia es un problema actual e inherente a la interacción humana que se basa en una relación de poder entre el fuerte y el débil; en este caso el personal de salud y las adultas mayores que requieren atención de salud. Y según Servicio Nacional del Adulto Mayor la violencia es aprendida, puede aparecer por cansancio o estrés del personal de salud cuando existe mucha demanda de pacientes.

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1. Violencia**

En el Perú es uno de los problemas de salud pública más complejos de tratar, la violencia contra este grupo social es un acto (único o repetido) u omisión que causa daño o angustia y que ocurre en cualquier relación en la que exista una expectativa de confianza. Se sabe, que la violencia victimiza más a las mujeres por razones maritales, sexuales o culturales y según estudios transculturales e internacionales han demostrado que las personas de todos los niveles socioeconómicos, étnicos y religiosos son vulnerables a la violencia<sup>1</sup> en la ancianidad. Uniendo ambos conceptos si la mujer por ser mujer ya es víctima de violencia, cuando está llegue a la edad adulta presentará mayor vulnerabilidad de sufrir violencia de género en su adultez (19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define La violencia como el uso intencional ya sea de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno

mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo (7).

Olayo J. cita a la Declaración de Toronto (2002), que ha reconocido la violencia de las personas mayores como un problema global. La Red internacional de prevención del abuso y el maltrato en la vejez (INPEA), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han puesto énfasis en la prevención y en la toma de conciencia a nivel mundial. Esta violencia es considerada un tema de salud pública (20).

La Ley 30364 aprobada en la ciudad de Apurímac, define la violencia contra los integrantes del grupo familiar como “cualquier acción o conducta que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar. Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad” (11).

### **2.3.2. Violencia contra el adulto mayor**

Se define que la violencia hacia las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (en ese caso, por lo común se denomina “descuido”), el que puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de violencia, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida (9).

### **2.3.3. Tipos de violencia institucionalizado**

Pillemer K y Moore D, en relación a la violencia institucional a personas de edad, concluyen que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de violencia física, el 10% había cometido al menos un acto de agresión física, el 81% había observado algún incidente de violencia psicológica y el 40% había abusado verbalmente de un residente en los doce meses precedentes (18).

**La violencia invisible:** la falta de visibilidad de la violencia en las instituciones es la causa de su subvaloración. La violencia se presenta en mujeres que trabajan en dichas instituciones hacia mujeres residentes y consiste en emplear métodos de coerción, atentar contra la dignidad y autonomía en la toma de decisiones y en brindar una atención deficiente, en muchos casos, causante de complicaciones en la salud del anciano (20). La enfermera Kayser-Jones, ha contribuido con diversas investigaciones al estudio de los pacientes mayores institucionalizados. Según sistematización de dichos estudios hecha por Tarrillo N, cita a Caballero J (2000), las principales categorías de violencia a los adultos mayores son (14):

- **Infantilización:** Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.
- **Despersonalización:** Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.
- **Deshumanización:** No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades de su propia vida.
- **Victimización:** Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales (14).

Tarrillo N. cita a Caballero J. (2000), nos da algunos ejemplos de violencia institucionalizada invisibles, que debiera ser identificado (14):

- No suministrar adecuadamente los medicamentos.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Comentarios inadecuados o hirientes.
- No permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad).
- Restricciones físicas: 35 – 60% de personas dependientes.
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
- Falta de un plan adecuado de cuidados (14).

De acuerdo a las estadísticas disponibles, las personas que ejercen violencia contra los adultos mayores son, la mayoría de las veces, integrantes de su familia: cónyuge, hijo/as, nietos/as, sobrinos/as, entre otros. Otras veces es ejercida fuera del entorno familiar como la calle, o cuando recurren a entidades públicas o privadas a recibir atención. Es decir, son víctimas de violencia en la familia y en la sociedad. El riesgo y la vulnerabilidad se incrementan cuando estas personas tienen que depender de otras para su movilización o supervivencia, o cuando sufren pérdida de sus capacidades físicas o mentales (20).

#### **2.3.4. Características sociodemográficas**

Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que se encuentran presentes en la población, las cuales son:

- Edad: la edad corresponde al periodo transcurrido del ser humano desde su nacimiento (14).
- Estado civil: viene a ser la condición de una persona según el registro civil, la cual puede ser soltera, casada, conviviente o viuda (14).
- Grado de estudios: es el grado más elevado de estudios que han realizado, que puede ser: primaria, secundaria, superior o sin estudios (analfabeta) (14).
- Ocupación: es el conjunto de tareas laborales determinadas por la división de trabajo, estas pueden ser ama de casa, comerciante, entre otras actividades (14).
- Religión: es la relación que tiene el hombre con Dios, la cual puede ser católica, nazarena, entre otras religiones (14).
- Apoyo familiar: Hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos (21).
- Convivencia: es la coexistencia física y pacífica entre individuos o grupos que deben compartir un espacio. Se trata entonces de la vida en común y de la armonía que se busca en la relación de personas que por alguna razón deben pasar mucho tiempo juntas (22).

### **2.3.5. Actitudes del personal de salud frente a la violencia**

El personal de salud es fruto de la tradición cultural, no necesariamente juzga de manera negativa las actitudes que dan soporte al abuso contra la mujer. La actitud que se tiene hacia la violencia de género puede ser potencialmente nociva, lo cual se observa en mujeres que señalan haber sido doblemente victimizadas: por parte del abusador, y también por parte del personal de salud que las responsabiliza de la violencia emitida por su parte (23).

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hace mención sobre la violencia al adulto mayor en los espacios de salud en el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (2003), indicando que la variedad de actos de violencia y descuido en las instituciones es considerable y puede estar relacionado con cualquiera de los siguientes factores (24):

1. La prestación de la atención: la resistencia del personal de salud a los cambios en la medicina geriátrica, deterioro de la atención individual, alimentación inadecuada, y las deficiencias en la atención de enfermería (como la falta de cuidado de las lesiones por presión) (24).
2. Los problemas del personal: estrés laboral, agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación y los problemas psicológicos del personal (24).
3. Las dificultades en la interacción entre el personal y los pacientes, por ejemplo: falta de comunicación, usuarios agresivos, diferencias culturales.
4. Las condiciones externas: como falta de privacidad, deterioro de la infraestructura del establecimiento, dificultades en el acceso al establecimiento (24).
5. Las políticas institucionales: escasas de personal, o rotación frecuente (24).

### **2.4. Base legal**

El Decreto Supremo N°008-2016-MIMP que aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021. Menciona que el mismo plan tiene un ámbito de protección más amplia de la ley N°30364 ya que esta Ley sirve para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (25).

La nueva ley N° 30364 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, como un sistema funcional esta tiene por finalidad coordinar, planificar, organizar y ejecutar acciones articuladas, integradas y complementarias para la acción del Estado en la prevención, atención, protección y reparación de la víctima, la sanción y reeducación del agresor, a efectos de lograr la erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (25).

Mencionada ley tiene por objetivo cambiar patrones socioculturales que reproducen relaciones desiguales de poder y diferencias jerárquicas que legitiman y exacerbam la violencia de género, que afecta desproporcionadamente a las mujeres en su diversidad. Es por ello que la ley busca garantizar a las personas afectadas por violencia de género, el acceso a servicios integrales, articulados, oportunos y de calidad; que están destinados a la protección, atención y recuperación de las personas afectadas por violencia de género; y la sanción y reeducación de las personas agresoras (25).

#### **2.4.1. Derechos del paciente**

Los derechos en salud son un conjunto de principios y normas que promueven el acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como, al acceso a la información y el consentimiento informado (26).

##### **Acceso a los servicios de salud**

- a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 30 y 390, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.
- b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.

- c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 50 de la Ley de Trabajo Médico.
- d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.
- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa (27).

### **Acceso a la información**

- a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.
- b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico (27).
- c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal (27).
- e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos Y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y



alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos contraindicaciones, precauciones advertencias de las intervenciones, prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta (27).

- g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.
- h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.
- i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio (27).

#### **Atención y recuperación de la salud**

- a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad Sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
- b) A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.
- c) A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella (27).
- d) A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.
- e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho (27).
- f) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.

- g) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente (27).
- h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente (27).

## **2.5. Variables del estudio**

**Variable 1.** Violencia en la atención de salud hacia la adulta mayor.

**Variable 2.** Características sociodemográficas de las adultas mayores.

## **2.6. Operacionalización de variables**

## Violencia en la atención de salud hacia la adulta mayor

VARIABLE 1	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Violencia en la atención de salud hacia la adulta mayor	Cualitativa	Es uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo (6).	Cuestionario de violencia en la atención de salud.	<b>Infantilización</b>	Si No	Nominal
				<b>Despersonalización</b>	Si No	
				<b>Deshumanización</b>	Si No	
				<b>Victimización</b>	Si No	

### Características sociodemográficas de la adulta mayor

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas de las adultas mayores.	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que se encuentran presentes en la población (14).	Respuesta de preguntas de características sociodemográficas del cuestionario de violencia contra la adulta mayor (14).	<b>Edad</b>	60 – 69 años 70 - 79 años ≥ 80 años	Cuantitativa	Intervalo
			<b>Estado civil</b>	Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada	Cualitativa	Nominal
			<b>Grado de estudios</b>	Sin instrucción Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta	Cualitativa	Ordinal
				Ama de casa		

			<b>Ocupación</b>	Comerciante Otras	Cualitativa	Nominal
			<b>Religión</b>	Católica Evangélica Otras	Cualitativa	Cualitativa
			<b>Convivencia</b>	Hijos Pareja/Esposo Otros	Cualitativa	Nominal

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Ámbito de estudio

El presente trabajo se realizó en Puerta de Entrada Encañada de Categoría I - 3, el mismo que está ubicado en el Distrito de La Encañada, el cual cuenta con 32 profesionales de ciencias de la salud que laboran en dicha institución de los cuales 5 son médicos, 6 obstetras, 8 enfermeras, 1 químico farmacéutico, 1 técnico farmacéutico, 6 técnicos en enfermería, 2 técnicos en laboratorio, 2 odontólogos, 1 psicólogo y 1 nutricionista, su horario de atención son las 24 horas, actualmente cuenta con 19 393 habitantes (28).

#### 3.2. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio tiene un abordaje cuantitativo (que representa, un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio), es de tipo descriptivo porque permitió describir y caracterizar el objeto de estudio. Asimismo, es de corte transversal, porque la información se recopiló en un espacio y momento determinado (29).

El estudio describe el comportamiento de las variables en un contexto determinado (violencia en la atención de salud y características sociodemográficas) y la información se recolecto en un solo momento.

#### 3.3. Población de estudio

La población de estudio fueron 95 adultas mayores que viven en la zona urbana del Distrito de La Encañada que se atienden en Puerta de entrada Encañada, según Registro de Atención del Adulto mayor del establecimiento de salud.

#### 3.4. Marco muestral

Estuvo constituido por todas las adultas mayores que se atienden en Puerta de Entrada Encañad.

##### **Criterios de inclusión**

- Adultas mayores que viven en la zona urbana y están en el padrón nominal de atención en la Puerta de Entrada Encañada.

- Adultas mayores que aceptaron formar parte de la investigación previa firma del consentimiento informado para participar del estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Adultas mayores que se nieguen a participar en el estudio.
- Adultas mayores con problemas de audición y comunicación oral.

### **3.5. Unidad de análisis**

Estuvo conformado por cada adulta mayor que cumplía con los criterios de inclusión de la investigación.

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **a) Técnica**

Para la técnica elegida para la recolección de información fue la entrevista que, según Hernández R, implican que una persona calificada (entrevistador) aplica el cuestionario a los participantes; el primero hace las preguntas a cada entrevistado y anota las respuestas, las preguntas contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente ya delimitadas (29).

La información fue recolectada a través de la entrevista teniendo en cuenta las características sociales de las adultas mayores, ya que muchas eran sin grado de instrucción y tenían problemas de visión que les dificultaba escribir, de otro lado, se requería paciencia, empatía y repetir las preguntas hasta que fueran entendidas.

#### **b) Instrumento**

El instrumento que fue utilizado para la recolección de datos sobre Violencia en la atención de salud y características sociodemográficas hacia las adultas mayores en Puerta de entrada Encañada es un cuestionario elaborado por Tarrillo N. (2020) (14), aplicado en el Centro de Salud Huambos - Chota, (Anexo 02); ha sido construido, teniendo en cuenta el referencial teórico.

Tarrillo N. para conocer la validez y confiabilidad del cuestionario, aplicó la prueba piloto con 15 adultas mayores con las mismas características de la población de estudio, obteniéndose la confiabilidad mediante la prueba estadística

del Alfa de Cronbach un resultado de 0.70 lo que significa una confiabilidad buena (14).

El cuestionario consta de dos partes:

En la primera parte, se consideran preguntas sobre las características sociodemográficas de las adultas mayores como: edad, estado civil, grado de estudios, ocupación, religión, apoyo familiar y convivencia.

En la segunda parte contiene preguntas sobre violencia al interior del establecimiento de salud; incluye cuatro dimensiones:

- Infantilización: consta de 4 preguntas.
- Despersonalización: consta de 3 preguntas.
- Deshumanización: consta de 3 preguntas.
- Victimización: consta de 5 preguntas.

Dichas preguntas se responden de manera afirmativa y/o negativa de acuerdo a sus respectivos ítems que tiene cada dimensión. Con medición; si el puntaje es 0 hay ausencia de violencia y si el puntaje es mayor o igual a 1 hay presencia de violencia (14).

### **3.7. Proceso de recolección de información**

- Se solicitó permiso al jefe de la Puerta de Entrada Encañada, para poder investigar a su población de adultas mayores.
- Luego se procedió a pedir la lista de personas adultos mayores que se entienden en este establecimiento.
- De la lista de adultos mayores se seleccionó solo a los adultos mayores de sexo femenino.
- Se seleccionó a las adultas mayores residentes en el distrito de Encañada, y se buscó su dirección exacta para realizar la primera visita de coordinación.
- Se realizó las visitas domiciliarias acordadas previamente a cada adulta mayor, donde se explicó el objetivo del estudio y se aplicó la entrevista a aquellas que otorgaron su autorización, la entrevista duró aproximadamente de 20 a 30 minutos.



### **3.8. Validez y confiabilidad del instrumento**

Para conocer la confiabilidad del contenido del cuestionario se aplicó una prueba piloto al 10% de la muestra, es decir, en 9 adultas mayores que se atienden en el centro de salud de Namora, se buscó que tengan las mismas características de la Puerta de entrada Encañada. Asimismo, la confiabilidad se determinó mediante Kuder-Richardson, donde se obtuvo un valor de 0,8357 por lo que el instrumento se consideró confiable (Anexo 3).

### **3.9. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de datos se inició con la revisión de los cuestionarios y la codificación de las respuestas, posteriormente se ingresaron a la base de datos del programa Microsoft Excel; y luego fueron procesados en el programa estadístico SPSS Versión 26.0. Los datos que se obtuvieron se presentaron en tablas estadísticas de doble entrada, de forma numérica y porcentual, para su respectivo análisis, interpretación y discusión.

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva en base a los resultados obtenidos del procesamiento de datos que permitieron el análisis de los resultados a través de la confrontación con los antecedentes y teorías relacionadas (29).

### **3.10. Consideraciones éticas**

Se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas según El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS): (30)

- **Principio de autonomía**

Los adultos mayores estuvieron informados en todo momento sobre la investigación y su propósito de la misma, por lo que cada uno de ellas fueron capaces de decidir con libertad y voluntad propia su participación o no en la investigación, los que estuvieron de acuerdo procedieron a firmar el consentimiento informado para poder participar.

- **Consentimiento informado**

Se procedió a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie y ningún mecanismo vicie su voluntad, para el procedimiento o

tratamiento de salud (30). En el estudio las adultas mayores luego que se les brindo la información pertinente sobre el objetivo, riesgos y beneficios de su participación firmaron el consentimiento informado.

- **Principio de no maleficencia**

Este principio se aplicó durante el desarrollo de todo el proceso de la investigación ya que la aplicación del cuestionario se realizó sin riesgo físico o mental a las participantes, siendo las adultas mayores quienes decidieron ser partícipes del estudio.

- **Principio de confidencialidad**

Con este principio se garantizó a la población que eligió participar, que la información que se recolecte con la encuesta fue para uso exclusivo de la investigación, asimismo fue anónimo.

- **Principio de respeto**

Este principio se aplicó durante toda la investigación ya que se respetó la integridad física y emocional de las adultas mayores que firmaron el consentimiento informado, de igual forma sus derechos y su privacidad de cada participante.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las adultas mayores víctimas de violencia. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
De 60 – 69 años	36	37,9
De 70 - 79 años	35	36,8
De 80 años a más	24	25,3
<b>Estado civil</b>		
Soltera	16	16,8
Casada	26	27,4
Conviviente	26	27,4
Viuda	27	28,4
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin instrucción	61	64,2
Primaria completa	11	11,6
Primaria incompleta	19	20,0
Secundaria completa	3	3,2
Secundaria incompleta	1	1,1
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	90	94,7
Comerciante	3	3,2
Otras	2	2,1
<b>Religión</b>		
Católica	28	29,5
Evangélica	64	67,4
Otras	1	1,1
Ninguna	2	2,1
<b>Apoyo familiar</b>		
Si	85	89,5
No	10	10,5
<b>Convivencia</b>		
Sola	10	10,5
Pareja/Esposo	46	48,4
Hijos	34	35,8
Otros	5	5,3
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

En la tabla 01, los datos más relevantes indican que el 37,9% de las participantes tienen entre 60 a 69 años y 25,3% entre 80 años a más; se ha encontrado porcentajes similares 27,4% en las adultas mayores casadas y convivientes, también 64,2% no tiene instrucción y 20% tiene primaria incompleta; 94,7% son amas de casa, asimismo, 67,4% profesan religión evangélica y 29,5% son católicas; 89,5% reciben apoyo familiar; finalmente, 48,4% viven con sus parejas y 35,8% viven con sus hijos.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), hasta junio del 2024, del total de hogares 28,9% tiene entre sus miembros a una adulta mayor, y 27,2% son adultos mayores hombres. En el área rural en 40,3% de los hogares hay adultas mayores mujeres. En el área urbana, las mujeres adultas mayores representan el 26,8%. según el nivel educativo las adultas mayores que no cuenta con un nivel educativo son el 18,4%, 37,3% alcanzó estudiar primaria; 26,2% secundaria y 21,8%, nivel superior (8,2% superior universitaria y 9,9% superior no universitaria) (5).

De acuerdo a la edad, las adultas mayores de la Encañada aún en edades muy avanzadas conservan cierta independencia, y es usual encontrar ancianos trabajando la tierra o cuidando a su animales mayores y menores, requiriendo ayuda únicamente para faenas muy pesadas. Teniendo en cuenta el estado civil de las participantes, la mayor parte vive en pareja, se debe considerar que para este grupo el aspecto legal es poco importante y se asume la relación de pareja como seria y para toda la vida, en el caso de viudez, no vuelven a comprometerse o casarse por respeto al cónyuge fallecido y a los hijos.

En cuanto al grado de instrucción, las participantes no han estudiado, se debe recordar que en el caso de las mujeres antiguamente era muy restringido el acceso a educación, los padres referían que cuando la hija asistía al colegio podía comprometerse y casarse a temprana edad sin terminar los estudios, en otros casos por motivos económicos se daba preferencia al hijo, quien debería asumir la protección de la familia en el futuro y las mujeres debían dedicarse a labores de la casa, hasta llegar a la edad de casarse, al respecto López P, refiere que existen contextos de desigualdad y marginación que obstaculizan el acceso a la educación de grupos que han sido históricamente desfavorecidos como las mujeres. El analfabetismo en las personas adultas mayores es el resultado de la falta de acceso a la educación. Esta situación las coloca en una condición de desventaja que puede impedir el desarrollo de habilidades y herramientas para ejercer derechos como: derecho al trabajo, a la salud, a la cultura y a la ciudadanía (31).

La mayoría de participantes tiene por ocupación ser amas de casa, dado que por su edad y nivel educativo no pueden salir a trabajar fuera de casa, por lo tanto, se quedan a cuidar de los nietos y hacer los quehaceres de sus hogares, en la zona se asume que las labores domésticas no necesitan de mucho esfuerzo para su cumplimiento, exponiendo a las adultas mayores a quemaduras o golpes ocasionados por el uso de leña para cocinar o utensilios que se utilizan para estas labores, en este sentido Oviedo C, afirma que las “amas de casa” han asumido sin reconocimiento el trabajo de cuidados que ha sido esencial para tener asegurada la alimentación que permitió el aprendizaje y desarrollo de los hijos. La sociedad ha feminizado los cuidados porque esas labores han sido vistas como algo innato de las mujeres. Desde la infancia se enseña que el trabajo de cuidados les corresponde a las mujeres, como un conocimiento que atraviesa generaciones y se retroalimenta en diferentes espacios: el hogar, la escuela, entre otros (32).

Por otro lado en el presente estudio se pudo observar que la mayoría de adultas mayores profesan la religión evangélica, se puede decir que ellas tienen costumbres peculiares según su religión, por ejemplo no creen en los santos, no pueden comer carnes rojas, asimismo no consumen bebidas alcohólicas, tampoco van a fiestas, se mantienen en oración por muchos días en ayuno, de ese modo cumplen con las reglas que su religión les impone, Gonzales E, asevera no todos los católicos practican igual su fe, ni todos los evangélicos son iguales, y es necesario contrastar las diferencias de acuerdo a las creencias definidas de ambos, pues para los católicos sus creencias son determinadas por la combinación de: la Biblia, la tradición “santa”, tienen al papa, como “cabeza visible de toda la Iglesia; por el contrario, para los evangélicos protestantes las creencias son determinadas solamente por la Biblia, y de acuerdo a ella, solo Cristo es la Cabeza de la Iglesia (34).

Las adultas mayores sostienen que reciben apoyo económico de sus hijos para la compra de alimentos, medicinas, vestimenta y cuando no es posible el apoyo económico, asumen el costo y la compra de alimentos como fideos, arroz, aceite, gaseosa, aunque no es frecuente los participantes valoran el apoyo y se sienten confianza. En este sentido Cadeño L, afirma que las personas mayores pueden sufrir consecuencias desastrosas cuando no cuentan con el apoyo de sus familiares como abuso, abandono, descuido, depresión y otras. El apoyo familiar se considera esencial especialmente cuando el adulto mayor presenta deterioro físico o emocional, cuando existen enfermedades crónicas. Por lo tanto, una persona en estas circunstancias siempre

necesitará la compañía y el apoyo de sus familiares hasta sus últimos días de vida (35).

En cuanto a la convivencia, los resultados indican que la mayor parte viven con sus hijos y pareja, evidenciándose que si la pareja fallece pues se queda a vivir con uno de sus hijos y la familia de este o en algunos casos se ellas se quedan con sus nietos, esta situación es común en la zona rural de la Encañada, ya que existe la costumbre que la familia debe permanecer unida de tal forma que pueden prestarse apoyo mutuo y cuidar a los padres y en retribución éstos cuidan a los nietos.

**Tabla 2. Violencia en la atención de salud de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

<b>Violencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Presencia	81	85,3
Ausencia	14	14,7
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Como se muestra en la tabla 2, 85,3% de las adultas mayores identificaron violencia en la atención de salud y un 14,7% no ha identificado violencia por parte del personal de salud que labora en Puerta de Entrada Encañada.

Los resultados son similares a Tarrillo N, quien encontró que el 90,5% de las adultas mayores entrevistadas identificaron violencia en la atención de salud y 9,5% refiere no haber sufrido violencia (14). Y difieren de Ayala J, refiere uno de cada seis adultos mayores han sido víctimas de violencia en los servicios de salud, reportándose solamente 1 de 24 casos, esto se lo asocia al temor que perciben los ancianos por lo que vaya a suceder, generando una limitación para buscar ayuda (15).

La violencia hacia las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (descuido), y puede ser intencional, puede ser de carácter físico o psíquico (emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de violencia, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida (9).

Es preocupante los resultados que indican que las adultas mayores identifican violencia en el establecimiento de salud, donde deberían recibir cuidado humano, se debe indicar que este establecimiento no está alejado de la zona urbana de tal forma que es fácil y rápido llegar a él, la infraestructura es nueva y cuenta con ambientes iluminados y confortables, limpios, cuenta con 5 médicos, 8 enfermeras, 6 obstetras y personal técnico, los cuales atienden las 24 horas del día. Sin embargo, una muestra de violencia es la espera prolongada de las adultas mayores, que deben esperar turno si tener en cuenta su edad, frecuentemente van acompañadas de un familiar que pregunta, muchas

veces sobre la hora de atención generando molestia e impaciencia en el personal de salud, y cuando la espera es muy prolongada las pacientes se incomodan asumiendo que no reciben la debida importancia que se merecen, lo que causa un rechazo al establecimiento de salud y el no querer regresar a atenderse.

La violencia ejercida por los profesionales de salud, aunque no es muy frecuente, merma los derechos de integridad física y psíquica de los pacientes, su dignidad e intimidad, su derecho a la salud, así como el respeto a su persona. La violencia en el entorno sanitario constituye uno de los mayores riesgos junto con el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas, y el VIH. Ante una agresión, el paciente ve alterada su autoestima y, por supuesto, su salud. Así, la violencia constituye un problema de salud pública que es evitable y prevenible. De otro lado, aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, se da cuando no hay satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto por parte del personal de salud (36).

El establecimiento de salud, cuenta con personal médico, enfermería, obstetricia, odontólogo, psicólogo, quienes brindan atención de salud a las adultas mayores que proceden de las zonas lejanas y rurales, con costumbres y una cultura de interrelación diferente. Las mujeres son usualmente muy recatadas en su vestir especialmente cuando han perdido a su esposo el luto es de por vida y es un gran problema su interacción con otros hombres incluyendo el personal médico y de enfermería.

Las adultas mayores que no identificaron violencia en la atención de salud posiblemente sea por sus mismas experiencias como madres y esposas, y usualmente callan las agresiones por miedo a ser rechazadas o a no ser atendidas en el establecimiento de salud, pero eso no significa que no les afecte, mayormente identifican a la violencia como agresiones físicas, recibidas por sus parejas o familiares; es por ello que no logran identificar la violencia psicológica que otra persona puede provocar y que puede ocasionar sentimientos de tristeza o minusvalía, por ello los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que la mayoría de adultas mayores son muy sensibles ya sea por las perdida de seres queridos, asimismo por la vida a veces dura que tuvieron en su infancia y en su vida de pareja que quizás estuvo plagado de violencia.

La violencia en el Perú es uno de los problemas de salud pública más complejos de tratar, la violencia contra este grupo social es un acto (único o repetido) u omisión que



causa daño o angustia y que ocurre en cualquier relación en la que exista una expectativa de confianza. Se sabe, que la violencia victimiza más a las mujeres por razones maritales, sexuales o culturales y según estudios transculturales e internacionales han demostrado que las personas de todos los niveles socioeconómicos, étnicos y religiosos son vulnerables al maltrato en la ancianidad. Uniendo ambos conceptos si la mujer por ser mujer ya es víctima de violencia, cuando está llegue a la edad adulta presentará mayor vulnerabilidad de sufrir violencia de género en su adultez (20).

**Tabla 3. Dimensión de infantilización de violencia en la atención de salud de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

Infantilización	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Le preguntó sobre su enfermedad descortésmente a usted o al familiar que le acompañó	84	88,4	11	11,6	95	100
Cuando le habló, la hizo sentir como si fuera una niña	32	33,7	63	66,3	95	100
Le hizo sentir incapaz de seguir una indicación médica	48	50,5	47	49,5	95	100
Le hizo pasar vergüenza por las cosas que usted dice o hizo	77	81,1	18	18,9	95	100

Según la tabla de la dimensión de infantilización se puede observar que los valores más resaltantes son: 66,3% de las adultas mayores mencionan que el personal de salud por quienes fueron atendidas, cuando les habló, las hizo sentir como si fuera unas niñas; 49,5% refirió que les hicieron sentir incapaz de seguir una indicación médica; también se pudo observar que un 18,9% de ellas mencionó que pasaron vergüenza por las cosas que ellas dijeron o hicieron y finalmente 11,6% indicaron que cuando fueron atendidas les preguntaron sobre su enfermedad descortésmente.

Siendo los resultados similares al de Tarrillo N. que encontró que 62,2% de las adultas mayores refieren durante la atención de salud que el personal les habló como a niñas, 37,8% señala que les hicieron sentir incapaces de seguir una indicación médica, 21,6% que pasaron vergüenza por lo que dijeron o hicieron y 13,5% que les preguntaron sobre su enfermedad de forma descortés (14).

Las adultas mayores entrevistadas refieren que el médico no les cree sobre su cuadro clínico lanzando la pregunta al familiar, su trato es con diminutivos y con voz muy alta, las recetas médicas son entregadas a sus acompañantes porque las creen incapaces de entender y cumplir dichas recomendaciones por si solas, de ese modo les hacen perder su autonomía y sentirse incapaz y dependiente de sus acompañantes. En tal sentido

López P, menciona que la infantilización consiste en tratar a las personas mayores como si fueran niños, y proviene de la creencia generalizada de que las personas mayores son como niños, esto incluiría la utilización del mismo estilo de comunicación que se utiliza con los niños, muy sencillo, así como el uso de diminutivos, comentar delante de la persona otras cuestiones íntimas de la persona mayor, recibir castigos o reprimendas porque su comportamiento no se ajusta a las expectativas de los profesionales (32).

También se incluye en el infantilismo conductas como ignorarles, corregirles todo el tiempo, castigarles sin postre cuando no se toman la medicación, o utilizar castigos para que hagan lo que se quiere. Por todo ello, se considera la infantilización como un tipo de maltrato psicológico o emocional, de modo que afecta a las personas mayores, haciéndoles más dependientes, los mantiene más aislados e incrementando la sintomatología depresiva (32).

la infantilización es otro tipo de manifestación de la violencia psicológica que afecta emocionalmente a las personas mayores, la cual infravalora las capacidades físicas y mentales de los adultos mayores y favorece una prematura pérdida de la independencia y autonomía que se puede traducir en depresión, baja autoestima y retroalimenta una imagen negativa de ser una persona mayor (37).

Asimismo, ellas nos refieren que el personal de salud utiliza diminutivos (mamita, viejita, madrecita, entre otros) para referirse a ellas, lo cual les hace sentir que sienten pena por su condición y por su edad, un hecho que causa incomodidad en todas las adultas mayores. Por lo tanto, la infantilización hacia el adulto mayor o el habla infantilizadora, son comportamientos que afectan el bienestar emocional de las personas mayores siendo así una de las manifestaciones de la violencia psicológica que recae sobre la autoestima y el auto-concepto que el adulto mayor tiene de sí mismo y le confronta entre su imagen positiva de vejez que desea mantener y el imaginario del otro; lo que se construye mediante la interacción con las demás (37).

Como se observar la violencia hacia la adulta mayor es frecuente, pues se aprecia que las muestras de la infantilización son obvias para la participante, cuando el personal de salud las trata como niñas que requieren ayuda para todas las actividades o se dirige al familiar acompañante para dar las indicaciones sin tener en cuenta que la paciente está presente, esta situación crea incomodidad y molestia.

**Tabla 4. Dimensión de despersonalización de violencia en la atención de salud de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

Despersonalización	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Le jaló bruscamente sin tener en cuenta su edad	94	98,9	1	1,1	95	100
Realizó comentarios hirientes sobre su salud	91	95,8	4	4,2	95	100
Se burló de su enfermedad o dolencia	95	100			95	100

En esta dimensión se puede evidenciar que: 4,2% de las adultas mayores entrevistadas mencionaron que el personal de salud que las atendió realizó comentarios hirientes sobre su salud y 1,1% indicó que cuando fueron atendidas las jaló bruscamente sin tener en cuenta su edad.

Encontrando similitud con los resultados de Tarrillo N, quien encontró que en la dimensión de despersonalización; el 16,2% de las adultas mayores participantes, mencionaron que el personal de salud hizo comentarios hirientes sobre su salud; mientras que el 8,1% de refirieron que el personal de salud que las atendió, la jaló bruscamente sin tener en cuenta su edad y se burlaron de su enfermedad o dolencia (14). Asimismo, Ayala J, encontró que el (83,33%) fueron violentados con empujones, por el personal de salud (15).

Se debe prescindir de las peculiaridades que tiene cada uno, como persona única y singular que es, sin atender a las preferencias, necesidades e intereses de cada individuo. En el caso de los usuarios, implicaría tratarlos a todos de forma homogénea, como si fueran exactamente iguales. Mantener el sentido de la identidad de cada persona hace que la satisfacción de las personas mayores con los profesionales sea mayor, además la relación es más enriquecedora. No obstante, en muchos de los casos los profesionales no se preocupan por conocer las preferencias de las personas a las que cuidan, ni saber sus necesidades para poder hacer que las personas mayores se sientan importantes y valiosas. En el caso de los profesionales que obvian las preferencias o las particularidades de cada persona, es cuando trabajan de forma rutinaria, automática, sin

establecer una relación personal, lo que puede provocar el rechazo por ese trato en las personas mayores mostrando conductas agresivas (32).

Las adultas mayores encuestadas mencionan que el personal de salud refiere que por su edad no pueden o ya no están en condiciones de caminar hasta el establecimiento de salud para realizarse algún chequeo médico; por eso ellas deben de asistir solo cuando tengan alguna dolencia o enfermedad, esos comentarios por parte del personal de salud, para cada adulta mayor es una ofensa o les hace sentir mal ya que ellas creen que la edad no es un impedimento para poder caminar e irse a realizarse algún chequeo médico de prevención de alguna enfermedad en el establecimiento de salud.

Aunque existen porcentajes menores en cuanto a despersonalización, se debe reconocer que el personal de salud que atiende a las adultas mayores, puede brindar un trato encargado de brindar cuidados a la población, suele ejercer violencia haciendo comentarios hirientes o siendo bruscos en el examen físico, sin dar mayor importancia al estado y autoestima de cada adulta mayor.

**Tabla 5. Dimensión de deshumanización de violencia en la atención de salud de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

Deshumanización	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Le desvistió bruscamente durante la atención de salud	93	97,9	2	2,1	95	100
Comentó sobre su problema de salud en voz alta, con otros pacientes o personal de salud	83	87,4	12	12,6	95	100
Le tocó sus partes íntimas sin su consentimiento	95	100			95	100

Según la tabla 5, la cual corresponde a la dimensión de Deshumanización se encontró que: 12,6% de las adultas mayores refirieron que el personal de salud por quienes fueron atendidas comentó sobre su problema de salud en voz alta con otros pacientes o personal de salud, y 2,1% mencionó que las desvistieron bruscamente durante la consultad.

Se encuentra similitud con Tarrillo N. en relación a la dimensión de deshumanización; ya que halló que el 28,4% de las adultas mayores que fueron atendidas en el Centro de Salud refieren que el personal de salud comentó sobre su problema de salud en voz alta, con otros pacientes o personal de salud. El 16,2% informa que el personal de salud que las atendió, las desvistió bruscamente durante la atención de salud (14). También se halló que Ayala J, encontró que (5,55%) fueron inducidos por el personal de salud a realizar actos sexuales a la fuerza (15).

La población adulta mayor menciona que ya no tienen ganas de ir al establecimiento de salud porque el personal que la atiende comenta de su enfermedad con sus compañeros de trabajo, lo que es incómodo para la paciente, ya que ellas temen que sus conocidos o vecinos los escuchen y se enteren de sus problemas de salud, tiene miedo al “que dirán” y se avergüenzan de su cuerpo y su dolencia, por ello dejan de atenderse o ya no regresan a atenderse en el establecimiento de salud. En ese contexto López P, refiere

que se vulneran los derechos humanos de dignidad, autonomía para la toma de decisiones, intimidad de las personas, derecho a elegir y el derecho a la información. También incluiría tratar a las personas mayores como si fueran cosas, cosificándoles, haciéndole perder la condición de ser humano, impactando sobre su identidad personal, teniendo lugar un trato deshumanizador con la persona. Todas las personas merecen ser tratadas con respeto, independientemente de su edad o sus características (32).

Asimismo, el personal de salud reprocha a las pacientes por la higiene, dado que cuando llegan al establecimiento de salud tienen que controlar su peso y para ello se tiene que retirar los zapatos, para medir la presión arterial se les pide sacarse la chompa y muchas veces los pies y las axilas de las adultas mayores tienen un mal olor por el trabajo que estas realizan, motivo por el cual el personal de salud les dice que tienen que bañarse más seguido especialmente antes de asistir al establecimiento de salud; también cuando las pacientes van a atenderse por infecciones genitales o estomacales les dicen que es por la higiene que ellas mantienen, que no desinfectan bien sus alimentos y que no se bañan frecuentemente, por ello contraen esas enfermedades. En este caso también los acompañantes de las adultas mayores son reprochados, porque el personal de salud les dice que ya su mamá depende de los hijos y ellos tienen que ser quienes los cuiden y los atiendan para que no se enfermen y mantenerlos sanos.

La humanización en el cuidado se dirige a las expectativas de los usuarios enfatizando la relación y la interacción entre los profesionales y los propios usuarios de manera que los profesionales puedan dar respuesta a las necesidades de estos basándose en su nivel de sensibilización y concienciación de esas necesidades y la empatía. Con ello se conseguiría el buen trato, respeto y aceptación de los usuarios, proporcionándoles un cuidado individualizado y resolviendo los posibles conflictos que puedan surgir con los usuarios dentro de un marco de trabajo colaborativo (32).

Puede existir violencia identificada por las adultas mayores en el hecho de que el médico o enfermera hace comentarios en voz alta sobre su enfermedad ya sea el cuadro clínico o causas o cuando al retirar alguna prenda para realizar algún procedimiento lo hacen a jalones o empujones, esta situación daña a las usuarias, pues tienen miedo ir a atenderse al centro de salud.

**Tabla 6. Dimensión de victimización de violencia en la atención de salud de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

Victimización	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Le negó algún medicamento porque no confía en usted	76	80	19	20,0	95	100
Se burló de usted por su aspecto físico	95	100			95	100
Se burló de usted por su vestimenta	95	100			95	100
Le jaló o empujó para conducirla a otro lugar	94	98,9	1	1,1	95	100
No le hizo caso cuando usted hablaba	36	37,9	59	62,1	95	100

En cuanto a la dimensión de victimización se halló que: 62,1% de las adultas mayores refirieron que el personal de salud no le hizo caso cuando ellas hablaban, 20% les negaron algunos medicamentos porque no confiaban en ellas y 1,1% cuando en la atención de salud fueron jaladas o empujadas para conducirlas a otro lugar.

También Tarrillo N. encontró que el 37,8% de las adultas mayores mencionan que, el personal de salud no les prestó atención cuando hablaban. El 31,1% que les negaron algún medicamento por que no confían en ellas. Y 2,7% refieren que, el personal de salud se burló de su aspecto físico (14). Ayala J. refiere que el (61,11%) de los participantes afirmaron que el personal de salud mostro desatención y el (61,11) fue Ignorado repetidamente (15).

Probablemente este aspecto hace referencia a lo que por norma general se podría entender como las categorías más visibles del maltrato o violencia, como son las amenazas, intimidación y daño físico o verbal, siendo un ataque a la integridad física y moral de la persona. Es decir, se trata de acciones u omisiones (intencionadas o no) que son dañinas para la persona mayor y que podrían tener como consecuencia un daño físico, psicológico, sexual, económico o incurrir en negligencia (33).



Generalmente es evidente que el celular es un rápido distractor en todos los medios de trabajo e interrelación entre dos o más personas, y esto no es ajeno en este caso, ya que las adultas mayores refieren que el personal de salud muchas veces cuando ellas están hablando o mencionando su dolencia o padecimiento el receptor esta distraído con el celular o la computadoras y eso les provoca inseguridad ya que creen que no les prestan la debida atención que se merecen para recetarles algún medicamento o realizarles algún procedimiento. Al no prestar atención a cada adulta mayor atendida puede sentirse menospreciada y sentir que no es importante ni ella ni lo que refiere, provocando desmotivación de tal forma que se niega regresar a tenderse nuevamente y ello provocará un descuido de en su salud que puede ser grave.

Asimismo, la población encuestada refiere que sus recetas médicas son entregadas a sus acompañantes porque creen que ellas ya no son capaces de seguir las instrucciones medicas correctamente por su falta de conocimiento o por su condición que se les olvida muy rápido las cosas que les dicen.

Evidentemente el celular, la computadora, las redes sociales son un rápido distractor de cualquier trabajador en su horario laboral, el personal de salud, pueden ejercer violencia siendo indiferentes cuando el paciente pregunta y comenta sobre su enfermedad y el médico o enfermera revisa su celular o la computadora, contestando mensajes o llamadas cuando las adultas mayores están hablando.

## CONCLUSIONES

1. En relación a las características sociodemográficas de las adultas mayores que se atienden en la Puerta de Entrada Encañada la mayoría oscilan entre 60 – 69 años de edad, las mismas que son casadas, sin grado de instrucción y profesan la religión evangélica.
2. La mayoría de las participantes identificó la presencia de violencia por parte del personal de salud cuando fueron atendidas.
3. La violencia en la atención de salud estuvo presente en sus cuatro dimensiones, sin embargo, el mayor porcentaje se presentó en infantilización, luego victimización, deshumanización y finalmente despersonalización.

## RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

1. Al personal de salud de la Puerta de Entrada Encañada
  - Brindar cuidado humano, a todos los usuarios en especial a las adultas mayores, con paciencia y comprensión, al ser personas vulnerables y más sensibles.
  - Brindar capacitación al personal de salud sobre empatía, cuidado humano con calidad y calidez, también proveer de un número mayor de trabajadores ya que actualmente no es suficiente y no satisface las necesidades de la demanda de pacientes.
2. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería y a los docentes
  - Plantear y desarrollar investigaciones con abordaje cualitativo y cuantitativo sobre problemas sociales y sanitarios en las/os adultas/os mayores que usualmente no son prioridad, porque se ha observado que el personal de salud se enfoca mayormente en el cuidado del niño menor de cinco años.
  - Incluir dentro de los contenidos teóricos y prácticos de las asignaturas del Área de adulto y anciano temas encaminados a sensibilizar a los estudiantes sobre cuidado humano, en especial en el contacto con adultos mayores al ser una población en crecimiento paulatino.
  - Planear y ejecutar actividades de prevención de la violencia a través de actividades educativas desarrolladas por los estudiantes para difundir información sobre los derechos del adulto mayor, haciendo conocer leyes y normas sobre la exigencia de una atención de salud con calidad y calidez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caritas del Perú. Problemática del abuso y maltrato del Adulto Mayor en la Sociedad. [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Caritas\\_Peru\\_ponencia\\_maltrato\\_al\\_adultomayor.pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Caritas_Peru_ponencia_maltrato_al_adultomayor.pdf)
2. Organización de las Naciones Unidas. Una población que envejece exige más pensiones y más salud. Noticias ONU [Internet] 2023 enero [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
3. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores. Naciones Unidas en México [Internet] 2022 diciembre [citado 1 de septiembre de 2023]. <https://mexico.un.org/es/212598-envejecimiento-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-inclusi%C3%B3n-y-derechos-de-las-personas-mayores>
4. OMS: Organización Mundial de la Salud. Maltrato a las personas de edad [Internet] [citado 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/elder-abuse>
5. Hernández Y. Violencia hacia las personas mayores, un asunto de todas las personas Red latinoamericana de gerontología [Internet]. 2023 junio. [Citado 1 de septiembre de 2023] Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=5127#:~:text=En%202022%2C%2010.2%25%20de%20la,%25%20y%20mujeres%2011.6%25%20respectivamente.>
6. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet] 2023 Marzo [Citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2022.pdf>

7. INFOMIDIS. Reporte nacional de indicadores sociales del departamento de Cajamarca. [Internet] 2024 Julio [Citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Upload/regional/Cajamarca.pdf>
8. OMS: Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores [Internet] 2022 junio [citado 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
9. Webscolar. Portal de recursos educativos, tareas, apuntes, monografías, ensayos. Causas y consecuencias que generan el maltrato al grupo de la tercera edad [Internet]. [citado 10 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.webscolar.com/causas-y-consecuencias-que-generan-el-maltrato-al-grupo-de-la-tercera-edad>
10. Alves B. Factores Sociodemográficos. [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=59890>
11. Corte Superior de Justicia de Apurímac. Recomendaciones de la mesa de trabajo de las instituciones y operadores de justicia - LEY N°30364, ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. [Internet] 2017 [Citado septiembre 2024] Disponible en: [https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/757950804360f107b229b7875b9b83f6/Recomendaciones\\_Ley\\_N\\_30364.pdf?MOD=AJPERES](https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/757950804360f107b229b7875b9b83f6/Recomendaciones_Ley_N_30364.pdf?MOD=AJPERES)
12. Saraiva R, Salmazo H. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412022000100545](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100545)
13. Naranjo N. Estudio de los factores que generan violencia contra el adulto mayor institucionalizado en el Ecuador. [Internet] 2024 [Citado septiembre 2024] Tesis para optar el Grado académico de Maestría en psicología clínica de la Universidad Nacional de las Américas. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/16027/1/UDLA-EC-TMPC-2024-23.pdf>
14. Tarrillo, N. Violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Centro de Salud de Huambos-Chota, 2020. Tesis para optar el grado

- de licenciada en enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. [citado 1 septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4703>
15. Ayala J. Presencia del maltrato en los adultos mayores de los Centros del Cuidado del Adulto Mayor 2019 [Internet] 2019 [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/0c620b27-d1de-44e3-aeef-938104d6325e/content>
16. Ruelas M. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. [Internet] 2014 Jul [Citado septiembre 2024] Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/spm/2014.v56n6/631-637>
17. Álvarez P. La Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner. [Internet] 2024 septiembre [Citado septiembre 2024] Disponible en: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>
18. Adams Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. [Internet] Revista Médica Clínica los Condes. 2011 enero [Citado septiembre 2024] Disponible en: [file:///D:/USUARIO/Downloads/Maltrato\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor\\_institucionalizado\\_Rea%20\(2\).pdf](file:///D:/USUARIO/Downloads/Maltrato_en_el_adulto_mayor_institucionalizado_Rea%20(2).pdf)
19. Minayo, M. Violencia y Salud. En: Temas de Salud. 20va ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132p.
20. Olayo J. Declaración de Toronto. Personas mayores. [Internet] Slideshare. 2021 febrero [Citado septiembre 2024] Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/declaracin-de-toronto-personas-mayores/242581313#2>
21. Medellín M, Rivera M, López J, Kanán G, Rodríguez A. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia. [Internet] [Citado septiembre 2024] Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000200008#:~:text=Apoyo%20de%20la%20familia%3A%20Hace,la%20pareja%20y%20los%20hijos.](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008#:~:text=Apoyo%20de%20la%20familia%3A%20Hace,la%20pareja%20y%20los%20hijos.)

22. Editorial Etecé. Concepto, pautas y cómo es el ser humano. Convivencia [Internet]. 2021 agosto [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://concepto.de/convivencia/>
23. Villanueva M, Rojas M, et al. Violencia de genero.pdf [Internet]. 2018 Julio [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/5543/Violencia-de-genero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Etienne K, Dahlberg L, Mercy J, Zwi B, Lozano R, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
25. El Peruano. Decreto Supremo que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021”, [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/procesos/DS-008-2016-mimp-PlanNacionalContraVioleciaGenero.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/procesos/DS-008-2016-mimp-PlanNacionalContraVioleciaGenero.pdf)
26. Estado Peruano. Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud [Internet]. 2023 [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/10423-derechos-de-las-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud>
27. Ley General de salud Ley N° 26842.pdf [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/SINADEF/Ley-26842.pdf>
28. Huamán, R. Percepción del poblador del distrito de la Encañada en relación al desarrollo de la actividad turística. [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2579>
29. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. En: McGRAW-HILL / Interamericana Editores [Internet] 6° Ed.2014 [Citado septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

30. El Peruano. Normas legales. [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>
31. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Alfabetización en la vejez, pieza clave para la independencia y autonomía de las personas mayores. [Internet] 2021 septiembre [Citado 4 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/alfabetizacion-en-la-vejez-pieza-clave-para-la-independencia-y-autonomia-de-las-personas-mayores?idiom=es>
32. López P. Buen trato hacia las personas mayores. Tesis para optar el grado de Doctora. Universidad CEU San Pablo [Internet] 2022 [citado 4 octubre 2024]; Disponible en: [https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/13800/1/Buen\\_Patricia\\_L%C3%B3pez\\_USPCEU\\_Tesis\\_2022.pdf](https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/13800/1/Buen_Patricia_L%C3%B3pez_USPCEU_Tesis_2022.pdf)
33. Oviedo C. Mi mamá no trabaja, es ama de casa. [Internet] 2023 septiembre [Citado 4 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://peru.oxfam.org/lo-ultimo/blogs/mi-mama-no-trabaja-es-ama-de-casa>
34. Gonzales E, Diferencias entre católicos y evangélicos. [Internet] 2022 octubre [Citado 4 de octubre de 2024]. Disponible: <https://www.albacetebiblica.es/post/diferencias-entre-catolicos-y-evangelicos>
35. Cadeño L, Ceballos H, El apoyo familiar y su influencia en la atención de los adultos mayores. [Internet] 2023 mayo [Citado 4 de octubre de 2024]. Disponible: [https://www.researchgate.net/publication/370568646\\_El\\_apoyo\\_familiar\\_y\\_su\\_influencia\\_en\\_la\\_atencion\\_de\\_los\\_adultos\\_mayores](https://www.researchgate.net/publication/370568646_El_apoyo_familiar_y_su_influencia_en_la_atencion_de_los_adultos_mayores)
36. UNIR. La violencia hospitalaria en pacientes: cómo prevenirla y abordarla. [Internet] [Citado 4 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/violencia-hospitalaria-en-pacientes/>



37. GOV.CO. La infantilización a las personas mayores es un tipo de violencia ¡No lo permitas! [Internet] 2018 Febrero [citado 4 Octubre 2024]; Disponible en: <https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/139210/la-infantilizacion-a-las-personas-mayores-es-un-tipo-de-violencia-no-lo-permitas/#:~:text=la%20infantilizaci%C3%B3n%20es%20otro%20tipo,puede%20traducir%20en%20depresi%C3%B3n%2C%20baja>

# **ANEXOS**

## ANEXO 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para participar en el proyecto de investigación que lleva por Título: Violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Puerta de entrada Encañada - Cajamarca, 2024.

Objetivo: Determinar y analizar la violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada, Cajamarca, 2024

Yo....., identificada con DNI N°....., de..... años de edad, certifico que he sido informada con claridad y veracidad debida respecto a los beneficios que generará mi participación en la Investigación; es por ello que mediante el presente manifiesto que estoy participando voluntariamente en la realización de dicha encuesta sobre: “Violencia en la atención de salud del adulto mayor en la puerta de entrada Encañada - Cajamarca, 2023”

**Encañada,..... de .....del 2024.**

-----  
**FIRMA**

**ANEXO 02****VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. PUERTA DE ENTRADA -  
ENCAÑADA, 2024****PRESENTACIÓN**

El presente cuestionario está diseñado con la finalidad de obtener información sobre: Violencia en la atención de Salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Por tal motivo, pido su ayuda para que conteste algunas preguntas con la mayor veracidad posible, sus datos y respuestas obtenidas mediante este instrumento serán de manera anónima y de uso confidencial. Agradezco anticipadamente por su participación.

**I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS****1. EDAD**

---

**2. ESTADO CIVIL**

- 1) Soltera ( )
- 2) Casada ( )
- 3) Conviviente ( )
- 4) Viuda ( )
- 5) Divorciada ( )

**3. GRADO DE ESTUDIOS**

- 1) Sin grado de instrucción ( )
- 2) Primaria completa ( )
- 3) Primaria incompleta ( )
- 4) Secundaria completa ( )
- 5) Secundaria incompleta ( )
- 6) Superior completa ( )
- 7) Superior incompleta ( )

**4. OCUPACIÓN**

- 1) Ama de casa ( )
- 2) Comerciante ( )
- 3) Otras ( )

**5. RELIGIÓN**

- 1) Católica ( )
- 2) Evangélica ( )
- 3) Otras ( )

**6. APOYO FAMILIAR**

- 1) Si ( )
- 2) No ( )

**7. CONVIVENCIA**

- 1) Sola ( )
- 2) Pareja/Esposo ( )
- 3) Hijos ( )
- 4) Otros ( )

## II. VIOLENCIA HACIA LA ADULTA MAYOR.

<b>VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD</b>			
<b>2.1. INFANTILIZACIÓN. - <i>tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.</i></b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿El personal de salud que la atendió le preguntó sobre su enfermedad descortésmente a usted o al familiar que le acompañó?		
2	¿El personal de salud que la atendió, cuando le habló, la hizo sentir como si fuera una niña?		
3	¿El personal de salud que la atendió la hizo sentir incapaz de seguir una indicación médica?		
4	¿El personal de salud que la atendió la hizo pasar vergüenza por las cosas que usted dice o hizo?		
<b>2.2. DESPERSONALIZACIÓN: <i>proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares de la paciente.</i></b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿El personal de salud que la atendió la jaló bruscamente sin tener en cuenta su edad?		
2	¿El personal de salud que la atendió realizó comentarios hirientes sobre su salud?		
3	¿El personal de salud que la atendió se burló de su enfermedad o dolencia?		
<b>2.3. DESHUMANIZACIÓN. - <i>no solo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidad de su propia vida.</i></b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿El personal de salud que la atendió la desvistió bruscamente durante la atención de salud?		
2	¿El personal de salud que la atendió comentó sobre su problema de salud en voz alta, con otros pacientes o personal de salud?		
3	¿El personal de salud que la atendió le tocó sus partes íntimas sin su consentimiento?		

<b>2.4. VICTIMIZACIÓN: ataques a la integridad física y moral de la adulta mayor mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿El personal de salud que la atendió le negó algún medicamento porque no confía en usted?		
2	¿El personal de salud que la atendió se burló de usted por su aspecto físico?		
3	¿El personal de salud que la atendió se burló de usted por su vestimenta?		
4	¿El personal de salud que la atendió la jaló o empujó para conducirla a otro lugar?		
5	¿El personal de salud que la atendió no le hizo caso cuando usted hablaba?		

Gracias por su participación.

<b>Categorías</b>	<b>Indicadores</b>
Presencia	Ítems: con 1 o más respuestas afirmativas (Si)
Ausencia	Ítems: 0, con respuestas negativas (No)

ANEXO 03

KUDER-RICHARDSON

Código	INFANTILIZACIÓN				DESPERSONALIZACIÓN			DESHUMANIZACIÓN			VICTIMIZACIÓN						
	1	2	3	4	1	2	2	1	2	2	1	2	3	4	5		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1		12
2	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1		5
3	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1		7
4	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1		4
5	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1		5
6	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1		5
7	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1		5
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1		11
9	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1		7
<b>p</b>	0.33	1.00	0.89	0.33	0.22	0.89	0.22	0.33	0.56	0.00	0.78	0.22	0.00	0.00	1.00		<b>8.19</b>
<b>q=(1-p)</b>	0.67	0.00	0.11	0.67	0.78	0.11	0.78	0.67	0.44	1.00	0.22	0.78	1.00	1.00	0.00		
<b>pq</b>	<b>0.22</b>	<b>0.00</b>	<b>0.10</b>	<b>0.22</b>	<b>0.17</b>	<b>0.10</b>	<b>0.17</b>	<b>0.22</b>	<b>0.25</b>	<b>0.00</b>	<b>0.17</b>	<b>0.17</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	1.80	3.60

$$Kr_{20} = r = \frac{N}{N - 1} \times \frac{S^2 - \sum p.q}{S^2}$$

**KR(20) 0.835755**



## ANEXO 04

**TABLA 8. Tipo de violencia: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

<b>Dimensiones</b>	<b>Presencia</b>		<b>Ausencia</b>		<b>Total</b>	
	N°	%	N°	%	n	%
Infantilización	83	87,4	12	12,6	95	100
Despersonalización	5	5,3	90	94,7	95	100
Deshumanización	13	13,7	82	86,3	95	100
Victimización	62	65,3	33	34,7	95	100

ANEXO 05

**TABLA 9. Atención de salud según características sociodemográficas de las adultas mayores. Puerta de Entrada Encañada - Cajamarca, 2024**

Características socio-demográficas	Violencia				Total	
	Presencia		Ausencia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Edad</b>						
De 60 – 69 años	31	86,1	5	13,9	36	100
De 70 - 79 años	30	85,7	5	14,3	35	100
De 80 años a más	20	83,3	4	16,7	24	100
<b>Estado civil</b>						
Soltera	13	81,3	3	18,8	16	100
Casada	24	92,3	2	7,7	26	100
Conviviente	21	80,8	5	19,2	26	100
Viuda	23	85,2	4	14,8	27	100
<b>Grado de instrucción</b>						
Analfabeta	53	86,9	8	13,1	61	100
Primaria complete	10	90,9	1	9,1	11	100
Primaria incompleta	15	78,9	4	21,1	19	100
Secundaria completa	2	66,7	1	33,3	3	100
Secundaria incompleta	1	100,0	0	0,0	1	100
<b>Ocupación</b>						
Ama de casa	77	85,6	13	14,4	90	100
Comerciante	2	66,7	1	33,3	3	100
Otras	2	100,0	0	0,0	2	100
<b>Religión</b>						
Católica	23	82,1	5	17,9	28	100
Evangélica	55	85,9	9	14,1	64	100
Otras	1	100,0	0	0,0	1	100
Ninguna	2	100,0	0	0,0	2	100
<b>Apoyo familiar</b>						
Si	71	83,5	14	16,5	85	100
No	10	100,0	0	0,0	10	100
<b>Convivencia</b>						
Sola	7	70,0	3	30,0	10	100
Pareja/Esposo	40	87,0	6	13,0	46	100
Hijos	29	85,3	5	14,7	34	100
Otros	5	100	0	0,0	5	100



# KELY TATIANA VARGAS CORTEZ

## TESIS KELY TATIANA VARGAS CORTEZ.pdf

 Universidad Nacional de Cajamarca

### Detalles del documento

Identificador de la entrega  
trn:oid:::3117:427004386

44 Páginas

Fecha de entrega  
5 feb 2025, 7:23 p.m. GMT-5

11,625 Palabras

Fecha de descarga  
5 feb 2025, 7:47 p.m. GMT-5

60,655 Caracteres

Nombre de archivo  
TESIS KELY TATIANA VARGAS CORTEZ.pdf

Tamaño de archivo  
452.3 KB




## 13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

### Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

### Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 7% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet		
hdl.handle.net			5%
2	Internet		
repositorio.unc.edu.pe			<1%
3	Internet		
repositorioinstitucional.ceu.es			<1%
4	Internet		
dspace.unitru.edu.pe			<1%
5	Internet		
dspace.udla.edu.ec			<1%
6	Internet		
es.scribd.com			<1%
7	Internet		
www.coursehero.com			<1%
8	Trabajos entregados	uncedu on 2025-01-27	<1%
9	Trabajos entregados	uncedu on 2025-01-23	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-12-16	<1%
11	Trabajos entregados	consultoriadeserviciosformativos on 2023-03-22	<1%