

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POSTGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**RELACIÓN ENTRE LA SOSPECHA DE MALTRATO CON  
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup>  
CENTRO DEL ADULTO MAYOR ZAMÁCOLA - ESSALUD.  
AREQUIPA, 2015**

Tesis presentada por el Magister  
**LUIS FERNANDO SOTOMAYOR CUADROS**  
Para obtener el Grado Académico de  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AREQUIPA - PERÚ  
2017**



*A mis queridos padres.*



*“Envejecer es como escalar una gran montaña:  
mientras se sube las fuerzas disminuyen,  
pero la mirada es más libre,  
la vista más amplia y serena”.*

*Ingmar Bergman*

## ÍNDICE GENERAL

	Página.
RESUMEN.....	05
ABSTRACT .....	06
INTRODUCCIÓN .....	07
CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS	
1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	14
1.1. Tablas y gráficas de información general.....	14
1.2. Tablas y gráficas referentes a la variable sospecha de maltrato .....	24
1.3. Tabla y gráfica referente a la variable ansiedad.....	28
1.4. Tabla y gráfica referente a la variable depresión .....	30
1.5. Tablas y gráficas referentes a la relación entre variables .....	32
2. DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES .....	39
RECOMENDACIONES .....	40
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	41
BIBLIOGRAFÍA .....	45
HEMEROGRAFÍA.....	49
INFORMATOGRAFÍA .....	53
ANEXOS	
▪ ANEXO Nro. 1: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	58
▪ ANEXO Nro. 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	113
▪ ANEXO Nro. 3: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN .....	115
▪ ANEXO Nro. 4: ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	121
▪ ANEXO Nro. 5: CONSTANCIA DE INVESTIGACIÓN.....	129
▪ ANEXO Nro. 6: DICTÁMEN COMITÉ DE ÉTICA .....	131
▪ ANEXO Nro. 7: SECUENCIA FOTOGRÁFICA.....	135

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental relacionar la sospecha de maltrato con ansiedad y depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD.

El tipo de investigación que se realizó fue de campo, observacional analítico, transversal, prospectivo, comunicacional y de nivel relacional. La investigación se desarrolló en una muestra representativa de 182 adultos mayores a los cuales se les aplicó dos instrumentos: Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores EASI y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS, siendo la técnica de recolección el cuestionario.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó a través de estadística descriptiva e inferencial.

Los resultados que se obtuvieron sobre la variable sospecha de maltrato fueron 42.3% para la sospecha, mientras que 57.7% para la no sospecha.

Para la variable ansiedad se encontró como casos de ansiedad a un 33.5%, casos probables un 57.2% y ausencia de ansiedad a un 9.3%.

Para la variable depresión se encontró como casos de depresión a un 18.1%, casos probables 50.0% y ausencia de depresión un 31.9%.

No se encontró relación entre la sospecha de maltrato con ansiedad y depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor, con una significancia de 0.05.

Palabras clave: Sospecha de maltrato, ansiedad, depresión.

## ABSTRACT

The present study had as main objective to relate the suspicion of abuse with anxiety and depression in insured persons of the 1<sup>st</sup> Center of the Elderly in Zamácola - EsSALUD.

The type of research that was realized was of field, observational analytical, transversal, prospective, communicational and relational level. The investigation was developed in a representative sample of 182 older adults, who were given two instruments: Elder Abuse Suspicion Index EASI and the Hospital Anxiety and Depression Scale HADS, being the compilation skill the questionnaire.

The prosecution and analysis of the information was realized across descriptive statistics and inferencial.

The results that were obtained on the variable maltreatment were 42.3% for the suspicion, while 57.7% for does no suspect.

For the variable anxiety one found like cases of anxiety 33.5%, probable cases 57.2% and absence of anxiety 9.3%.

For the variable depression one found like cases of depression 18.1%, probable cases 50.0% and absence of depression 31.9%.

There was no relation between the suspicion of abuse and depression in insured persons of the 1<sup>st</sup> Center of the Elderly, with a significance of 0.05.

Keywords: Suspicion of abuse, anxiety, depression.

## INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 1990 designa el 1° de octubre como el “Día Internacional de las Personas de Edad”. De igual forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2016 en el día en mención, recordando y celebrando este acontecimiento, mediante su centro de prensa, señaló que, “la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Igualmente, indicó que la gran mayoría de estas personas vivirá en países de ingresos bajos y medianos”.

Estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el año 2020 indican que, en Perú los adultos mayores llegarán al 12,5% de la población en base al censo nacional de población y vivienda realizado el año 2007. Según datos de los censos nacionales de los años 2005 y 2007 el porcentaje de personas adultas mayores era de 7.68% (2'146,000) y 9.1% (2'495,643) respectivamente; por otra parte estos censos muestran que la expectativa de vida ha aumentado: los nacidos entre los años 85-90 tienen una esperanza de vida de 64 años, mientras que los peruanos nacidos en el año 2002, tendrán una esperanza de vida de 70 años según estimaciones y proyecciones de la población total, urbana y rural por años calendario y edades simples 1970-2025. El estudio realizado por el INEI en el año 2005, proyecta que cada vez tendremos más

adultos mayores, muy mayores. Estos cambios demográficos pueden traer consigo dificultades a nivel sanitario y social como lo indican Cáceres y Soto (2014). Hay que advertir que aquel futuro escenario sería bastante problemático sino estamos preparados para esta situación que se viene en adelante.

Es importante tener en cuenta estas proyecciones, para tener un referente sobre el futuro y darle la importancia necesaria a esta población que viene creciendo y hasta el momento se caracteriza por ser muy silenciosa y bastante vulnerable ante situaciones como la violencia familiar. De acuerdo a Muñoz del Carpio Toia, A. (2012) puede corroborarse la ausencia de investigación relacionada con el maltrato hacia el adulto mayor en nuestro medio. Sin embargo, es necesario entender mejor los aspectos de esta etapa del desarrollo humano revalorando esta última etapa del ciclo de vida y para lograr tal cometido necesitamos una mejor comprensión de dicha etapa para mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor y el entorno que la acompaña.

La OMS ha puesto un especial interés desde el año 2000 en las enfermedades psiquiátricas y en la salud mental ya que estas se incrementarán notablemente durante este siglo. Trastornos mentales como ansiedad y depresión abundan en los consultorios de todo el país, y este notable incremento viene siendo tratado con especial atención por médicos, psiquiatras y psicólogos en poblaciones que no son del adulto mayor, pues la urgencia de mantener saludable al niño, al adolescente, especialmente al adulto por pertenecer aún a la clase laboral, va en detrimento de la salud mental del adulto mayor, a quien no se le ha puesto aún la suficiente

atención. Un hallazgo aún más trágico es que los síntomas de depresión están aumentando considerablemente en la población de ancianos que va creciendo día tras día. Wallace y O'Hara (1992) encontraron que los ciudadanos de edad avanzada llegan a deprimirse en forma constante en un periodo de tres años. Ellos sugieren con algunas pruebas que, esta tendencia está relacionada con el aumento de enfermedades y la disminución del apoyo social; en otras palabras, a medida que uno se vuelve más débil y más solo, el resultado psicológico resulta en depresión, la cual aumenta la probabilidad de que la persona se vuelva todavía más frágil y tenga mucho menos apoyo social. Esta fragilidad se convierte en una amenaza ya que el entorno familiar y social puede aprovecharse de la situación del adulto mayor, sumado a esto también están los vacíos legales que puedan desproteger a los ancianos ante cualquier tipo de abuso.

El Instituto de Análisis y Comunicación Integración en el año 2016 señaló que, el 80% de peruanos con problemas de salud mental no son atendidos, es decir, solo el 20% de personas en el Perú reciben una atención en cierta manera más adecuada frente a esta problemática de salud mental. Igualmente mencionan que, alrededor de 4 millones de peruanos tienen una enfermedad mental y que de no tratarse esta, esta puede incapacitar a la persona para enfrentar los problemas del día a día. Lamentablemente la mayoría de afectados no recibe tratamiento adecuado. A la par, refieren que los trastornos más comunes a nivel mundial son dos enfermedades mentales: la depresión y la ansiedad, las cuales afectan actualmente a más de 600 millones de personas según la OMS.

Por otro lado, es muy probable que la ansiedad entendida como un estado de desesperación, un desasosiego que provoca intranquilidad, se manifieste de manera desoladora en la persona adulta mayor, que viéndose en soledad y frecuentemente abandonada, caiga en una sensación de malestar, llevándola inclusive a preocuparse por la muerte y aferrarse a la vida de una manera desproporcionada. Atender y entender a las personas adultas mayores es una cuestión fundamentalmente humana que requiere sensibilidad por parte de todos y esta actitud deberá estar acompañada de una asistencia informativa y especializada propuesta por profesionales mediante la implementación de programas de atención primaria en salud, fundamentalmente para que puedan ingresar a la realidad existencial del período de vida que atraviesa el adulto mayor en esta etapa. Evidentemente, en nuestro contexto no existen suficientes cuerpos especializados en este tipo de atención, ni tampoco el conocimiento adecuado para la creación e implementación de procedimientos uniformizados para abordar su casuística. Hay que distinguir a la ansiedad de los conceptos de otras emociones relacionadas como el miedo y la preocupación que se caracterizan por su naturaleza y proceso, asimismo, sobre otros acontecimientos cognitivos como problema-solución, nos indica Borkovec, Robinson y Pruzinsky (1982). No es una tarea fácil llevar a cabo esta delimitación de manera estricta ya que se entrelazan entre sí sus características.

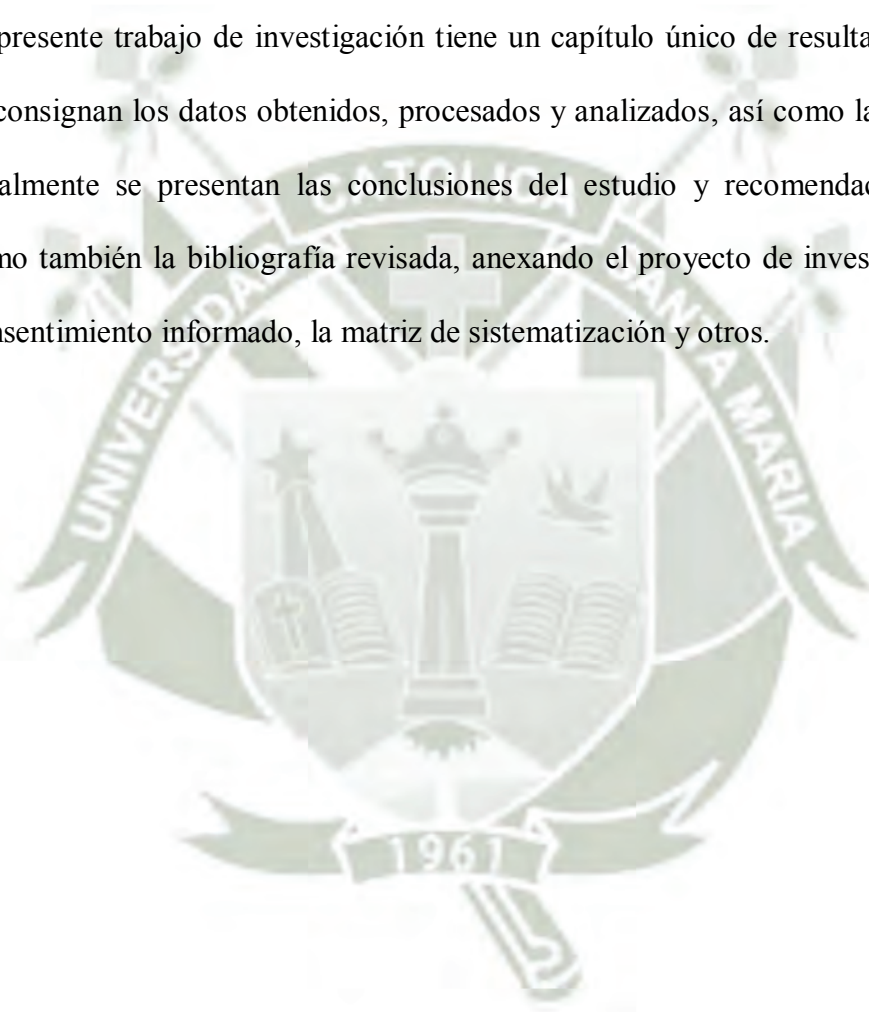
Según estimaciones que provienen de la OMS indican que, para el año 2020 la principal causa de deserción laboral será la depresión, es importante señalarla como un dato importante. La depresión tiene una sintomatología que a menudo se

enmascara o traslapa a lo largo del curso de la misma y para cuando llega un adulto mayor a consulta médica por problemas físicos resultan estar en paralelo asociados a la somatización y tener estos malestares un origen psicológico, generalmente estos aspectos son obviados y no se tiene en cuenta el cuadro depresivo y estos casos por lo general no se derivan a interconsulta. Hirschfeld y colaboradores (1997) señalan que, la mayoría de los casos de depresión se encuentran sin tratamiento debido a que ni los profesionales de la salud ni los pacientes reconocen, identifican o diagnostican correctamente la depresión o no están al tanto de la existencia de los tratamientos eficaces y exitosos. Muchas veces la sensación de desesperanza o abandono que atraviesa una persona con depresión puede ocasionar un severo sufrimiento y malestar que se torna verdaderamente desolador. Es injusto observar como una persona que aportó durante toda su vida a la sociedad quede en un estado de abandono y miseria sin que nadie haga algo al respecto. Por esta razón, Barlow D. y Durand, V. (2003) señalan la importancia de conocer los tratamientos para la depresión.

Se debe considerar que, la evidencia de sospecha de maltrato en el adulto mayor en nuestra sociedad no es solo una contribución sino un deber de carácter ético en el ejercicio del cuidado de la salud y un compromiso permanente que tenemos todos quienes laboramos en el campo de la salud y nos desempeñamos como padres, hijos o nietos en la sociedad. Bruce (2002) señala algunos de los sucesos que determinan esta problemática y se vinculan en las interrelaciones de dependencia hacía el entorno familiar por parte de las personas de mayor edad y se convierten en factores de riesgo para desencadenar la depresión y pueden

convertirse en un círculo vicioso mortal, entre estos sucesos están la muerte del cónyuge, la carga o el cuidado de un anciano delicado de salud sea por parte de uno de los cónyuges, de los hijos o de algún otro familiar, la pérdida de la independencia financiera o la manipulación para recibir herencias en vida u otros bienes, entre otros hechos que debemos denunciar.

El presente trabajo de investigación tiene un capítulo único de resultados, donde se consignan los datos obtenidos, procesados y analizados, así como la discusión, igualmente se presentan las conclusiones del estudio y recomendaciones. Así como también la bibliografía revisada, anexando el proyecto de investigación, el consentimiento informado, la matriz de sistematización y otros.





# **CAPÍTULO ÚNICO**

## **RESULTADOS**

## 1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

### 1.1. Tablas y gráficas de información general.

**TABLA Nro. 1**

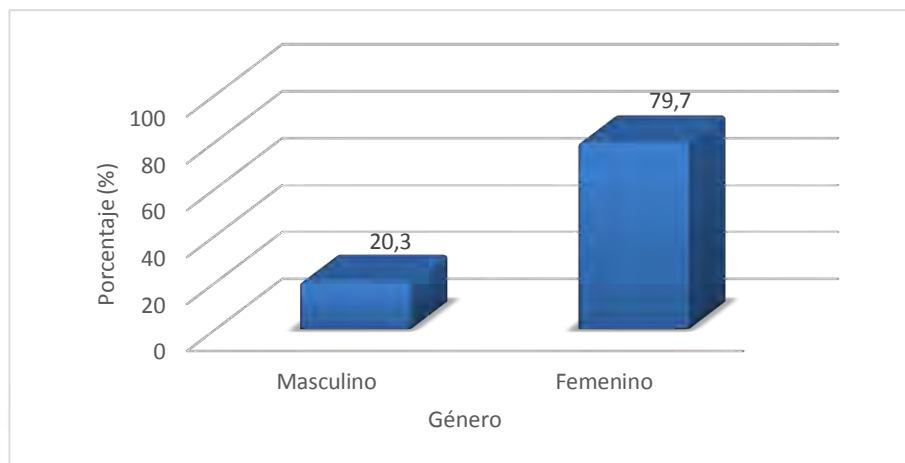
**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO**

Género	Asegurados	
	Nº	%
Masculino	37	20.3
Femenino	145	79.7
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

## GRÁFICA Nro. 1

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GÉNERO



FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, el mayor porcentaje de asegurados encuestados con un 79.7% son del género femenino, mientras que el 20.3% son del género masculino.

TABLA Nro. 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL ESTADO CIVIL**

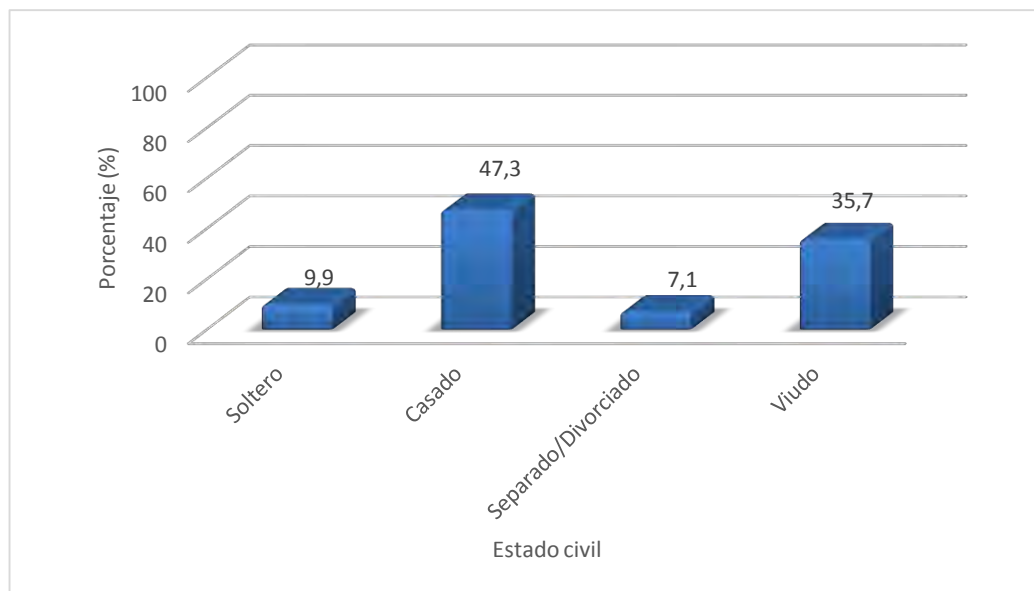
Estado Civil	Asegurados	
	Nº	%
Soltero	18	9.9
Casado	86	47.3
Separado/Divorciado	13	7.1
Viudo	65	35.7
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)



## GRÁFICA Nro. 2

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL ESTADO CIVIL



FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, el mayor porcentaje de asegurados encuestados con un 47.3% tienen estado civil casado mientras que el menor porcentaje de asegurados con 7.1% son separados o divorciados.

TABLA Nro. 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CON QUIÉNES CONVIVEN**

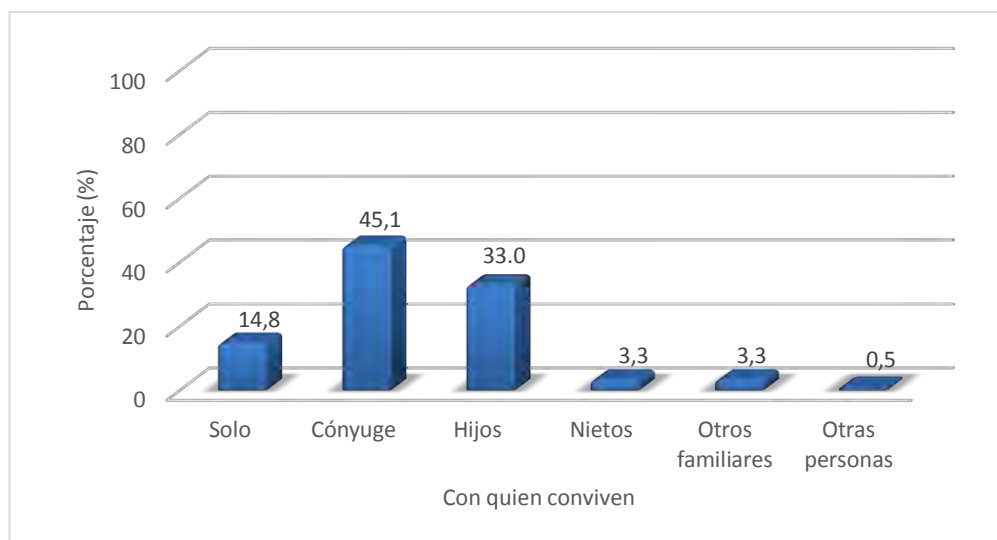
Con quiénes conviven	Asegurados	
	N°	%
Solo	27	14.8
Cónyuge	82	45.1
Hijos	60	33.0
Nietos	6	3.3
Otros familiares	6	3.3
Otras personas	1	0.5
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)



### GRÁFICA Nro. 3

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CON QUIÉNES CONVIVEN



FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, el mayor porcentaje de asegurados encuestados con un 45.1% indican que conviven con sus cónyuges mientras que el menor porcentaje de asegurados con un 0.5% conviven con otras personas.

TABLA Nro. 4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO**

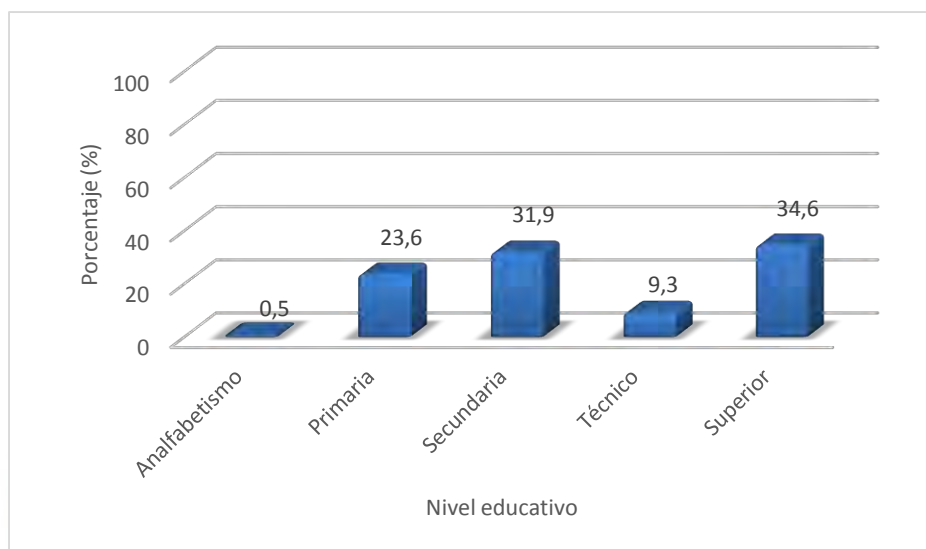
Nivel Educativo	Asegurados	
	Nº	%
Analfabetismo	1	0.5
Primaria	43	23.6
Secundaria	58	31.9
Técnico	17	9.3
Superior	63	34.6
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)



### GRÁFICA Nro. 4

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO



FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, el mayor porcentaje de asegurados encuestados con un 34.6% menciona tener un nivel educativo superior mientras que el menor porcentaje de asegurados con 0.5% refieren encontrarse en el analfabetismo.

TABLA Nro. 5

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA DEPENDENCIA  
ECONÓMICA**

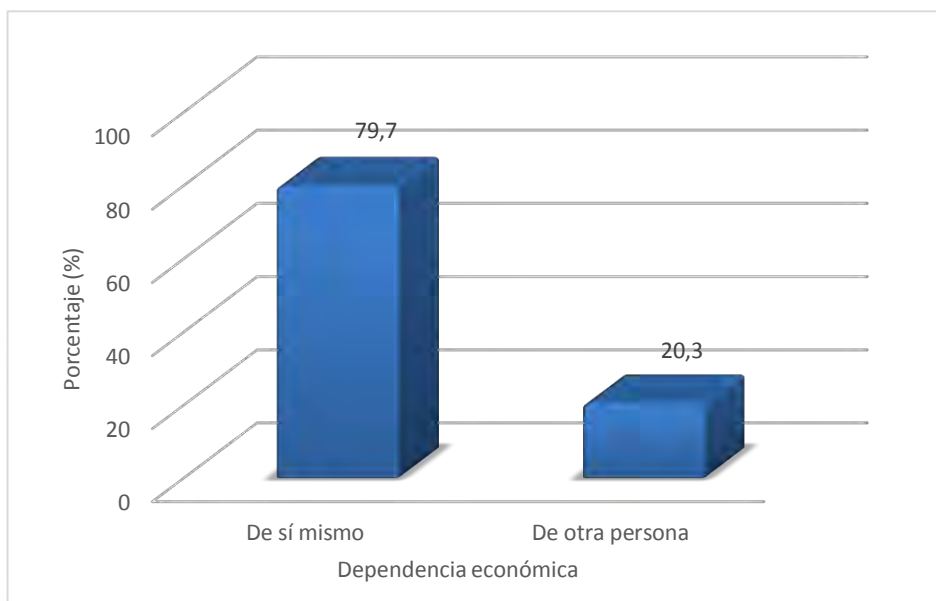
Dependencia Económica	Asegurados	
	N°	%
De sí mismo	145	79.7
De otra persona	37	20.3
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)



## GRÁFICA Nro. 5

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA DEPENDENCIA ECONÓMICA



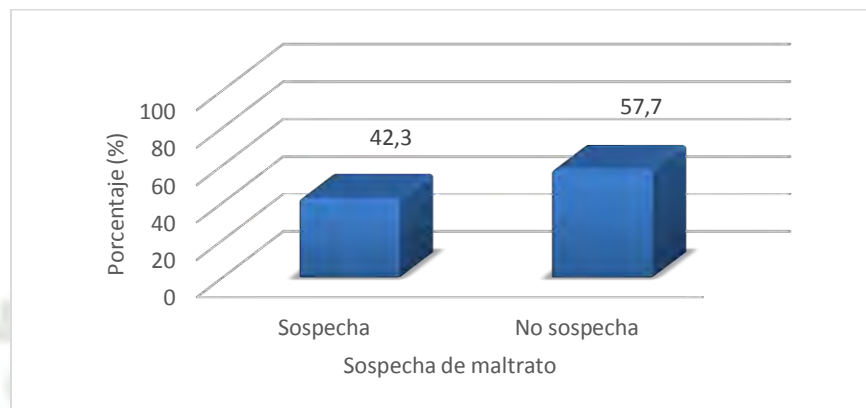
FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, del total de asegurados encuestados el 79.7% indican que su economía depende de sí mismos mientras que el 20.3% dependen de otra persona.

**1.2. Tablas y gráficas referentes a la variable Sospecha de Maltrato.****TABLA Nro. 6****DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA PRESENCIA DE  
SOSPECHA DE MALTRATO**

Sospecha de Maltrato	Asegurados	
	N°	%
Sospecha	77	42.3
No sospecha	105	57.7
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

**GRÁFICA Nro. 6****DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA PRESENCIA DE  
SOSPECHA DE MALTRATO**

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

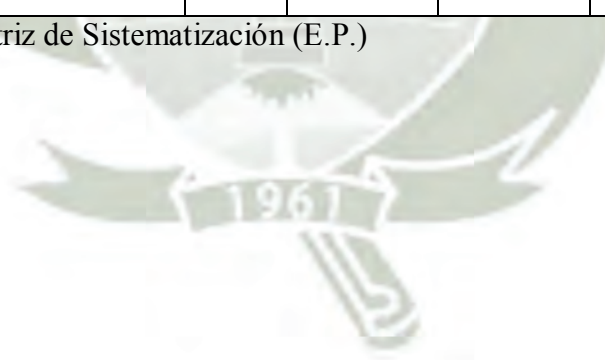
Se observa que, del total de asegurados encuestados el 57.7% no evidencia la presencia de sospecha de maltrato mientras que el 42.3% si evidencia la presencia de sospecha de maltrato.

**TABLA Nro. 7**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LOS SUB-INDICADORES DE  
SOSPECHA DE MALTRATO**

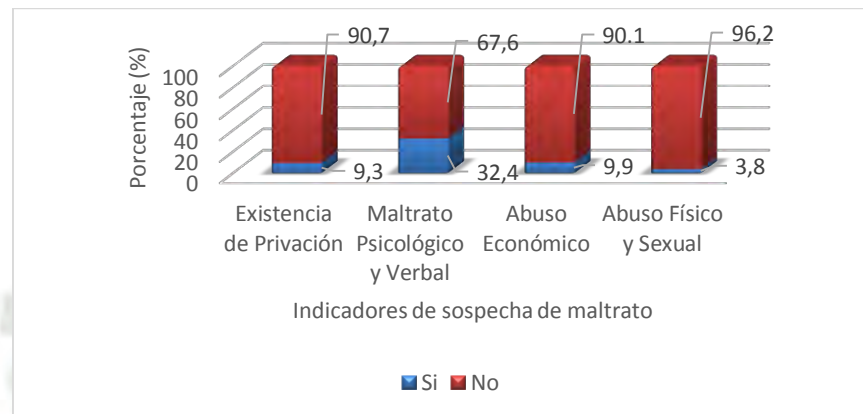
Sub-Indicadores de Sospecha de Maltrato		Asegurados		Total	
		Nº	%	Nº	%
Existencia de Privación	Si	17	9.3	182	100.0
	No	165	90.7		
Maltrato Psicológico y Verbal	Si	59	32.4	182	100.0
	No	123	67.6		
Abuso Económico	Si	18	9.9	182	100.0
	No	164	90.1		
Abuso Físico y Sexual	Si	7	3.8	182	100.0
	No	175	96.2		

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)



## GRÁFICA Nro. 7

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LOS SUB-INDICADORES DE SOSPECHA DE MALTRATO



FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, de manera general los asegurados encuestados en su mayoría no evidencian la presencia de sospecha de maltrato en los sub-indicadores: existencia de privación, maltrato psicológico y verbal, abuso económico y abuso físico y sexual. Cabe resaltar que en el sub-indicador maltrato psicológico y verbal un importante número y porcentaje de asegurados evidenciaron este sub-indicador (59 - 32.4%) en comparación con los otros sub-indicadores cuya presencia fue mínima.

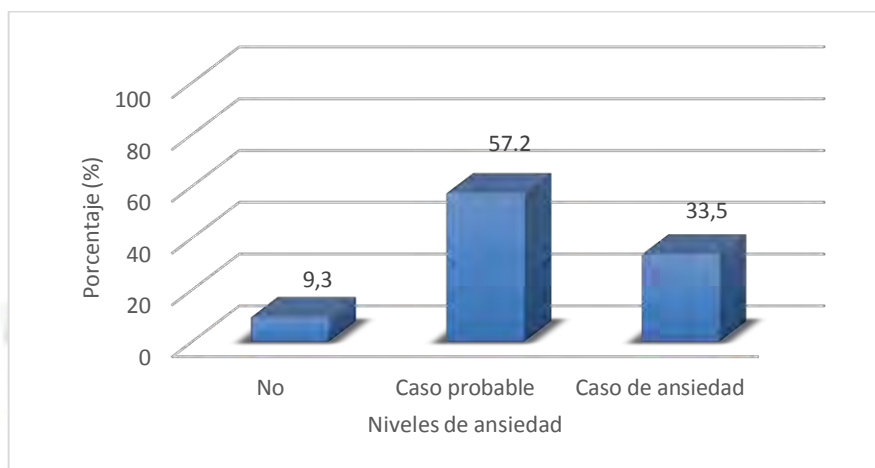
**1.3. Tabla y gráfica referentes la variable Ansiedad.****TABLA Nro. 8****DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LOS NIVELES DE  
ANSIEDAD**

Niveles de Ansiedad	Asegurados	
	N°	%
Normalidad	17	9.3
Caso probable	104	57.2
Caso de ansiedad	61	33.5
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

## GRÁFICA Nro. 8

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LOS NIVELES DE ANSIEDAD



FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, el mayor porcentaje de asegurados encuestados con un 57.1% si evidencia caso probable de ansiedad, mientras que, un menor porcentaje de asegurados 9.3% no presentan ansiedad.

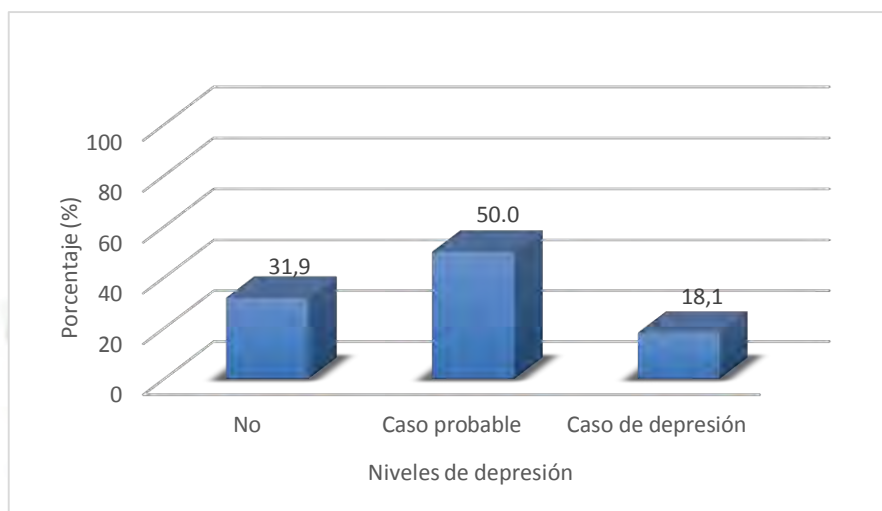
**1.4. Tabla y gráfica referentes a la variable Depresión.****TABLA Nro. 9****DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LOS NIVELES DE  
DEPRESIÓN**

Niveles de Depresión	Asegurados	
	N°	%
Normalidad	58	31.9
Caso probable	91	50.0
Caso de depresión	33	18.1
Total	182	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

## GRÁFICA Nro. 9

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN



FUENTE: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, el mayor porcentaje de asegurados encuestados con un 50.0% si evidencia caso probable de depresión, mientras que, un menor porcentaje 18.1% se determinaron como caso de depresión.

**1.3. Tablas y gráficas referentes a la relación entre variables.**

**TABLA Nro. 10**

**RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOSPECHA DE  
MALTRATO Y NIVEL DE ANSIEDAD**

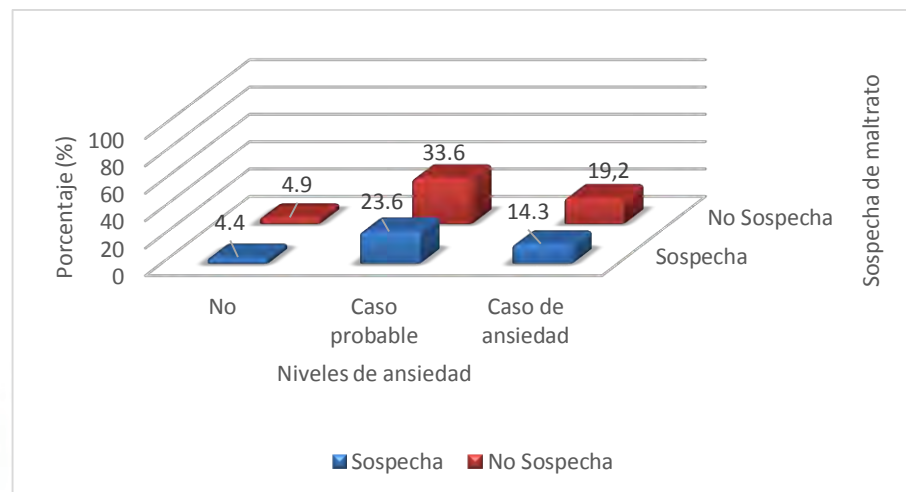
Niveles de Ansiedad	Sospecha de Maltrato				Total	
	Sospecha		No Sospecha			
	N°	%	N°	%	N°	%
Normalidad	8	4.4	9	4.9	17	9.3
Caso probable	43	23.6	61	33.6	104	57.2
Caso de ansiedad	26	14.3	35	19.2	61	33.5
Total	77	42.3	105	57.7	182	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización (E.P.)

$X^2 = 0.199$        $P = 0.905$        $(P \geq 0.05) N.S.$

## GRÁFICA Nro. 10

### RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOSPECHA DE MALTRATO Y NIVEL DE ANSIEDAD



Fuente: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, del total de asegurados, mayormente se han presentado casos probables de ansiedad en un 57.2%, los que se relacionan predominantemente con la no sospecha de maltrato en un 33.6%.

En menor porcentaje se presentan los casos con ansiedad (33.5%), que se relacionan en su mayoría con la no sospecha de maltrato en un 19.2%.

Es importante resaltar que también existe un buen porcentaje de estos asegurados que han evidenciado sospecha de maltrato con un 23.6% y 14.3% respectivamente.

Según la prueba del  $X^2$  se aprecia que los niveles de ansiedad y la sospecha de maltrato no presentan relación estadística significativa ( $P = 0.905$ ).

**TABLA Nro. 11**

**RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOSPECHA DE  
MALTRATO Y NIVEL DE DEPRESIÓN**

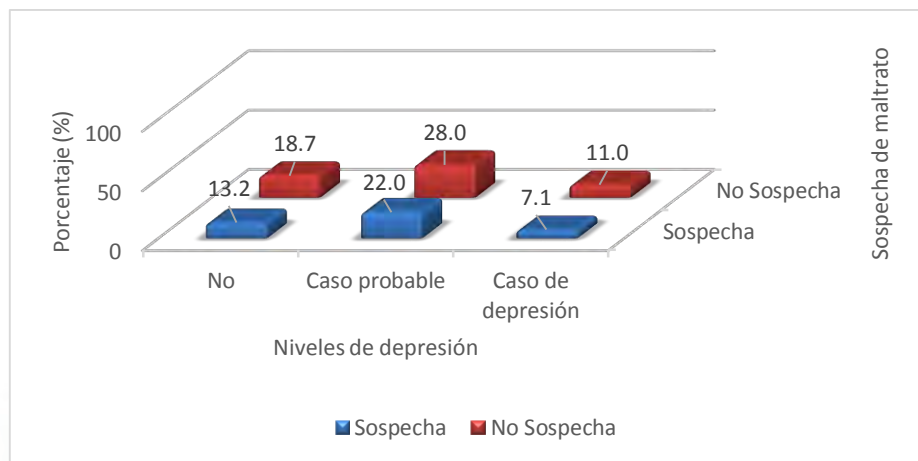
Niveles de Depresión	Sospecha de Maltrato				Total	
	Sospecha		No Sospecha			
	N°	%	N°	%	N°	%
Normalidad	24	13.2	34	18.7	58	31.9
Caso probable	40	22.0	51	28.0	91	50.0
Caso de depresión	13	7.1	20	11.0	33	18.1
Total	77	42.3	105	57.7	182	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización (E.P.)

$X^2 = 0.237$        $P = 0.888$        $(P \geq 0.05)$  N.S.

## GRÁFICA Nro. 11

### RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOSPECHA DE MALTRATO Y NIVEL DE DEPRESIÓN



Fuente: Matriz de Sistematización (E.P.)

Se observa que, del total de los asegurados, en su mayoría estos son casos probables y casos de depresión en un 50.0% y 18.1% respectivamente, los mismos que mayormente se relacionan con la no sospecha de maltrato en un 28.0% y 11.0%.

Es importante resaltar que también existe un buen porcentaje de estos asegurados que han evidenciado sospecha de maltrato con un 22.0% y 7.1%.

Cabe resaltar que existe un importante porcentaje de asegurados que no evidencia depresión con un 31.9%, pero que si se relaciona con sospecha de maltrato en un 13.2%.

Según la prueba del  $X^2$  se aprecia que los niveles de depresión y la sospecha de maltrato no presentan relación estadística significativa ( $P = 0.888$ ).

## 2. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación evidencian que el 42.3%, es decir, 77 asegurados reportan sospecha de maltrato, esta cifra es relevante y se debe tomar en consideración como un referente para posteriores estudios sobre este tema; de igual manera, cabe mencionar la distribución de los resultados en cuanto a los sub indicadores de la variable sospecha de maltrato en donde se observa que en un 32.4%, es decir, 59 asegurados evidencian la presencia de sospecha de maltrato psicológico y verbal, resultado que es similar a los de la investigación realizada por Pérez Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P. y Espinosa, J. M. (2013) siendo ahí el tipo más frecuente el maltrato psicológico. Por otro lado, los sub indicadores abuso económico con 9.3%, (17 asegurados), existencia de privación con 9.9% (18 asegurados) y abuso físico y sexual 3.8% (7 asegurados) no dejan de ser menos importantes por representar cifras menores, es por ello que resaltar a estos dejará un precedente para que sean tomados en consideración por futuros investigadores ya que debe alarmar solo el hecho de observar la presencia de sospecha de maltrato en abuso físico y sexual por más mínima que sea, igualmente con el abuso económico ya que las personas adultas mayores tienen temor por quedar desamparados económicamente, por otro lado evidenciar la existencia de privación en ancianos debe generar otras alternativas de detección e intervención dentro del hogar, una persona con privación y limitaciones es muy difícil que pueda recibir ayuda de las distintas entidades que a la actualidad velan por proteger a esta población vulnerable.

De la misma forma, se observa en la variable ansiedad 57.2% (104 asegurados) con caso probable de ansiedad y 33.5% (61 asegurados) con caso de ansiedad, estas cifras indican la fragilidad en la que se encuentra la salud mental de las personas adultas mayores, siendo estos datos corroborados con los resultados en cuanto a la variable depresión en la que se observa 50.0% (91 asegurados) con caso probable de depresión y 18.1% (33 asegurados) con caso de depresión, es importante tener en cuenta estos datos ya que se trata de personas que presentan sintomatología ansiosa y depresiva y con solo observar estos datos obtenidos el profesional que labora en el ámbito de la salud en general debe profundizar en las formas de intervención que ayuden a neutralizar los síntomas mencionados con un abordaje específico y tratamiento enfocado en el adulto mayor sosteniéndose con sus entornos familiares y se fortalezca la salud mental de estas personas vulnerables a presentar este tipo de síntomas ansioso depresivos.

Pese a las importantes cifras mencionadas, se acepta la hipótesis nula al establecer la relación entre las variables de estudio, de pronto profundizar en estudios con otras variables pueda aclarar la relación entre sospecha de maltrato, ansiedad o depresión, siendo probable que exista relación con cualquier otra variable interviniente y esta pueda ser el desencadenante que afecte la salud mental de los adultos mayores y por ende su calidad de vida, en ese sentido es importante desarrollar líneas de investigación sobre esta problemática que ayuden a descartar otras posibles fuentes de origen y esto permita desarrollar abordajes de detección, intervención y tratamiento más adecuados con una punto de vista más preventivo.

La esperanza de vida en el mundo según lo refieren Urrusuno Carbajal, F., Rodríguez Fernández, R. y Vásquez Abreu, R. L. (2010) viene incrementándose paulatinamente en las últimas décadas en el mundo señalando que para el año 2020 existirán por primera vez más ancianos que niños. Nuestra sociedad no está exenta a estos cambios y lo corroboran los estudios realizados por el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), debemos estar preparados para enfrentar este eventual escenario que poco a poco se viene haciendo realidad en nuestra sociedad. Crear una cultura de paz en la cual la indiferencia no sea la que prime sino la comprensión de aspectos que representan a esta última etapa del ciclo de la vida.

En nuestro contexto social a la actualidad existe un enorme vacío investigativo sobre esta problemática y es por tal motivo que el presente estudio le da una considerable importancia al marco conceptual desarrollado por Perez Rojo, G. Chullían Horrillo, A. (2013) en donde revisa y describe sistemáticamente estudios realizados en el exterior de nuestro país, Esto debe motivar a generar literatura investigativa sobre este tema en nuestra realidad para poder delimitar mejores maneras de entender esta problemática que permitan generar estrategias adecuadas a esta población vulnerable.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Mayormente existe la no sospecha de maltrato en los asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD.

**SEGUNDA:** El nivel de ansiedad de mayor prevalencia es caso probable en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD.

**TERCERA:** El nivel de depresión de mayor prevalencia es caso probable en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD.

**CUARTA:** La prueba inferencial de  $X^2$  ha demostrado que no existe relación estadísticamente significativa entre sospecha de maltrato con ansiedad y depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD.

**QUINTA:** Consecuentemente, se acepta la hipótesis nula, la cual refiere que no existe relación entre sospecha de maltrato con ansiedad y depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD con el nivel de significancia de 0.05.

## RECOMENDACIONES

- a) Se sugiere al Gerente de la Red Asistencial Arequipa de EsSALUD, investigar más sobre este tema con los mismos y otros instrumentos de medición y evaluación adaptados para personas adultas mayores que permitan contrastar los resultados obtenidos en el presente estudio.
- b) Se recomienda realizar un diagnóstico situacional anual del adulto mayor en relación a su entorno familiar.
- c) Se propone la extensión de este tipo de programas asistenciales para adultos mayores como lo hace el 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor en el cual se desarrolló la presente investigación ya que es probable que tenga un efecto positivo en los asegurados.
- d) Se sugiere realizar con más frecuencia charlas y talleres sobre maltrato, ansiedad y depresión como las lleva a cabo a la actualidad el especialista en psicología geriátrica del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor, esto con la intención de generar una cultura preventiva y no solo de intervención, con la finalidad de evitar la ocurrencia de casos de maltrato.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR CON ENFOQUE DE ADULTO MAYOR**

#### **JUSTIFICACIÓN:**

El campo de la geriatría ha tenido grandes avances en las ciencias de la salud, sin embargo, aún los especialistas en salud no hemos interiorizado las experiencias del adulto mayor, permitiendo desarrollar conocimientos que generen una mejor calidad de vida para esta población que se viene incrementando a nivel nacional y mundial. Es importante tener un “enfoque de adulto mayor o inter generacional”, que permita experimentar lo que el adulto mayor siente, piensa, hace y dice ya que enfrentar esta etapa de la vida es difícil; sobre este enfoque el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) mediante la Resolución Ministerial N° 328-2014-MIMP en sus Lineamientos de Política para la Promoción del Buen Trato a las Personas Adultas Mayores, señala que, “parte del reconocimiento de que todas las personas transitamos por etapas generacionales que marcan diferencias en términos de las capacidades físicas y mentales y que llevan a que las necesidades, aportes y responsabilidades de las personas varían en cada etapa del ciclo de vida. Sostiene que debe haber reconocimiento y respeto de estas diferencias de edad, en un marco de igualdad de derechos”.

Las dificultades propias de las personas adultas mayores en un periodo en el que resaltan más las limitaciones se hacen más visibles debido a los cambios físicos,

psíquicos y sociales, se debe comprender este deterioro irreversible como parte del ciclo de vida y que se da de manera paulatina ocasionando la pérdida progresiva de capacidades adaptativas y reactivas, es decir, es más complejo el proceso de adaptación, así como, el de una adecuada reacción frente a las necesidades propias que todo ser humano requiere en etapa para vivir; estas circunstancias muchas veces pasan desapercibidas, es por ello, la difícil tarea de detectarlas, debido a que esta población es muy reacia a denunciar sea por chantaje, miedo a represalias, indefensión aprendida, etc.; lo señala Noriega, A. (2010) entender qué es la vejez no es algo tan simple, puesto que existen diversas formas de analizarla. Por ello, se considera importante revisar primero los tipos de edades que pueden existir en el ser humano, ya que a través de estas se podrá tener un primer acercamiento.

### **OBJETIVOS:**

- a) Identificar una zona con adultos mayores para crear una experiencia basada en un programa de intervención familiar con enfoque inter generacional o del adulto mayor o inter generacional.
- b) Lograr identificar la dinámica y la problemática del adulto mayor dentro del hogar.
- c) Capacitar a profesionales de la salud en el enfoque inter generacional o del adulto mayor.
- d) Generar una línea de investigación con el enfoque inter generacional sobre maltrato en adultos mayores.

## **PLANIFICACIÓN:**

El programa de intervención debe ser formulado y adecuado a la realidad de los adultos mayores para que tenga mayor aceptación y accesibilidad en ellos, siendo conveniente que se trabaje con el MIMP para generar políticas de estado con el enfoque inter generacional o del adulto mayor a fin de mejorar su calidad de vida y podamos ver con los ojos del adulto mayor la problemática. Es importante señalar que, el MIMP ya tiene procedimientos para la “valoración de riesgo” en personas adultas mayores víctimas de violencia familiar, los cuales están debidamente aprobados en la Guía de Atención Integral de los Centros de Emergencia Mujer, mediante R.M. N° 157-2016-MIMP, y advierten mediante una escala de calificación en puntajes y categorías: riesgo leve, moderado y severo de continuidad o agravamiento de la violencia.

Cabe resaltar que la finalidad de esta Guía de Atención Integral es establecer parámetros de actuación del personal de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional para brindar una atención de calidad al público usuario que asiste al servicio. Para complementar el programa los profesionales deben de conocer lo que asiste a los adultos mayores como derechos humanos, juicio de alimentos, asistencia a la enfermedad o discapacidad, etc.

## **ALCANCE:**

Va dirigido a una población determinada de adultos mayores.

### **CONTROLES:**

Es necesario establecer un cronograma de visitas domiciliarias que permitan establecer un acercamiento y seguimiento dirigido a las personas adultas mayores identificadas con algún tipo o sospecha de maltrato.



## BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5<sup>ta</sup> Ed. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
- BARDALES MENDOZA, Olga. *Estado de las investigaciones sobre Violencia Familiar y Sexual en el Perú, Periodo 2001-2005*. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. 2006.
- BARDALES MENDOZA, Olga. *Estado de las investigaciones sobre Violencia Familiar y Sexual en el Perú, 2006-2010*. Programa Nacional en Violencia Familiar y Sexual. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2012.
- BARLOW, David H. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, second edition*. New York, NY: The Guildford Press. 2002.
- BARLOW, David H. y DURAND, V. Mark. *Psicopatología*. 3<sup>ra</sup> Ed. Madrid: Thomson. 2003.

- BECK, Aaron T., RUSH, A. John, SHAW, Brian F. y EMERY, Gary. *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: The Guilford Press. 1979.
- BELLOCH, Amparo, SANDI, Bonifacio y RAMOS, Francisco. *Manual de Psicopatología*. Segunda edición. España: Mc Graw Hill. 2009.
- CLARK, David A. y BECK, Aaron T. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York, NY: The Guildford Press. 2010.
- COSACOV, Eduardo. *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología*. 3<sup>a</sup> Edición. Argentina: Editorial Brujas. 2007.
- DURAND, V. Mark y BARLOW, David H. *Psicopatología, un enfoque integral de la psicología anormal*. Cuarta Edición. Mexico: Thomson. 2007.
- HALGIN, Richard P. y WHITBOURNE, Susan Krauss. *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill. 2008.
- HUERTA DE BERMEJO, Ada. *Diccionario de Psicología Clínica*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. (2008).
- LÓPEZ, Juan. J. y ALIÑO, Ibor. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson S. A. 2002.
- MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. *Guía de Atención Integral de los Centros de Emergencia Mujer*, aprobada con R.M. N° 157-2016-MIMP. 2016.
- MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. *Lineamientos de Política para la Promoción del Buen Trato a las Personas Adultas Mayores*, aprobados con R.M. N° 328-2014-MIMP. 2014.

- MORRIS, Charles G. y MAISTO, Albert A. *Psicología*. Décima Edición. México: Pearson Educación. 2014.
- MUÑOZ TORTOSA, Juan. *Personas Mayores y Malos Tratos*. España: Pirámide. 2004.
- MUÑOZ TORTOSA, Juan. *Psicología del Envejecimiento*. España: Pirámide. 2011.
- NORIEGA H., Ademar. *Psicología del Adulto Mayor: Para una vejez saludable*. Primera Edición. Lima: Mirbet Ediciones. 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico. (CIE-10)*. Madrid: Méditor. (1992).
- PAPALIA, Diane E., OLDS, Sally Wendkos y FELDMAN, Ruth Duskin. *Desarrollo Humano*. Novena Edición. México: Mc Graw Hill. 2005.
- PAPALIA, Diane E., STERNS, Harvey L., FELDMAN, Ruth Duskin y CAMP, Cameron J. *Desarrollo del adulto y vejez*. Tercera Edición. México: McGraw-Hill. 2009.
- SARASON, Irwin G. y SARASON, Barbara R. *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. Undécima Edición. México: Pearson Educación. 2006.
- SUE, David, SUE, Derald Wing y SUE, Stanley. *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal*. Novena Edición. México D.F.: Cengage Learning. 2010.

- TURNER, S. M. y HERSEN, M. *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley and Sons. 1984.
- WARREN, Howard C. *Diccionario de Psicología*. Séptima edición en español. México: Fondo de Cultura Económica. 1968.



## HEMEROGRAFÍA

- CÁCERES LUNA Gabriela y SOTO AÑARI Marcio. *Bilingüismo y rendimiento cognitivo, afectivo y funcional en adultos mayores*. Revista de Psicología de Arequipa. Colegio de Psicólogos del Perú. Consejo Directivo Regional III de Arequipa, 4(2), 191-203. 2014.
- BALLÓN DÍAZ, María L. y MONTESINOS DEZA, Luz C. *Inteligencia emocional en adultos mayores de asilos públicos e instituciones privadas de Arequipa*. Revista de Psicología de Arequipa. Colegio de Psicólogos del Perú. Consejo Directivo Regional III de Arequipa, 2(1), 49-63. 2012.
- BEEKMAN, A. T., GEERLINGS, S. W., DEEG, D. J., SMIT, J. H., SCHOEVERS, R. S. , DE BEURS, E. *The natural history of late-life depression: a 6-years prospective study in the communitie*. Archives of General Psychiatry, 59, 605-611. 2002.
- BJELLAND, I., DAHL, A., HAUG, T. y NECKELMANN, D. *The validity of the hospital and anxiety scale: An update literature review*. Journal of Psychosomatic Research, 52, 69-77. 2002.
- BORKOVEC, T. D., ROBINSON Elwood y PRUZINSKY Thomas. *Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes*. Behaviour research and Therapy, 21, 9-16. 1982.
- BRUCE, M. L. *Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life*. Biological Psychiatry, 52, 175-184. 2002.
- BUZGOVÁ, R. y IVANOVÁ, K. *Elder abuse and mistreatment in residential settings*. Nursing Ethics, 16(1), 110-126. 2009.

- DEVANAND, D. P. *Comorbid psychiatric disorders in late life depression*. *Biological Psychiatry*, 52, 236-243. 2002.
- GOLEMAN, Daniel. *Inteligencia emocional. Por qué puede ser más importante que el CI ¿Qué determina realmente el éxito en la vida?* Selecciones de Educación, 2(1), 19-22. 2002.
- HIRSCHFELD, R. M. A., KELLER, M. M., PANICO, S., ARONS, B. S., BARLOW, D., DAVIDOFF, F., ENDICOTT, J., FROOM, J. GOLDSTEIN, M., GORMAN, J. M., GUTHRIE, D., MAREK R. G., MAURER, T. A., MEYER, R., PHILLIPS, K., ROSS, J., SCHWENK, T. L., SHARFSTEIN, S. S., THASE, M. E. y WYATT, R. J. *The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression*. *Journal of the American Medical Association*, 277(4), 333-340. 1997.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. España. 2006.
- LENZE, E. J., MULSANT, B. H. SHEAR, K. M., SCHULBERG, H. C., DEW, M. A., BEGLEY, A. E., POLLOCK, B. G. y REYNOLDS, C. F. *Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients*. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 722-728. 2000.
- MUÑOZ DEL CARPIO-TOIA, Agueda. *Violencia Doméstica contra la Mujer - Arequipa. Promoviendo a la Salud de los más Pobres: Cinco Estudios de Interés*, 9-30. 2012.

- PÉREZ ROJO, Gema, IZAL, María, SANCHO, María Teresa y GRUPO DE INVESTIGACIÓN TRATAME BIEN. *Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores*. Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 45(4). 213-218. 2010.
- PÉREZ ROJO, Gema y CHULIÁN HORRILLO, Alejandra. *Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores*. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 41, 127-167. 2013.
- RAPP, S. R., PARISI, S. A. y WALLACE, C. E. *Comorbid psychiatric disorders in elderly medical patients: A 1-year prospective study*. Journal of the American Geriatrics Society, 39(2), 124-131. 1991.
- SNAITH, R. y TAYLOR, C. *Rating scales for depression and anxiety: A current perspective*. British Journal of Clinical Pharmacology, 19, 17-20. 1985.
- URRUSUNO CARVAJAL, Florángel, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Roberto y VÁSQUEZ ABREU, Regla Lidia. *Violencia doméstica en la tercera edad*. Revista Cubana de Salud Pública, 36(2), 189-191. 2010.
- VINACCIA, Stefano, FERNÁNDEZ, Hamilton, AMADOR, Omar, TAMAYO, Ruht Estela, VÁSQUEZ, Aída, CONTRERAS, Francoise, TOBON, Sergio y SANDIN, Bonifacio. *Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable*. Terapia Psicológica, 23, 65-74. 2005.
- WALLACE, J. y O'HARA, M. W. *Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: Results from a cross-sectional and longitudinal study*. Journal of Abnormal Psychology, 101(3), 398-404. 1992.

- ZIGMOND, A. S., y SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale.

*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. 1983.



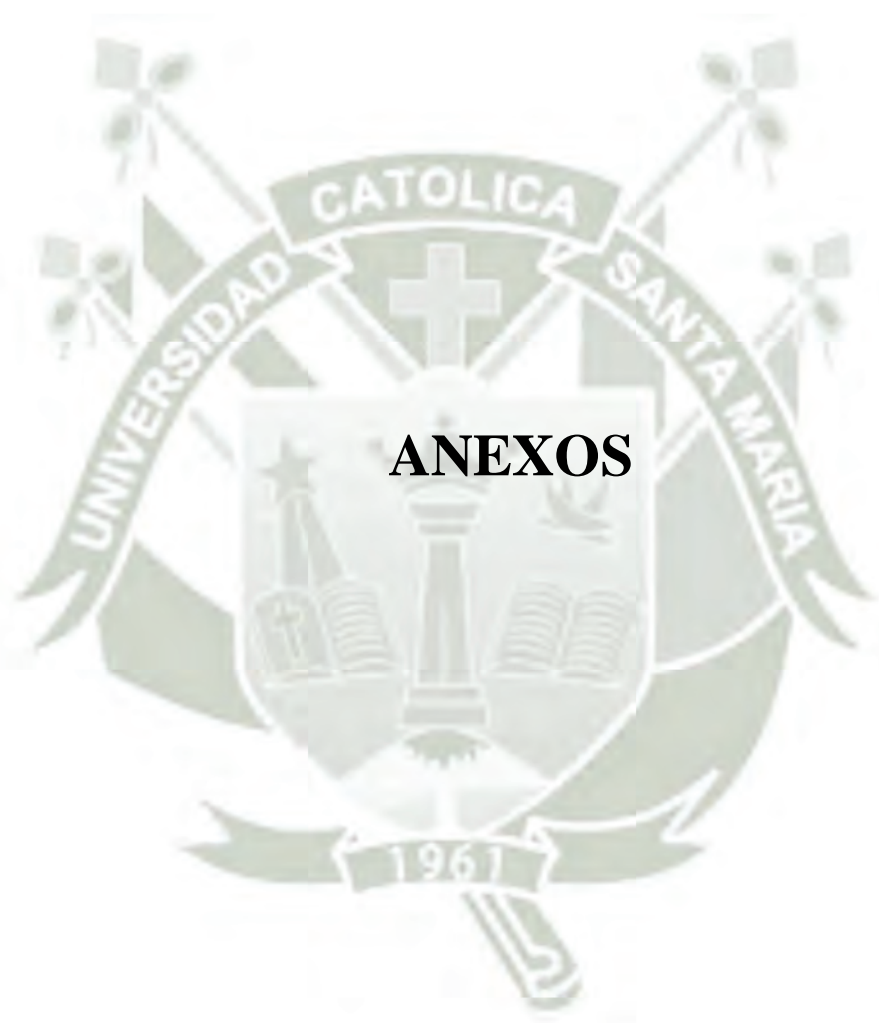
## INFORMATOGRAFÍA

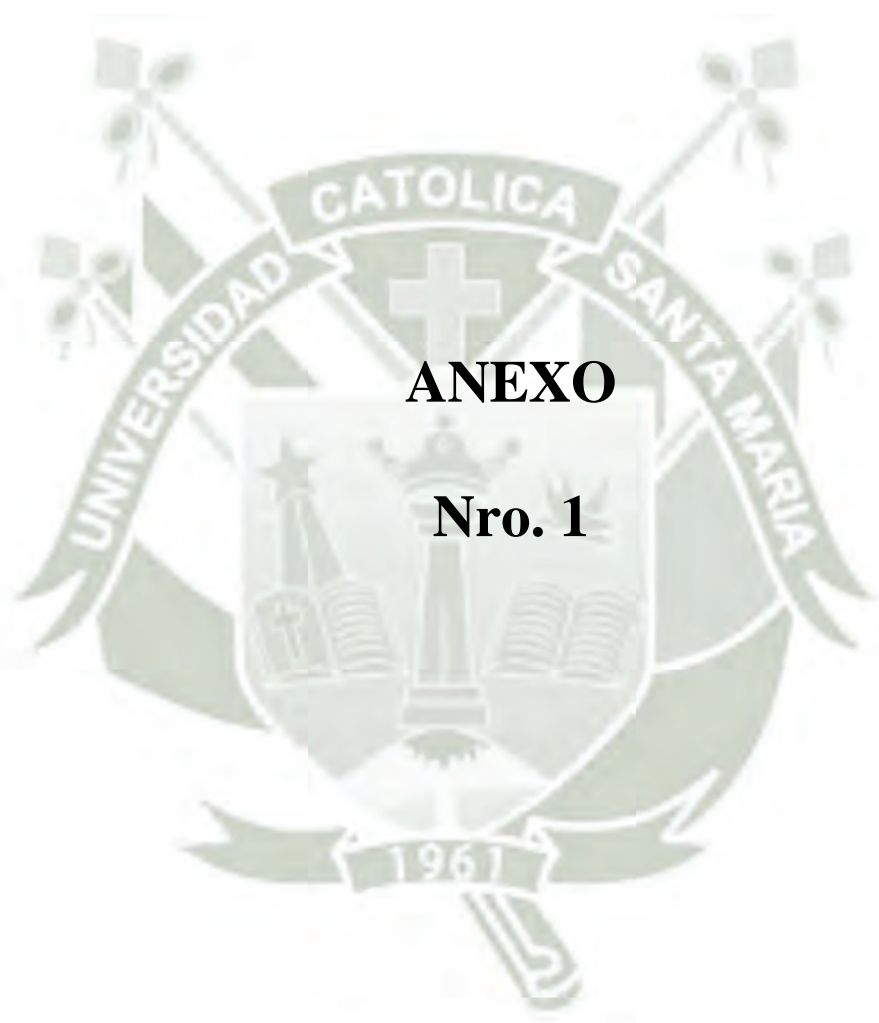
- ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Viena, Austria. 1982.*  
Recuperado en diciembre del 2016 , de:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan\\_de\\_accion\\_internacional\\_de\\_viena\\_sobre\\_el\\_envejecimiento.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf)
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Texto Único Ordenado de la Ley 26260, Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar. 1997.* Recuperado en julio del 2014, de:  
<http://www.congreso.gob.pe/comisiones/1997/mujer/TUOLPFVF.HTM>
- DE LAS CUEVAS CASTRESANA C., GARCIA-ESTRADA PEREZ, A., GONZALEZ DE RIVER, J. L. *"Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. 1995.* Recuperado en julio del 2014, de:  
[http://psicoter.es/pdf/95\\_A138\\_03.pdf](http://psicoter.es/pdf/95_A138_03.pdf)
- INSTITUTO DE ANÁLISIS Y COMUNICACIÓN INTEGRACIÓN. *80% de peruanos con problemas de salud mental no son atendidos. Alrededor de 4 millones de peruanos tienen una enfermedad mental. De no tratarse esta, esta puede incapacitar a la persona para enfrentar los problemas del día a día. Lamentablemente, la mayoría de afectados no recibe tratamiento adecuado. 2016.* Recuperado en diciembre del 2016, de: <http://www.integracion.pe/80-peruanos-problemas-salud-mental-no-atendidos/>

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Perú: Estimaciones y proyecciones de la población total, urbana y rural por años calendario y edades simples 1970-2025. 2005.* Recuperado en julio del 2014, de: <http://www.inei.gob.pe>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Censos nacionales 2007. XI de Población y VI de Vivienda. 2007.* Recuperado en marzo del 2015, de: <http://censos.inei.gob.pe/Censos2007>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas. 68a sesión plenaria. Resolución 45/106 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. 1990.* Recuperado en diciembre del 2016, de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/45/106>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas. 74a sesión plenaria. Resolución 46/91. 1991.* Recuperado en diciembre del 2016, de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/45/IMG/NR058845.pdf?OpenElement>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Proclamación sobre el envejecimiento. 41a y 42a sesión plenaria. Resolución 47/5. 1992.* Recuperado en diciembre del 2016, de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/030/35/IMG/NR003035.pdf?OpenElement>

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Seguimiento a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 89a sesión plenaria. Resolución 66/127. 2011.* Recuperado en diciembre del 2016, de:  
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/66/127>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS *Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato En la Vejez. 15 de junio. 2016.* Recuperado en diciembre del 2016, de: <http://www.un.org/es/events/elderabuse/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar su salud. Comunicado de prensa en el día internacional de las personas mayores, la OMS toma partido contra el edadismo. 2016.* Recuperado en diciembre del 2016, de:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/discrimination-ageing-youth/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Día Internacional de las Personas Mayores. Actuemos contra el edadismo. 2016.* Recuperado en diciembre del 2016, de: [http://www.who.int/ageing/events/idop\\_rationale/es/](http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Envejecimiento y ciclo de vida. 2016.* Recuperado en diciembre del 2016, de: <http://www.who.int/ageing/es/>
- PÉREZ ROJO, Gema, IZAL, María, MONTORIO, Ignacio, REGATO, Pilar y ESPINOSA, Juan Manuel. *Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. Medicina Clínica. 2013.* Recuperado en junio del 2014, de: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/667079>

- PÉREZ ROJO, Gema y CHULIÁN HORRILLO, Alejandra. *Marco conceptual de los malos tratos a las personas mayores. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales. 2013*. Recuperado en diciembre del 2016, de:  
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/maltratoperezrojo.pdf>
- TEROL CANTERO, M. Carmen, CABRERA PERONA, Víctor y MARTÍN ARAGÓN, Maite. *Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HAD) en muestras españolas. 2015*. Recuperado en diciembre, del 2016: [http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia\\_clinica13.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia_clinica13.pdf)
- URRUSUNO CARBAJAL, Florángel, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Roberto y VÁSQUEZ ABREU, Regla Lidia. *Violencia doméstica en la tercera edad. 2010*. Recuperado en diciembre del 2016, de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000200016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200016)





# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POSTGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



#### **RELACIÓN ENTRE LA SOSPECHA DE MALTRATO CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ASEGURADOS DEL 1<sup>er</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR ZAMÁCOLA - ESSALUD. AREQUIPA, 2015**

Proyecto de Tesis presentado por el Magister  
**LUIS FERNANDO SOTOMAYOR CUADROS**  
Para obtener el Grado Académico de  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AREQUIPA - PERÚ  
2017**

## PREÁMBULO

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2011 decide designar el 15 de junio “Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez”, e invita a que todos lo observen debidamente, puesto que “representa el día del año cuando todo el mundo expresa su oposición a los abusos y los sufrimientos infligidos a algunas de nuestras generaciones mayores ya que se estima que entre el 4% y el 6% de las personas mayores de todo el mundo han sufrido alguna forma de abuso y maltrato”<sup>1</sup>.

El maltrato es una problemática que lamentablemente se viene transmitiendo de generación en generación en nuestra sociedad, las consecuencias que trae consigo en aspectos físicos, psicológicos y sociales en quienes vivencian este tipo de situaciones son riesgosas, tal como lo evidencian los medios de comunicación en donde incesantemente se reportan casos relacionados a la violencia. Autoridades, instituciones y profesionales deben abordar esta situación de una manera muy especial y sobre todo, por tratarse de un tema que afecta a la salud pública.

Muchas personas son víctimas de esta situación y el sufrimiento generalmente se manifiesta a través del silencio, haciendo a un lado la búsqueda de ayuda debido a las barreras sociales construidas por la misma cultura en la cual vivimos que promueve el maltrato en sus distintas formas.

---

<sup>1</sup> Organización de las Naciones Unidas. *Seguimiento a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*.

La prevalencia del maltrato hacía el adulto mayor varía ampliamente debido a la ausencia de información científica y tiene matices muy particulares para su detección, abordaje y finalmente su prevención, es por ello que debemos observar detenidamente y evidenciar científicamente mediante estudios la realidad familiar y social de las personas de la tercera edad, mostrando de alguna manera la falta de evidencia investigativa sobre este segmento de la población para poder establecer formas de intervención coordinadas y uniformizadas ante esta problemática por parte de las instituciones respectivas.

Lo que dificulta evidenciar la sospecha de maltrato en los adultos mayores radica en sus esquemas cognitivos (el silencio, la resignación, la indefensión aprendida, etc.) fuertemente arraigados y que necesitan ser modificados con acompañamiento e intervención profesional para brindar la ayuda necesaria y especializada respectivamente. Según Muñoz Tortosa, J. (2004) “el maltrato de personas mayores es un problema oculto y una de las últimas formas de violencia interpersonal identificada como problema social. Aún se le considera un tema tabú porque suele ocurrir en la esfera privada y su naturaleza secreta no permite a las víctimas reconocerlo fácilmente y en consecuencia, difícilmente sale a la luz pública. Sin embargo, este fenómeno no debe percibirse como una cuestión privada sino pública”<sup>2</sup>.

Es importante señalar que la Región Arequipa ocupa el segundo lugar en los índices sobre violencia familiar contra la mujer y feminicidio más elevados del

---

<sup>2</sup> MUÑOZ TORTOSA, Juan. *Personas Mayores y Malos Tratos*. Pág. 15.

país según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)<sup>3</sup>, esta evidencia estadística registrada nos puede brindar de alguna manera un panorama de visión general hacia la problemática que vamos a profundizar en el presente estudio investigativo y suponer de alguna forma como puedan estar las personas mayores frente a esta situación en la actualidad.

Cuando el maltrato tiene lugar en el hogar, en un plano global se le dice “violencia doméstica o familiar”, dentro del cual podemos encontrar diferentes formas o manifestaciones específicas: violencia contra la mujer, violencia hacia los hijos, violencia familiar contra varones<sup>4</sup>, violencia o maltrato hacia los adultos mayores en sus diferentes formas que se expresan<sup>5</sup>.

Se debe considerar que cualquier persona sin diferenciación de clases sociales y etapas del desarrollo humano puede encontrarse sumida en esta situación y no como erróneamente se pensaba que solo las personas de bajos recursos económicos o que solo las mujeres y niños son vulnerables ante esta problemática; este tema debe ser observado desde un panorama más amplio, sobre todo por estas razones señaladas.

---

<sup>3</sup> MUÑOZ DEL CARPIO-TOIA, Agueda. *Violencia Doméstica contra la Mujer*. Pág. 9-30.

<sup>4</sup> BARDALES MENDOZA, Olga. *Estado de las Investigaciones sobre Violencia Familiar y Sexual en el Perú. Periodo 2001-2005. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social*. Pág. 63.

<sup>5</sup> BARDALES MENDOZA, Olga. *Estado de las Investigaciones en Violencia Familiar y Sexual en el Perú, 2006-2010. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*. Pág. 46.

En consulta y abordaje profesional he podido observar a personas de la tercera edad con temor a reportar actos de maltrato en el interior de sus hogares por miedo a la reacción de sus familiares, por amenaza, por dependencia emocional hacia los hijos y/o nietos, por desamparo económico, etc. Lograr que los adultos mayores cambien esta actitud es muy complicado, ya que están resignados a sufrir violencia en su entorno familiar y con ello, la denuncia de estos actos se ve postergada constantemente, ya que requiere de una decisión radical y difícil que requiere de un adecuado manejo de sus emociones, es decir, un proporcionado nivel de inteligencia emocional (entendida como, conjunto de habilidades y cualidades emocionales que permiten al individuo alcanzar el éxito en las relaciones con el entorno<sup>6</sup>) en el plano individual.

---

<sup>6</sup> GOLEMAN, Daniel. *Inteligencia emocional. Por qué puede ser más importante que el CI ¿Qué determina realmente el éxito en la vida?* Pág. 19-22.

## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado

Relación entre la Sospecha de Maltrato con Ansiedad y Depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD. Arequipa. 2016.

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a. Área de conocimiento

- a. Área General : Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales.
- b. Área Específica : Psicología Humana.
- c. Especialidad : Psicología Clínica y Social.
- d. Línea : Violencia Familiar.

## b. Operacionalización de variables

Variables		Definición Conceptual	Indicadores	Definición Operativa	Sub-Indicadores
Variable Independiente	Sospecha de maltrato	“Acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” <sup>7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sospecha de maltrato</li> <li>▪ No sospecha de maltrato</li> </ul>	Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores EASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existencia de Privación</li> <li>▪ Maltrato Psicológico y Verbal</li> <li>▪ Abuso Económico</li> <li>▪ Abuso Físico y Sexual</li> </ul>
Variable Dependiente	Ansiedad	“Preocupación constante, aprehensión emocional, inquietud motora y ansiedad psíquica o tensión interna, excluyendo los síntomas somáticos” <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normalidad</li> <li>▪ Caso Probable</li> <li>▪ Caso Ansiedad</li> </ul>	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS	
Variable Dependiente	Depresión	“Estado emocional predominado por el ánimo decaído prolongado y especialmente pérdida de la respuesta del placer” <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normalidad</li> <li>▪ Caso Probable</li> <li>▪ Caso Depresión</li> </ul>		

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2000, citado en PÉREZ ROJO, Gema y CHULIÁN HERRILLO, Alejandra. *Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores*. Pág. 127-167.

<sup>8</sup> SNAITH, R. y TAYLOR, C. *Rating scales for depression and anxiety: A current perspective*. Pág. 17-20.

<sup>9</sup> *Ibid.* Pág. 17-20.

### **c. Interrogantes básicas**

- c.1.** ¿Cuál será la prevalencia de la sospecha de maltrato en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa?
- c.2.** ¿Cuál será el nivel de ansiedad de mayor prevalencia asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa?
- c.3.** ¿Cuál será el nivel de depresión de mayor prevalencia en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa?
- c.4.** ¿Cuál será la relación entre la sospecha de maltrato, ansiedad y depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa?

### **d. Tipo de Investigación**

El presente trabajo investigativo es de campo, observacional analítico, transversal, prospectivo, comunicacional.

### **e. Nivel de Investigación**

Relacional.

## **1.3. Justificación**

La falta de evidencia científica frente al maltrato hacia las personas mayores es la motivación más importante de este estudio investigativo, junto a ello como será que el maltrato podría ser un detonante que da paso

a la depresión y/o ansiedad en los adultos mayores, es por ello, que los hallazgos de este estudio deberán motivar y proponer más estudios sobre esta realidad y la cultura de violencia en la cual estamos conviviendo como sociedad. Cabe resaltar, como se revela en un estudio realizado en la ciudad de Arequipa que existen “vacíos de información sobre denuncias de violencia por ciclos de vida. Los ancianos tienen temor a denunciar a los hijos debido al posterior desamparo moral y económico. Por ello se propone analizar la violencia familiar por ciclos de vida e implementar albergues para la tercera edad con trato digno, calidez y atención de calidad”<sup>10</sup>.

El presente estudio busca evidenciar la prevalencia de sospecha de maltrato hacia a los adultos mayores, luego identificar cuáles son los niveles de ansiedad y depresión presentes y, finalmente busca establecer la relación que pueda existir entre estas variables; entendiendo que las personas de la tercera edad hacen poco visible su malestar y silencian las dificultades que puedan estar presentes en el entorno de sus familias frente a las demás personas, todo lo mencionado nos ayudará a conocer y entender el rol importante que tiene la salud mental en las interrelaciones familiares y las secuelas que pueda traer consigo.

Las personas adultas mayores tienen poco control sobre las situaciones de dificultad intrafamiliar debido a su condición de edad, dependencia

---

<sup>10</sup> MUÑOZ DEL CARPIO-TOIA, Agueda. *Ob. cit.* Pág. 9-30.

psicológica o emocional, dependencia económica, etc.; es por ello, que este estudio contribuirá en brindarnos información importante para poder plantearnos la elaboración de un diagnóstico situacional con mayor conocimiento sobre esta problemática para tener un enfoque juicioso en la detección, abordaje y prevención de este tema; igualmente, contribuirá a dejar evidencia científica ya que aún mencionan investigadores que la investigación realizada es muy escasa sobre maltrato hacia personas mayores.

En estos últimos años, se habla de altos índices de violencia familiar en la ciudad de Arequipa, Perú, con esta base estadística surge la inquietud sobre la relación que pueda tener este maltrato con la salud mental de los adultos mayores y la prevalencia de casos de sospecha de maltrato que pueda estar presente en la población de estudio.

## 2. MARCO CONCEPTUAL.

### 2.1. Maltrato hacía las personas mayores<sup>11</sup>

Actualmente no existe una definición general y estandarizada para el maltrato hacia las personas mayores, es por ese motivo que para el presente estudio el maltrato a mayores será definido tal como lo propuso la Action on Elder Abuse, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA) que posteriormente fue promulgada en la Declaración de Toronto en el año 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), haciendo referencia que el maltrato es una “acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.

Se debe tener en cuenta que el maltrato hacía las personas mayores en la actualidad se viene haciendo más evidente, es por tal motivo, que los especialistas están expresando que “debería ser reconocido como un tipo de violencia doméstica o familiar”<sup>12</sup>. Es importante recordar, que en 1982 se realizó la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, Austria; el propósito de esta Asamblea Mundial era que sirviera de foro para iniciar un programa internacional de acción encaminado a

---

<sup>11</sup> PÉREZ ROJO, Gema y Chulián Horrillo, Alejandra. *Marco conceptual de los malos tratos hacía las personas mayores*. Pág. 127-167.

<sup>12</sup> PAPALIA, Diane. E., OLDS, Sally Wendkos y FELDMAN, Ruth Duskin. *Desarrollo Humano*. Pág. 742-743.

garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países, el resultado de esta asamblea fue la aprobación del “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento<sup>13</sup>”. Finalizando el mismo año la Organización de las Naciones Unidas (ONU) lo hizo suyo y se sumó a lograr su cumplimiento.

La ONU mencionó, en el año 1991<sup>14</sup> que, "las necesidades y los derechos humanos de los ancianos se han convertido en una preocupación a nivel internacional” adoptando un conjunto de principios en favor de las personas de edad, abarcando los derechos de independencia, la participación en la sociedad, el cuidado, las oportunidades de autorrealización y la dignidad, los cuales describo a continuación:

**a) Los derechos de independencia,** se refieren a que:

1. Los ancianos deben tener acceso a alimentación, agua, abrigo, vestido y atención médica mediante la provisión del ingreso, el apoyo de la familia y la comunidad y la autoayuda.
2. Los ancianos deben tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades generadoras de ingreso.

---

<sup>13</sup> ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Pág. 4.

<sup>14</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas*. Pág. 178-180.

3. Los ancianos deben participar en la determinación de cuándo y a qué ritmo se alejan de la fuerza de trabajo.
4. Los ancianos deben tener acceso a programas educativos y de entrenamiento apropiados.
5. Los ancianos deben vivir en ambientes que sean seguros y adaptables a las preferencias personales y las capacidades cambiantes.
6. Los ancianos deben residir en el hogar el mayor tiempo posible.

**b) La participación en la sociedad,** se refiere a que:

7. Los ancianos deben permanecer integrados a la sociedad, participar de forma activa en la formulación e implementación de políticas que afectan de manera directa su bienestar, y compartir su conocimiento y habilidades con generaciones más jóvenes.
8. Los ancianos tienen derecho a buscar y desarrollar oportunidades de servir a la comunidad y servir como voluntarios en posiciones apropiadas a sus intereses y capacidades.
9. Los ancianos tienen derecho a formar movimientos o asociaciones de personas mayores.

**c) El Cuidado,** se refiere a que:

10. Los ancianos deben beneficiarse del cuidado y la protección de la familia y la comunidad de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11. Los ancianos deben tener acceso a la atención médica para mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como para prevenir o demorar el inicio de enfermedades.
12. Los ancianos deben tener acceso a servicios sociales y legales para mejorar su autonomía, protección y cuidado.
13. Los ancianos deben tener acceso a niveles apropiados de cuidado institucional que les brinde protección, rehabilitación y estimulación social y mental en un ambiente humano y seguro.
14. Los ancianos deben disfrutar los derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en cualquier asilo o tratamiento, incluyendo el respeto pleno a su dignidad, creencias, necesidades y privacidad, y el derecho a tomar decisiones acerca del cuidado que reciben y la calidad de vida.

**d) Las oportunidades de autorrealización**, se refieren a que:

15. Los ancianos deben ser capaces de buscar oportunidades para el pleno desarrollo de su potencial.
16. Los ancianos deben tener el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

**e) La dignidad**, se refiere a que:

17. Los ancianos tienen derecho a vivir con dignidad y seguridad, así como a estar libres de explotación y abuso físico o mental.

18. Los ancianos deben recibir buen trato independientemente de la edad, género, antecedentes raciales o étnicos, discapacidad u otra condición, y deben ser valorados sin tomar en cuenta su contribución económica.

En el año 1992 la ONU<sup>15</sup>, con ocasión del décimo aniversario de la aprobación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprueba la Proclamación sobre el Envejecimiento. Conscientes de que el envejecimiento de la población del mundo constituye un desafío sin paralelo y a la vez urgente en materia de políticas y programas para los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y los grupos privados que tienen que velar porque se atiendan adecuadamente las necesidades de las personas de edad y porque se aproveche adecuadamente su potencial de recursos humanos.

Al respecto, especialistas nos indican que el envejecimiento es un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que se dan en formas tan diversas como personas llegan a envejecer<sup>16</sup>. Sin embargo, la palabra viejo o vejez, ha adquirido un sentido peyorativo, motivo por el cual se prefiere llamar a las personas adultos mayores<sup>17</sup>. Asimismo, “el envejecimiento es un proceso natural que comienza con la concepción del ser, prosigue

---

<sup>15</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Proclamación sobre el Envejecimiento*. Pág. 13-14.

<sup>16</sup> PAPALIA, Diane E., STERNS, Harvey L., FELDMAN, Ruth Duskin y CAMP, Cameron J. *Desarrollo del adulto y vejez*. Pág. 1-32.

<sup>17</sup> BALLÓN DÍAZ, María L. y MONTESINOS DEZA, Luz C. *Inteligencia emocional en adultos mayores de asilos públicos e instituciones privadas de Arequipa*. Pág. 51.

durante toda la vida y termina con la muerte”<sup>18</sup>. Por tanto, “el estudio del envejecimiento abarca no solo el campo del análisis, sino también el de la intervención, al indicar las distintas acciones a realizar para cubrir las necesidades del individuo durante el proceso del envejecimiento”<sup>19</sup>.

### 2.1.2. Tipos de Malos Tratos<sup>20</sup>.

Existe falta de consenso en la clasificación y definición de los tipos de malos tratos. Con una adecuada clasificación se podría realizar una correcta detección e identificación. Indicadores específicos ayudarían a uniformizar estrategias y protocolos de intervención más idóneos. A pesar de lo mencionado, dentro de la tipología existente se destaca que los malos tratos podrían clasificarse de la siguiente manera:

#### 1) Físico:

“Cualquier acción como golpear, abofetear, quemar, privación de libertad, uso inapropiado de medicación, etc., llevada a cabo por otras personas y que causa daño o lesión física de forma intencional. Los indicadores de este tipo de maltrato podrían ser: moretones, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido restricciones de algún tipo (por ejemplo, marcas de cuerdas o niveles anormales de fármacos), hipotermia, dolor al ser tocado, etc”.

---

<sup>18</sup> MUÑOZ TORTOSA, Juan. *Psicología del Envejecimiento*. Pág. 19.

<sup>19</sup> *Ibid.* Pág. 19.

<sup>20</sup> PÉREZ ROJO, Gema y CHULIÁN HORRILLO, Alejandra. *Ob. cit.* Pág. 136-138.

## 2) Psicológico:

“Implica acciones como la agresión verbal, el uso de amenazas, el abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes edadistas (o discriminación por motivos de edad<sup>21</sup>) en forma de infantilismo tratándolo como si fuese un niño. Este tipo de malos tratos provoca entre otros resultados: impotencia, indefensión y/o miedo inexplicable. Los indicadores de este tipo de maltrato serían: indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado”.

## 3) Sexual:

“Conlleva cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos lo incluyen dentro del maltrato físico y otros, como categoría independiente. Entre los posibles indicadores de este tipo de maltrato podemos encontrar:

---

<sup>21</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar su salud. Comunicado de prensa en el día internacional de las personas mayores, la OMS toma partido contra el edadismo.*

moretones alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre”.

#### 4) Económico:

“Supone robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona. Las personas que viven en institucionales de cuidado a largo plazo podrían experimentar el robo de sus propiedades personales por parte del personal de la institución, familiares, visitas u otros residentes<sup>22</sup>. Los indicadores de este tipo de maltrato pueden ser: patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etc., firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor”.

#### 5) Negligencia:

“Cualquier acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la

---

<sup>22</sup> BUZGOVÁ, R. y IVANOVA, K. *Elder abuse and mistreatment in residential settings*, citado en PÉREZ ROJO, Gema y CHULIÁN HORRILLO, Alejandra. *Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. Sociedad y Utopía*. Pág. 137.

gente con la que quiere estar, darle “trato de silencio” (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc. Entre los indicadores de este tipo de maltrato se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, ignorar a la persona mayor, aislar a la persona mayor, excluirle de sus actividades”.

#### **6) Abandono:**

“Abandonar a una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia. Algunos lo incluyen en negligencia y otros como categoría independiente. Los indicadores de este tipo de maltrato serían que la persona mayor fuera abandonada en un hospital, centro comercial o una gasolinera”.

#### **2.1.3. Aspectos Legales frente al maltrato.**

En el marco legal de nuestro país a la actualidad, existe la Ley 26260 de Protección Frente a la Violencia Familiar, en la cual se entenderá por violencia familiar “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves, que se produzcan entre cónyuges, convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad o quienes habitan en el

mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales”<sup>23</sup>.

Como se puede observar se está tomando conciencia sobre esta problemática que es un tema de salud pública y es denominada violencia doméstica o violencia familiar. La relevancia legal es muy importante, de igual manera, la apreciación humana, social y cultural sobre este tema para poder entender y enfrentar esta situación que aqueja a muchas personas adultas mayores en la sociedad.

El saberse protegidos dentro de un marco legal inclusivo, quizá promueva en los adultos mayores la reflexión sobre sus situaciones en las que están viviendo y no permitan más malos tratos en ninguna forma, ni de nadie por más vínculo familiar o de cercanía que exista entre la víctima y el agresor, y se genere una cultura de respeto y buen trato hacia sí mismos en cuanto a la importancia de tener en las mejores condiciones su salud mental y finalmente tomen la difícil decisión de denunciar este tipo de actos ante las instancias respectivas, a pesar del vínculo emocional que pueda existir ante sus agresores.

---

<sup>23</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Texto Único Ordenado de la Ley 26260.*

## 2.2. Ansiedad.

La ansiedad es compleja y misteriosa lo señalan Durand V. y Barlow, D. en el año 2007 y nos explican que, en cierta forma cuanto más aprendemos de ella, más desconcertante nos parece<sup>24</sup>. Para este estudio, se entenderá a la ansiedad como: “la preocupación constante, aprehensión emocional, inquietud motora y ansiedad psíquica o tensión interna, excluyendo los síntomas somáticos”<sup>25</sup>.

Es importante apuntar que la ansiedad es muy difícil de estudiar debido a que se puede confundir el diagnóstico. Es importante conocer que se relaciona estrechamente con la depresión, siendo dos estados de ánimo que son más parecidos que diferentes. Examinemos el siguiente hecho por un momento: casi todos los pacientes deprimidos están ansiosos, pero no todos los ansiosos están deprimidos. La ansiedad no es muy placentera, pero, aunque parezca sorprendente, la ansiedad es buena para nosotros, al menos en cantidades moderadas, reaccionamos mejor cuando estamos un poco ansiosos. En suma, la ansiedad impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual. Sin ella, muy pocos de nosotros haríamos buena parte de lo que hacemos. Demasiadas cosas buenas pueden resultar dañinas, pero hay pocas sensaciones más perjudiciales que la ansiedad grave y fuera de control. Lo que hace que la situación empeore es que la ansiedad

---

<sup>24</sup> DURAND, V. Mark y BARLOW, David H. *Psicopatología*. Pág. 124.

<sup>25</sup> SNAITH, R. y TAYLOR, C. *Rating scales for depression and anxiety: A current perspective*. Pág. 17-20.

no desaparezca; es decir que aun cuando sepamos que no hay nada en realidad por qué sentirnos temerosos, sigamos con ansiedad<sup>26</sup>.

Hay que deslindarla del miedo el cual es una reacción de alarma inmediata ante el peligro. La ansiedad es un estado de ánimo que se orienta hacia el futuro y que se caracteriza por la aprehensión, pues no es posible predecir o controlar sucesos próximos; mientras que el miedo, por otra parte, es una reacción inmediata ante un peligro actual, que se caracteriza por fuertes tendencias escapistas<sup>27</sup>. La diferencia entre el miedo y ansiedad es que las personas que tienen miedo pueden decir fácilmente a que le temen, por otro lado, las personas que se sienten ansiosas no están conscientes de las razones de sus temores<sup>28</sup>. Aunque los términos miedo y ansiedad se usan por lo común de manera intercambiable, los especialistas hacen una distinción entre ellos en un contexto clínico<sup>29</sup>.

Un ataque de pánico representa la respuesta de alarma del temor verdadero, pero no hay peligro real, se define como una experiencia brusca de miedo intenso o de malestar agudo, acompañada por síntomas físicos que por lo general comprenden palpitaciones del corazón, dolor en

---

<sup>26</sup> DURAND, V. Mark y BARLOW David H. *Ob. cit.* Pág. 124-129.

<sup>27</sup> *Ibid.* Pág. 124-129.

<sup>28</sup> SARASON, Irwin G. y SARASON, Barbara R. *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada.* Pág. 238-239.

<sup>29</sup> HALGIN, Richard P. y WHITBOURNE, Susan Krauss. *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos.* Pág. 162.

el pecho, sensación de ahogo y posiblemente mareos. Los ataques de pánico pueden ser<sup>30</sup>:

- a) Inesperados (inadvertidos por completo).
- b) Ligados a las situaciones (siempre se dan en situaciones concretas).
- c) De predisposición situacional (probables pero impredecibles en una situación específica).

La ansiedad, es la reacción desproporcionada frente a un estímulo que significa peligro para la persona y se caracteriza por presentar síntomas fisiológicos y cognitivos que provocan intranquilidad, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, etc.<sup>31</sup>

En una forma integral, se describe el desarrollo de la ansiedad y trastornos relacionados mediante la llamada la teoría de vulnerabilidad triple: La primera es una vulnerabilidad biológica generalizada, la segunda es una vulnerabilidad psicológica generalizada y la tercera es una vulnerabilidad psicológica específica, las cuales influyen en cada persona de una forma distinta<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> DURAND, V. Mark y BARLOW David H. *Ob. cit.* Pág. 124-129.

<sup>31</sup> SUE, David, SUE, Derald Wing y SUE, Stanley. *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal.* Pág. 117.

<sup>32</sup> BARLOW, David H. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* Pág. 252-283.

La vulnerabilidad biológica, es la tendencia del ser humano a ser nervioso o sensible de manera hereditaria (antecedentes familiares con la misma condición que generan esa predisposición genética). La vulnerabilidad psicológica generalizada, es la incapacidad de la persona para enfrentarse a las cosas cuando salen mal, basándose en sus experiencias tempranas con la idea de que el mundo es peligroso y fuera de control, y por último la vulnerabilidad psicológica específica es la incapacidad de la persona para enfrentarse a ciertas situaciones específicas u objetos llenos de peligros (aunque realmente no lo tengan)<sup>33</sup>.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 señala que la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos<sup>34, 35, 36</sup>.

También la ansiedad se puede definir como el resultado de un patrón disfuncional de pensamientos negativos sobre acontecimientos que una persona evalúa como negativos y peligrosos para sí misma<sup>37</sup>.

---

<sup>33</sup> BARLOW, David H. *Ob. cit.* Pág. 252-283.

<sup>34</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Pág. 189-233.

<sup>35</sup> ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Pág. 189-233.

<sup>36</sup> ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. *Guía de consulta los criterios diagnósticos del DSM 5*. Pág. 129-144.

<sup>37</sup> CLARK, David A. y BECK, Aaron T. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Pág. 31-57.

Hasta épocas recientes, los actualmente denominados trastornos de ansiedad se han venido incluyendo en un conjunto de alteraciones psicopatológicas etiquetadas bajo el término de neurosis, es por ello, que la ansiedad fue entendida por Sigmund Freud como una “señal de peligro”, esto es, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo (Belloch, A., Sandi, B. y Ramos, F., 2009)<sup>38</sup>.

Según estudios psicofisiológicos, neurofisiológicos y neuroendocrinos, así como también los datos sobre predisposición genética y familiar, igualmente han aportado en algunos casos información complementaria para delimitar la etiología y naturaleza de los distintos tipos de trastornos de ansiedad<sup>39</sup>.

### **2.2.1. Características de la Ansiedad<sup>40</sup>.**

La ansiedad según Sarason, I. y Sarason B. (2006) evidencia algunas características que incluyen sentimientos de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica; es decir, una persona que experimenta ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa, aprensiva e irritable, de tener dificultad para conciliar el sueño por las noches, de fatigarse fácilmente y experimentar “mariposas en el estómago”, dolores de cabeza, tensión muscular y dificultad para

---

<sup>38</sup> BELLOCH, Amparo, SANDI, Bonifacio y RAMOS, Francisco. *Manual de Psicopatología*. Pág. 92.

<sup>39</sup> Ibid. Pág. 92.

<sup>40</sup> SARASON, Irwin G. y SARASON, Barbara R. *Ob. cit.* Pág. 238.

concentrarse, existe creciente evidencia de que las personas que sufren de trastornos de ansiedad son muy sensibles a las señales de amenazas y a menudo muestran un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para prestar atención a las amenazas potenciales.

Entre los síntomas de ansiedad comunes y descripciones proporcionadas por personas con altos niveles de ansiedad se señala los siguientes:

- Nerviosismo, agitación
- Tensión
- Sensación de cansancio
- Mareos
- Micción frecuente
- Palpitaciones cardiacas
- Sensación de desmayo
- Dificultad para respirar
- Sudoración
- Temblores
- Preocupación y aprensión
- Insomnio
- Dificultad para concentrarse
- Hipervigilancia.

Es importante señalar que esta sintomatología sobre la ansiedad tiene varias causas, pero es útil recordar que tiene varias causas y que todas las personas la experimentan en algún momento de su vida y es normal que esto ocurra cuando las personas enfrentan situaciones estresantes y amenazadoras, pero no es normal sentir ansiedad intensa y crónica cuando no existe una causa obvia<sup>41</sup>.

Los trastornos de ansiedad acompañan frecuentemente a la depresión en la edad avanzada, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico según Lenze y colaboradores, 2000 citados en Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2003) y cuando esto ocurre, los pacientes están más severamente deprimidos<sup>42</sup>. De igual manera, estudios realizados por Devanand, 2002 refieren que una tercera parte sufrirá de abuso comórbido del alcohol<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> SARASON, Irwin G. y SARASON, Barbara R. *Ob. cit.* Pág. 239.

<sup>42</sup> BARLOW, David H. y DURAND, V. Mark. *Psicopatología.* Pág. 220.

<sup>43</sup> DEVANAND, D. P. *Comorbid psychiatric disorders in late life depression.* Pág. 236-242.

### 2.3. Depresión.

A menudo es difícil explicar la depresión, no se puede encontrar un evento único, una experiencia traumática o algún estresor que cause la depresión. Siguiendo el modelo de vías múltiples, puede haber una combinación de factores que causen la depresión<sup>44</sup>. Estos factores quizá estén relacionados con los sucesos particulares de la vida que puedan estar comprometidos con la etapa final del ciclo de vida y el estrés que pueda conllevar esta situación.

En la historia de la psiquiatría y psicología se encuentra a la depresión, en los tiempos de Hipócrates estaba identificada como “melancolía”. La depresión ha sido estudiada, tratada y definida desde distintas aproximaciones teóricas: el modelo biológico, psicoanalítico, conductual, cognitivo-conductual. La depresión siempre ha sido definida como un componente específico de la salud mental<sup>45</sup>.

Para este estudio, se entenderá a la depresión como: “el estado emocional predominado por el ánimo decaído prolongado y especialmente pérdida de la respuesta del placer”<sup>46</sup>.

El rasgo común de la depresión es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Se debe

---

<sup>44</sup> SUE, David, SUE, Derald Wing y SUE, Stanley. *Ob. cit.* Pág. 303.

<sup>45</sup> TURNER, S. M. y HERSEN, M. *Adult psychopathology and diagnosis.* Pág. 184-244.

<sup>46</sup> SNAITH, R. y TAYLOR, C. *Ob. cit.* Pág. 17-20.

considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza de los trastornos depresivos, según Morris, C. y Maisto, A. citando a la American Psychiatric Association (2000) la depresión clínica es diferente del tipo “normal” de depresión que toda la gente experimenta de vez en cuando. La depresión solo se clasifica como un trastorno del estado del ánimo cuando se prolonga y va más allá de una reacción común a un evento estresante<sup>47</sup>. Siempre que sea posible se debe considerar sus especificaciones (es decir, leve, moderado, grave) para definir la gravedad del episodio<sup>48-49-50</sup>. Cabe resaltar que los síntomas leves que no satisfacen los criterios para el trastorno depresivo mayor quizá sean más comunes entre los ancianos según Beekman y colaboradores (2002)<sup>51</sup>. Se ha dado importancia a la gravedad por las implicaciones que tiene para el tratamiento y la asistencia<sup>52</sup>, es importante considerar estos aspectos para determinar un diagnóstico más acertado.

Los síntomas de la depresión pueden ser vistos en cuatro dominios: afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico; los síntomas afectivos son los más llamativos, es el estado de ánimo deprimido, con sentimientos de tristeza, y un duelo excesivo y prolongado; los sentimientos de minusvalía

---

<sup>47</sup> MORRIS, Charles G. y MAISTO, Albert A. *Psicología*. Pág. 398.

<sup>48</sup> ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. *Ob. cit.* Pág. 155-188.

<sup>49</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Ob. cit.* Pág. 155-188.

<sup>50</sup> ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. *Guía de consulta los criterios diagnósticos del DSM 5*. Pág. 103-127.

<sup>51</sup> BEEKMAN, A. T., GEERLINGS, S. W., DEEG, D. J., SMIT, J. H., SCHOEVERS, R. S., DE BEURS, E y colaboradores. *The natural history of late-life depression: a 6-years prospective study in the communitie*. *Archives of General Psychiatry*. Pág. 605-611.

<sup>52</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Pág. 143.

y de haber perdido el gozo de vivir son comunes. Los síntomas cognitivos indican creencias profundamente pesimistas acerca de lo que puede hacer, acerca de lo que los demás pueden hacer para ayudar y acerca de sus prospectos a futuro. Los síntomas conductuales se manifiestan como retraimiento social y productividad laboral deficiente, bajo nivel de energía, muestran poca motivación y exhiben anhedonia (es decir, la incapacidad para experimentar placer<sup>53</sup>; ausencia de agrado o desagrado al realizar actos<sup>54</sup>), esta pérdida de la capacidad de obtener placer de las experiencias normalmente placenteras, incluyen la vestimenta sucia o descuidada, el cabello desarreglado y la falta de preocupación por la limpieza personal, el discurso es reducido y lento, las respuestas se limitan a frases breves, se observa letargo en todos los movimientos corporales, gestos expresivos y respuestas espontáneas lentas; aunque algunas personas que sufren depresión manifiestan un estado de nerviosismo y síntomas de agitación. Los síntomas fisiológicos o somáticos acompañan con frecuencia a la depresión experimentando aumento o disminución de la ingesta de alimentos o cambios en el peso, estreñimiento, dificultad para conciliar el sueño, levantarse muy temprano, caminar erráticamente durante la noche, insomnio y pesadillas que dejan a la persona exhausta y cansada durante el día, sin embargo algunas personas deprimidas muestran hipersomnias o sueño excesivo,

---

<sup>53</sup> HUERTA DE BERMEJO, Ada. *Diccionario de Psicología Clínica*. Pág. 12.

<sup>54</sup> WARREN, Howard C. *Diccionario de Psicología*. Pág. 15.

aunque a menudo se sienten continuamente cansados a pesar de dormir mucho; asimismo, declina de manera drástica la excitación sexual<sup>55</sup>.

La depresión se entiende como un resultado emocional de un patrón de esquemas cognitivos negativos propios y distorsiones en el procesamiento de la información, conocido como distorsión cognitiva<sup>56</sup>.

Solo hasta hace poco se ha considerado en profundidad el problema de la depresión en las personas de edad avanzada. Las depresiones de aparición tardía, es decir, según Rapp y colaboradores, 1991 citados en Durand, V. M. y Barlow D. H. (2007)<sup>57</sup> si aparecen por primera vez después de los 60 años, es probable que sean crónicas y se asocian con marcadas dificultades para conciliar el sueño, con hipocondriasis (es decir, caracterizado por dificultades para evitar la sensación de estar enfermo, aun cuando el individuo sabe que no padece enfermedad alguna. También representan manifestaciones hipocondríacas la sugestionabilidad de las personas a la idea de enfermar, ya sea por escuchar hablar de enfermedades, ya sea por solo leer sobre ellas.<sup>58</sup>) y con agitación. La depresión entre las personas de mayor edad es un problema grave que puede ser difícil de diagnosticar, pues los síntomas son a menudo similares a los de las enfermedades físicas o la demencia, esto significa que los ancianos podrían deprimirse por el hecho de enfermar físicamente

---

<sup>55</sup> SUE, David, SUE, Derald Wing y SUE, Stanley. *Ob. cit.* Pág. 303-306.

<sup>56</sup> BECK, Aaron T., RUSH, A. John, SHAW, Brian F., y EMERY, Gary. *Cognitive therapy of depression.* Pág. 1-33.

<sup>57</sup> DURAND, V. Mark y BARLOW, David H. *Ob. cit.* Pág. 224.

<sup>58</sup> CASACOV, Eduardo. *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología.* Pág. 164.

o comenzar a manifestar signos de demencia, pero cabe resaltar que los signos de depresión podrían atribuirse a la enfermedad o a la demencia y, por lo tanto, pasarse por alto<sup>59</sup> y dejar de lado a cualquier otro factor que pueda ser el que este desencadenando el episodio depresivo y ello podría ser el maltrato hacia el adulto mayor entre otros.



---

<sup>59</sup> BARLOW, David H. y DURAND, V. Mark. *Ob. cit.* Pág. 220.

### 3. Antecedentes Investigativos.

**3.1.** Título: Violencia doméstica en la tercera edad: Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España

Autores: Pérez Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P. y Espinosa, J.M., 2013.

Fuente: <https://medes.com/publication/86574>

Resumen: Aunque los malos tratos hacia las personas mayores no son un fenómeno nuevo, continúa estando oculto. A pesar de que se han realizado diversos estudios sobre prevalencia en diferentes países, los resultados de estos solo pueden ser utilizados como datos orientativos. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de malos tratos en personas mayores sin deterioro cognitivo residentes en el ámbito comunitario que acudían a Centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales. Se realizó un estudio transversal en el que participaron 340 personas mayores. En los resultados se encontró una prevalencia de malos tratos del 12,1%, siendo el tipo más frecuente el psicológico y siendo frecuente la presencia simultánea de diferentes tipos (maltrato psicológico y abuso físico y sexual). Los malos tratos son más frecuentes en mujeres y los responsables son con mayor frecuencia los cónyuges. Los datos obtenidos permiten avanzar en el conocimiento de los malos tratos hacia personas mayores en España, donde los precedentes de investigación en esta área son aislados. No obstante, la cifra estimada de prevalencia de malos tratos no debe caer dentro del alarmismo social ni, por el contrario, en una “dejadez social”.

**3.2.** Título: Maro conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores.

Autores: Gema Pérez Rojo y Alejandra Chullían Horrillo.

Fuente: Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 2013 41 127-167

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/maltratoperezrojo.pdf>

Resumen: El presente artículo tiene por objeto realizar una revisión no sistemática de las investigaciones que se han realizado a nivel nacional e internacional. Los estudios de prevalencia estiman que los casos de malos tratos hacia las personas mayores, tanto en el ámbito doméstico como institucional, están entre un 0.8% y 52%, un margen demasiado amplio debido fundamentalmente a la falta de consenso en la elección de una definición de los malos tratos hacia las personas mayores y de la definición de cada uno de los tipos de malos tratos. Otro de los problemas más habituales es establecer el perfil de las víctimas y de los responsables de los malos tratos, siendo un tema controvertido que se tratará con más detalle en este artículo. También se expondrán algunos de los programas que se han puesto en marcha para la detección, prevención y la intervención en los malos tratos, dado que, aunque se está haciendo de una manera muy discreta, comienza a existir una mayor sensibilidad ante los malos tratos y por tanto un aumento de las iniciativas para su intervención. Aun así, se hace evidente la necesidad de seguir estudiando la influencia y los problemas que generan los malos tratos no solo en las personas mayores, sino también en su entorno, en los profesionales y en la sociedad.

### 3.3. Título: Violencia doméstica en la tercera edad

Autores: Florángel Urrusuno Carbajal; Roberto Rodríguez Fernández;  
Regla Lidia Vásquez Abreu.

Fuente: Revista Cubana de Salud Pública, 2010 36(2) 189-191

Resumen: La violencia doméstica es tan antigua como la humanidad. Se reconoce la violencia infantil, contra la mujer y al anciano; el último grupo está conformado por una población en ascenso por las mayores expectativas de vida de los últimos años dadas, entre otros factores, por los avances médicos actuales y los estilos de vida saludables. Cuba tiene actualmente el 13% de la población con 65 años y más y según estimados, para el 2020 existirán por primera vez más ancianos que niños. Por ello, en los próximos años habrá que seguir de cerca el trato a este grupo poblacional. Es de esperar que se incremente el abuso contra el anciano y el impacto de este abuso sobre la salud debe ser considerado. La gama de maltratos que puede sufrir el anciano incluye fundamentalmente, el abuso físico, emocional, financiero, sexual, por negligencia y la negación a brindarle ayuda. Garantizarles condiciones de vida que les ofrezcan independencia, protegerlos jurídicamente, crearles espacios adonde acudir para reclamar por las violaciones que pudieran sufrir y brindarles información a ellos y a la sociedad sobre las formas en que se puede manifestar el maltrato, son acciones que deben cumplirse con exactitud y que contribuirán a la prevención de la violencia.

**3.4.** Título: Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HAD) en muestras españolas.

Autores: M. Carmen Terol Cantero, Víctor Cabrera Perona y Maite Martín Aragón.

Fuente: Revista Anales de Psicología, 2015 2(31) 494-503

[http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia\\_clinica13.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia_clinica13.pdf)

Resumen: La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond y Snaith, 1983) se ha convertido en un popular instrumento clínico diseñado para evaluar ansiedad y depresión, encontrándose evidencias de que aplicado a diversas poblaciones parece tener tan buenas propiedades de detección cómo otros instrumentos. Numerosos trabajos en muestra española comprueban sus propiedades psicométricas y puntos de corte. Nuestro objetivo es unificar los resultados de estudios realizados en muestras españolas para concretar directrices que orienten en la aplicabilidad e interpretación de sus puntuaciones. Se utilizó como método la revisión bibliográfica y los resultados fueron la selección de 15 artículos, en los cuales: a) se confirma que las propiedades psicométricas del HAD en diferentes muestras son óptimas, b) se presenta cierta variabilidad de puntos de corte para cada población y c) determinados ítems muestran débil carga factorial e ítem-test. Finalmente, se plantea qué ítems deben reconsiderarse para un HAD abreviado y se sugiere valorar la escala total de distrés.

#### **4. Objetivos.**

- 4.1.** Identificar la prevalencia de la sospecha de maltrato en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa.
- 4.2.** Identificar el nivel de ansiedad de mayor prevalencia en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa.
- 4.3.** Identificar el nivel de depresión de mayor prevalencia en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa.
- 4.4.** Relacionar la sospecha de maltrato con la ansiedad y la depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa.

#### **5. Hipótesis.**

Dado que, el adulto mayor por sus condiciones físicas, cognitivas, fisiológicas, emocionales y por el entorno en que vive es vulnerable a presentar trastornos psicológicos:

Es probable que exista relación entre la sospecha de maltrato con la ansiedad y la depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa.

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### a) TÉCNICAS, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnica

En la presente investigación, se utilizará la encuesta como técnica general, siendo la técnica específica el cuestionario como se detalla en el siguiente esquema:

Variables investigativas	Indicadores	Sub Indicadores	Procedimiento	Técnica
Sospecha de maltrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sospecha de maltrato (Sí cumple con todos o al menos uno de los Sub Indicadores)</li> <li>▪ No sospecha de maltrato (Sí no cumple con ninguno de los Sub Indicadores)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existencia de Privación</li> <li>▪ Maltrato Psicológico y Verbal</li> <li>▪ Abuso Económico</li> <li>▪ Abuso Físico y Sexual</li> </ul>	Medición	Cuestionario
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normalidad (0 a 7 puntos)</li> <li>▪ Caso Probable (8 a 10 puntos)</li> <li>▪ Caso Ansiedad (11 a 21 puntos)</li> </ul>			
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normalidad (0 a 7 puntos)</li> <li>▪ Caso Probable (8 a 10 puntos)</li> <li>▪ Caso Depresión (11 a 21 puntos)</li> </ul>			

- **Descripción de la técnica**

Se trabajará con todos los adultos mayores hombres y mujeres de 65 a más años que estén presentes durante las fechas de evaluación. Se encuestará individualmente a cada uno de los participantes, se buscará establecer un rapport previo a la evaluación que genere confianza entre el evaluado y el investigador, solicitando datos demográficos y brindando información sobre la importancia del estudio a realizar, luego continuará la encuesta solicitándose el consentimiento informado verbal de participación de la persona adulta mayor y se procederá a realizar la aplicación los instrumentos Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), antes de ello, si hubiese algún familiar cerca se le invitará a este mismo a que abandone la sala de evaluación durante el desarrollo de la encuesta.

- **Diseño investigativo:** Comparativo prospectivo.

- **Tipo de diseño:** No experimental.

**1.2. Instrumentos**

Se utilizará dos instrumentos documentales de tipo estructurado cuya denominación es Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI) y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS).

- Estructura de los Instrumentos

Variable	Indicadores	Sub Indicadores	Ítems
Sospecha de maltrato	Sospecha de Maltrato	1.1. Existencia de Privación	1
	No sospecha de Maltrato	2.1. Maltrato Psicológico y Verbal	2
		3.1. Abuso Económico	3
		4.1. Abuso Físico y Sexual	4

Variabes	Indicadores	Ítems	
Ansiedad	Normalidad	1	
	Caso Probable de Ansiedad	Caso de Ansiedad	3
			5
			7
			9
	11		
	13		
Depresión	Normalidad	2	
	Caso Probable de Depresión	Caso de Depresión	4
			6
			8
			10
	12		
	14		

- **Modelo de los Instrumentos:**

**ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS  
MAYORES (EASI)**

(Adaptación realizada por Pérez Rojo, G., Izal, M. y Montorio, I., 2008)

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Estado Civil:  Soltero  Casado  Conviviente  Divorciado/Separado  Viudo

Con quién vive:  Solo

Con el cónyuge o pareja

Con hijo(s) ¿Cuántos?: \_\_\_\_\_

Con nieto(s) ¿Cuántos?: \_\_\_\_\_

Con otros familiares: \_\_\_\_\_

Otra(s) persona(s) (no familiares): \_\_\_\_\_

Nivel educativo:

Analfabetismo

Primaria

Secundaria

Técnico

Superior

¿De quién depende económicamente usted?

De mí mismo ¿cómo así?: \_\_\_\_\_

De otra(s) persona(s) ¿Quién(es)?: \_\_\_\_\_

¿Cómo considera usted que está su estado de salud?

Muy mala  Mala  Regular  Buena  Excelente

¿Padece enfermedades usted?  Sí  No

*En caso de respuesta afirmativa, (enumerar):*

1.- \_\_\_\_\_ 3.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_ 4.- \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

“A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos solamente en lo que haya sucedido en el último año.”

**\*Nota para el profesional:** Por ejemplo, “Si nosotros estamos en *enero*, me gustaría que sus respuestas se refirieran al período comprendido entre enero del año pasado y *enero* de este año”.

**1. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha hecho problemas para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha prohibido estar con la gente con la que quiere estar?**

Sí  No  No contesta

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA**, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?  Una ocasión  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**\*NOTA PARA EL PROFESIONAL:** Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?: \_\_\_\_\_

**2. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?**

Sí  No  No contesta

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA**, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?  Una ocasión  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**\*NOTA PARA EL PROFESIONAL:** Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?: \_\_\_\_\_

**3. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?**

Sí  No  No contesta

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA**, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?  Una ocasión  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**\*NOTA PARA EL PROFESIONAL:** Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?: \_\_\_\_\_

**4. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?**

Sí  No  No contesta

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA**, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?  Una ocasión  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**\*NOTA PARA EL PROFESIONAL:** Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?: \_\_\_\_\_

Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-4) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle ¿Quién es la persona responsable de cada una de estas situaciones?

**ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS)**  
(Versión original de Zigmond y Snaith, 1983)

**Indicaciones:**

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Leeré cada frase y usted me indicará la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la(s) semana(s) pasada(s). No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

**1.- Me siento tenso o nervioso.**

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

**2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.**

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

**3.- Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.**

- Definitivamente y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

**4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.**

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

**5.- Tengo mi mente llena de preocupaciones.**

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

**6.- Me siento alegre.**

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

**7.- Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.**

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

**8.- Me siento como si cada día estuviera más lento.**

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

**9.- Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.**

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

**10.- He perdido interés en mi aspecto personal.**

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

**11.- Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.**

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

**12.- Me siento optimista respecto al futuro.**

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

**13.- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.**

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

**14.- Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.**

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

- **Validación de los Instrumentos:**

1) **Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores**

**(Elder Abuse Suspicion Index: EASI)<sup>60</sup>:**

Es un instrumento desarrollado y probado en Montreal por un equipo de investigación de la Universidad McGill, St. Mary's Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de René Cassin y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, consiste en cinco preguntas, breves y directas dirigidas al paciente y una dirigida al evaluador que se realizan y que se formulan en un lenguaje respetuoso y sencillo.

Es fácilmente aplicable a personas mayores (65 y más años) sin problemas cognitivos. El EASI se diseñó no necesariamente para “detectar casos” sino para obtener un nivel suficiente de sospecha de maltrato hacia las personas mayores con el objetivo de poder referirlos a expertos; asimismo, ayudar a los profesionales en atención primaria en que se familiaricen con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema. Aunque el EASI no puede garantizar la detección de abuso o maltrato a personas mayores, su aplicación ya indica que el profesional que lo está evaluando es consciente del problema y por tanto refiere posibles casos a los servicios sociales y comunitarios.

---

<sup>60</sup> INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Pág. 57-59.

Comparado con otros instrumentos para la detección de maltrato a personas mayores, el EASI consta de menos preguntas y requiere menos tiempo de realización (aproximadamente 10 minutos en total). Además, de los médicos participantes en el estudio de Montreal, el 95,8 % valoraron las preguntas como “muy fácil” a “algo fácil”, y el 70,5 % consideraron que las preguntas tenían buen efecto en el abordaje del maltrato a personas mayores.

En el estudio de Montreal se compararon los resultados del EASI con el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Social Work Evaluation Form, SWEF) para validar el instrumento. La correlación entre el EASI y el SWEF alcanzó un índice de sensibilidad de 0,44 y un índice de especificidad de 0,77.

Los hallazgos del estudio en Montreal proporcionan un buen trabajo preliminar para realizar futuras investigaciones y especialmente supuso un paso en el proceso de análisis de la validez del EASI en diferentes contextos culturales y geográficos, asimismo, en la valoración de su aceptación y utilidad fuera de Canadá.

En el presente instrumento que consta de cinco preguntas la primera pregunta se enfoca a la dependencia que pueda existir entre el adulto mayor y su entorno familiar, a esta pregunta únicamente se le considera como factor de riesgo más no de maltrato en sí misma. Si el adulto mayor responde a cualquiera de las siguientes cuatro preguntas con un sí

eso sería suficiente para sospechar de que está ocurriendo maltrato. Si se suman las cuatro respuestas podríamos concluir que a mayor número de respuestas negativas menor sospecha de maltrato y a mayor número de respuestas positivas mayor sospecha de maltrato.

## 2) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)<sup>61,62</sup>.

Este instrumento está diseñado para la detección de síntomas de ansiedad y/o depresión en pacientes hospitalizados y pacientes que asisten a consulta externa. Este instrumento se puntúa en una escala Likert de 0 a 3 y consta de 14 ítems, siendo los 7 ítems impares para medir la ansiedad (HADS-A) y los 7 ítems pares para medir la depresión (HADS-D). Los puntajes van de un rango de 0 a 21. La interpretación que se utilizará en el presente estudio será la sugerida por sus creadores, los cuales establecieron como puntos de corte 0-7 presenta normalidad, 8-10 presenta caso probable y 11-21 caso de ansiedad o depresión. Para obtener estos puntos de corte se suman los puntajes de cada ítem.

En cuanto a la validación y adaptación en Colombia<sup>63</sup>, el HADS presenta un coeficiente de alfa de Cronbach de .85. Mientras que, en una revisión de la literatura sobre su validez, se concluyó que los

<sup>61</sup> ZIGMOND, A. S. y SNAITH, R. P. *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Pág. 361-370.

<sup>62</sup> DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C., GARCIA-ESTRADA PÉREZ, A., GONZALES DE RIVER, J. L. *"Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva*. Pág. 126-130.

<sup>63</sup> VINACCIA, Stefano, FERNÁNDEZ, Hamilton, AMADOR, Omar, TAMAYO, Ruht. Estela, VÁSQUEZ, Aída, CONTRERAS, Françoise, TOBON, Sergio y SANDIN, Bonifacio. *Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable*. Pág. 65-74.

coeficientes de alfa de Cronbach del HADS-A es de .83 y del HADS-D es de .82. Esto lo hace un instrumento confiable y válido<sup>64</sup>.



---

<sup>64</sup> BJELLAND, I., DAHL, A., HAUG, T. y NECKELMANN, D. *The validity of the hospital and anxiety scale: An update literature review.* Pág. 69-77.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.**

### **2.1. Ubicación Espacial.**

La presente investigación se realizará en el ámbito general de la ciudad Arequipa y en el ámbito específico del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD.

### **2.2. Ubicación Temporal.**

La investigación se desarrollará entre el mes de enero del año 2015 al mes de julio del año 2015, cuya visión temporal es prospectiva y de corte temporal transversal.

### **2.3. Unidades de Estudio.**

Se optará por trabajar con la opción de muestra.

#### **2.3.1. Universo:**

##### **a) Población Diana.**

- Atributo: Asegurados hombres y mujeres que asisten al 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD.
- Magnitud: 2555 asegurados.

##### **b) Población Accesible.**

###### **b.1. Universo Cualitativo.**

###### **Criterios de Inclusión.**

- De ambos sexos.
- Mayores de 65 años.

### Criterios de Exclusión.

- Que no estén presentes en las fechas de evaluación.
- Que no consientan participar en el estudio.

### b.2. Universo Cuantitativo.

El tamaño de la población en general es de 2555 asegurados.

### 2.3.2. Muestra:

En el presente estudio se trabajará con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y una probabilidad del 50%.

$$n = \frac{N \cdot Z^2}{Z^2 N(e)^2 + Z^2}$$

Dónde:

n = Muestra

N = Población (2555)

Z = Desviación Normal Estandarizada (1.96)

e = Margen de Error (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{2555 \cdot (1.96)^2}{1.96^2 (2555)(0.05)^2 + 1.96^2}$$

$$n = \frac{2555 (3.8416)}{(7.84)(2555)(0.0025) + 3.8416}$$

$$n = \frac{9815.288}{50.078 + 3.8416}$$

$$n = \frac{9815.288}{53.9196}$$

$$n = 182$$

- El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia.

- Muestra Formalizada.

<b>Género</b>	<b>Asegurados</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	37	20.3
Femenino	145	79.7
Total	182	100.00



### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

#### **3.1. Organización.**

- Se solicitará evaluación del Comité Institucional de Ética para la Investigación de la Universidad Católica de Santa María.
- Se solicitará por escrito la autorización para realizar la investigación al Gerente de la Red Asistencial Arequipa de EsSALUD.
- Se solicitará información demográfica de los participantes del estudio.
- Se hará una entrevista estructurada a los participantes con la finalidad de recoger la información requerida.
- Se llevará a cabo la entrevista únicamente con el adulto mayor.
- Se guardará la confidencialidad de los participantes.
- Se respetará las consideraciones éticas concernientes a la investigación las cuales son autonomía, beneficencia y justicia.
- Se respetará la rigurosidad científica.
- Se respetarán a los participantes como seres humanos en su integridad.

#### **3.2. Recursos.**

##### **3.2.1. Humanos.**

Investigador : Mgter. Luis Fernando Sotomayor Cuadros.

Asesora : Dra. Bethzabet Pacheco Chirinos.

### 3.2.2. Físicos.

Infraestructura de la Unidad de Prestaciones Sociales 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSALUD, Arequipa.

### 3.3. Presupuesto.

Los gastos que amerite la investigación serán solventados por el investigador.



## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.

### 4.1. Plan de procesamiento de los datos.

- a) El tipo de procesamiento: Será computarizado.
- b) Plan de operaciones:
  - b.1. Plan de clasificación:** Los datos recolectados se ordenarán en una matriz de sistematización.
  - b.2. Plan de codificación:** Se codificarán de acuerdo al paquete estadístico SPSS versión 23.
  - b.3. Plan de tabulación:** Se elaborarán tablas de tipo numérico de simple y doble entrada.
  - b.4. Plan de graficación.**  
Por tratarse de una variable cualitativa las gráficas serán en barras, acorde a sus respectivas tablas.

### 4.2. Plan de análisis de datos.

#### a. Tipo de análisis.

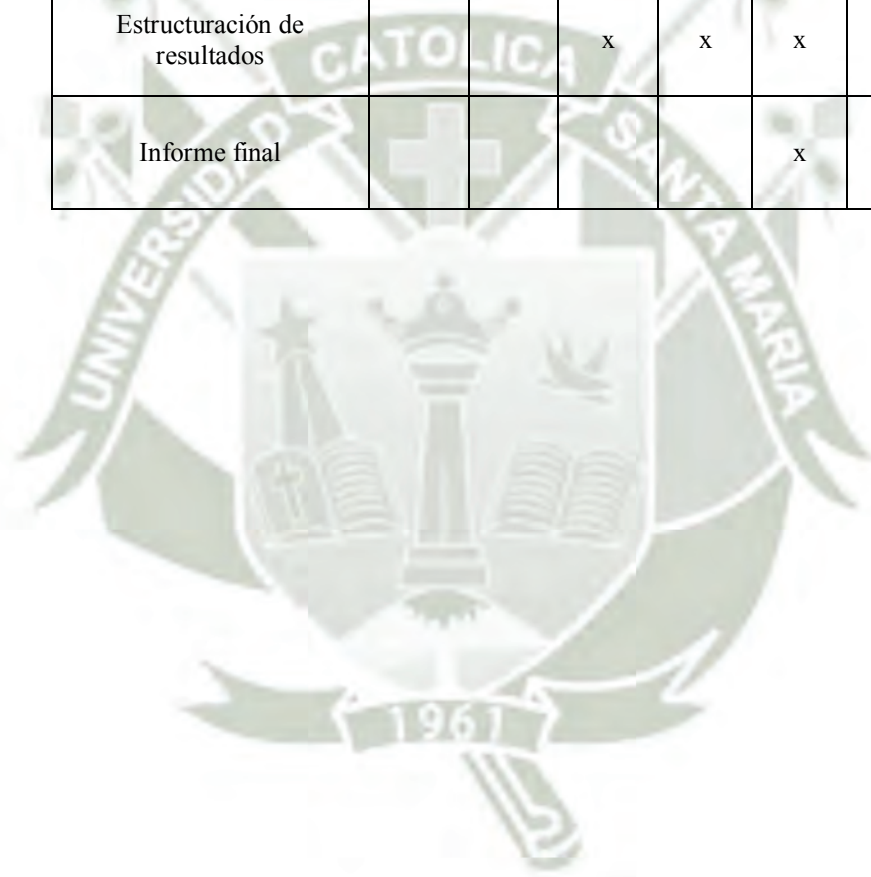
- Por el número de variables se realizará un análisis multivariado.
- Por la naturaleza de la investigación el análisis será cuantitativo, pues va a requerir de tratamiento estadístico descriptivo e inferencial.

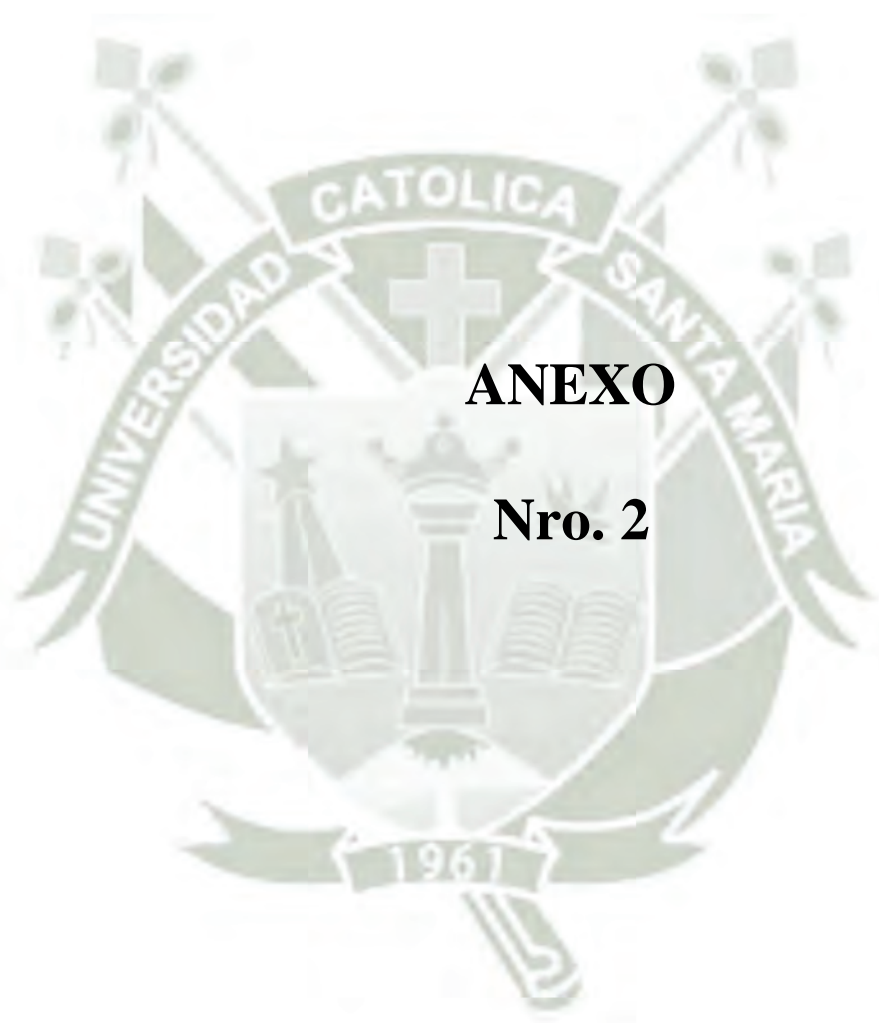
#### Análisis estadístico.

Variables	Tipo de Variable según el carácter estadístico	Escala de Medición	Estadística Descriptiva	Estadística Inferencial
Sospecha de maltrato	Nominal	Nominal	Frecuencias Absolutas y Frecuencias Relativas	$X^2$
Ansiedad	Ordinal	Ordinal		
Depresión				

### III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	2015						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Recolección de datos	x	x	x				
Estructuración de resultados			x	x	x		
Informe final					x	x	x





## **ANEXO**

### **Nro. 2**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

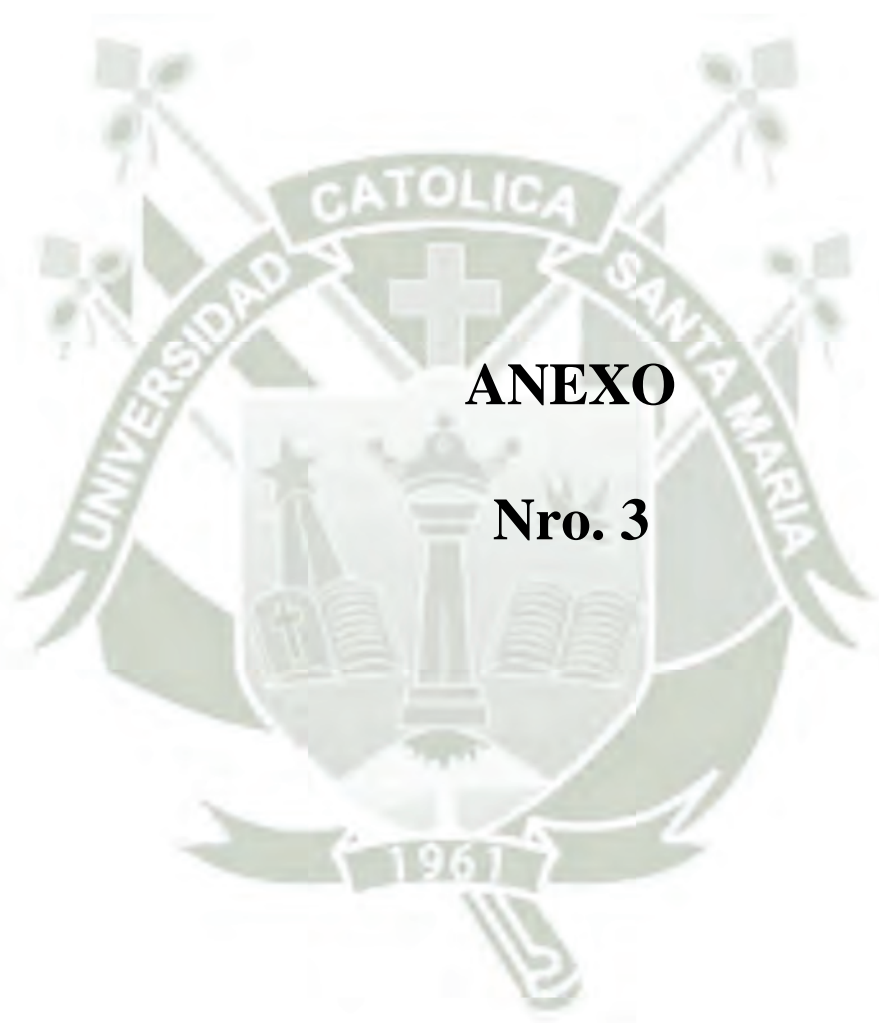
Yo, Luis Fernando Sotomayor Cuadros, investigador de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, presento ante usted el proyecto denominado: Relación entre la Sospecha de Maltrato con Ansiedad y Depresión en asegurados del 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSalud. Arequipa. 2015, cuya meta es obtener datos sobre la prevalencia de sospecha de maltrato junto a los niveles de ansiedad y depresión en asegurados.

*Procedimiento:* Si usted acepta ingresar en este estudio, se le apoyará en el llenado de los cuestionarios Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores EASI y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS.

Este es un estudio voluntario, confidencial y anónimo. Usted puede decidir participar o no en el. En el caso que usted desee participar y apoyar en la realización de esta investigación, está usted consintiendo voluntariamente su participación. En el caso de que se evidencie que existe sospecha de maltrato, ansiedad o depresión en el grupo de estudio, se sugerirá al 1<sup>er</sup> Centro del Adulto Mayor Zamácola - EsSalud que tome las acciones pertinentes para afrontar estas situaciones.

Comprendiendo que el tema sobre el maltrato es un tema sensible y teniendo la autorización del Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Católica de Santa María es que no se le va a solicitar su firma en este consentimiento el cual autoriza iniciar el estudio.

Gracias por su apoyo.



## **ANEXO**

### **Nro. 3**

### MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

N°	1.- EDAD	2.- GÉNERO	3.- ESTADO CIVIL	4.- CON QUIÉN VIVE	5.- NIVEL EDUCATIVO	6.- DEPENDENCIA ECONÓMICA	7.- EXISTENCIA DE PRIVACIÓN	8.- MALTRATO PSICOLÓGICO Y VERBAL	9.- ABUSO ECONÓMICO	10.- ABUSO FÍSICO Y SEXUAL	11.- SOSPECHA DE MALTRATO	12.- NIVEL DE ANSIEDAD	13.- NIVEL DE DEPRESIÓN
1	67	F	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2
2	78	M	5	3	4	1	2	1	2	2	1	1	1
3	88	M	5	4	2	1	2	2	2	2	2	2	1
4	82	M	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	3
5	66	F	2	2	4	1	2	2	2	2	2	1	2
6	65	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	2
7	71	M	5	3	3	1	1	2	2	2	1	2	2
8	75	M	5	3	3	1	1	1	2	2	1	2	3
9	91	M	4	4	5	1	1	2	2	2	1	2	2
10	69	M	5	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
11	65	F	2	3	5	1	2	2	2	2	2	2	2
12	65	F	5	3	3	1	2	1	2	2	1	2	2
13	74	F	5	3	5	1	2	2	2	2	2	2	3
14	78	F	5	3	3	1	2	1	1	2	1	2	1
15	77	F	5	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2
16	65	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	3	2
17	72	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2
18	65	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	3
19	70	F	1	1	5	1	2	2	2	2	2	3	1
20	71	F	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2
21	78	F	4	1	2	2	2	1	2	2	1	3	1
22	65	F	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2
23	74	F	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3
24	65	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2
25	84	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	2	1
26	71	F	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2
27	78	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1
28	72	F	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
29	71	F	1	1	5	1	2	1	2	2	1	2	2

30	83	F	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2
31	71	F	2	2	3	2	2	1	2	1	1	3	1
32	70	F	2	2	3	1	2	1	2	2	1	3	2
33	73	F	2	2	3	1	1	2	2	2	1	3	3
34	79	F	5	3	5	1	2	2	2	2	2	3	1
35	68	F	5	3	5	1	2	2	1	2	1	2	3
36	81	F	5	1	5	2	2	1	2	2	1	2	2
37	72	F	5	3	5	1	2	1	2	2	1	2	2
38	78	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	3	3
39	84	F	5	3	5	1	2	2	2	2	2	2	2
40	77	F	1	5	5	1	2	2	2	2	2	2	1
41	76	F	5	1	2	1	2	1	1	2	1	3	2
42	75	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2
43	80	F	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1
44	79	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2
45	68	F	1	5	5	1	2	2	2	2	2	2	3
46	73	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	3	1
47	72	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	3	1
48	72	F	5	3	3	1	2	1	2	2	1	3	1
49	75	F	4	1	5	1	2	2	2	2	2	2	2
50	76	F	4	3	5	1	2	2	2	2	2	3	2
51	81	F	5	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1
52	72	F	4	1	4	1	2	1	2	2	1	2	2
53	65	F	2	2	5	2	1	1	1	1	1	2	2
54	66	F	2	3	4	1	2	1	1	2	1	1	2
55	65	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	2
56	73	F	5	3	1	1	2	2	2	2	2	3	2
57	65	F	2	2	2	1	2	2	1	2	1	3	2
58	84	F	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	1
59	92	F	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
60	87	M	2	2	3	1	2	1	2	2	1	3	2
61	70	F	2	2	5	1	2	1	1	2	1	2	1
62	67	F	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
63	77	F	5	1	3	1	2	1	2	2	1	3	1
64	70	F	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	1
65	75	F	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1
66	75	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	3	2
67	70	M	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	3
68	73	F	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2
69	66	F	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1
70	72	F	5	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1
71	77	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2
72	74	M	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	1
73	73	M	4	3	3	1	2	2	2	2	2	3	1

74	77	M	5	3	4	1	2	2	2	2	2	2	3
75	65	F	2	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2
76	65	F	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2
77	78	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2
78	84	F	1	6	2	1	2	2	1	2	1	1	2
79	79	F	5	5	5	1	1	2	2	2	1	3	2
80	75	F	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1
81	70	F	5	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3
82	66	M	4	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1
83	81	M	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
84	87	F	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
85	65	F	2	2	5	2	2	2	2	2	2	3	1
86	75	M	5	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2
87	77	F	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2
88	67	F	2	2	3	2	1	1	2	2	1	2	3
89	71	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2
90	79	F	5	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1
91	86	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1
92	78	F	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3
93	76	M	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
94	71	M	2	2	3	1	1	2	2	1	1	2	2
95	75	M	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	3
96	83	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2
97	65	F	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1
98	65	F	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
99	69	M	2	2	4	1	2	2	2	2	2	3	3
100	70	M	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2
101	68	M	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	1
102	68	F	5	3	5	1	2	1	2	2	1	2	2
103	69	F	5	3	2	2	2	1	2	2	1	3	1
104	66	F	2	2	4	1	1	1	1	2	1	3	1
105	66	F	1	4	3	1	2	2	2	2	2	2	3
106	65	M	5	3	4	1	2	1	2	2	1	2	2
107	68	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2
108	78	M	2	2	5	2	2	2	2	2	2	3	3
109	67	F	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2
110	88	M	5	4	2	1	2	2	2	2	2	2	1
111	66	F	2	2	4	1	2	2	2	2	2	1	2
112	71	M	5	3	3	1	1	2	2	2	1	2	2
113	91	M	4	4	5	1	1	2	2	2	1	2	2
114	65	F	2	3	5	1	2	2	2	2	2	2	2
115	74	F	5	3	5	1	2	2	2	2	2	2	3
116	77	F	5	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2
117	72	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2

118	70	F	1	1	5	1	2	2	2	2	2	3	1
119	78	F	4	1	2	2	2	1	2	2	1	3	1
120	74	F	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3
121	84	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	2	1
122	78	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1
123	71	F	1	1	5	1	2	1	2	2	1	2	2
124	71	F	2	2	3	2	2	1	2	1	1	3	1
125	73	F	2	2	3	1	1	2	2	2	1	3	3
126	68	F	5	3	5	1	2	2	1	2	1	2	3
127	72	F	5	3	5	1	2	1	2	2	1	2	2
128	84	F	5	3	5	1	2	2	2	2	2	2	2
129	76	F	5	1	2	1	2	1	1	2	1	3	2
130	80	F	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1
131	68	F	1	5	5	1	2	2	2	2	2	2	3
132	72	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	3	1
133	75	F	4	1	5	1	2	2	2	2	2	2	2
134	81	F	5	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1
135	65	F	2	2	5	2	1	1	1	1	1	2	2
136	65	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	2
137	65	F	2	2	2	1	2	2	1	2	1	3	2
138	92	F	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
139	70	F	2	2	5	1	2	1	1	2	1	2	1
140	77	F	5	1	3	1	2	1	2	2	1	3	1
141	75	F	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1
142	70	M	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	3
143	66	F	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1
144	77	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2
145	73	M	4	3	3	1	2	2	2	2	2	3	1
146	65	F	2	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2
147	78	F	5	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2
148	79	F	5	5	5	1	1	2	2	2	1	3	2
149	70	F	5	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3
150	81	M	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
151	65	F	2	2	5	2	2	2	2	2	2	3	1
152	77	F	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2
153	71	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2
154	86	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1
155	76	M	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
156	75	M	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	3
157	65	F	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1
158	69	M	2	2	4	1	2	2	2	2	2	3	3
159	68	M	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	1
160	69	F	5	3	2	2	2	1	2	2	1	3	1
161	66	F	1	4	3	1	2	2	2	2	2	2	3

162	68	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2
163	78	M	5	3	4	1	2	1	2	2	1	1	1
164	82	M	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	3
165	65	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	2
166	75	M	5	3	3	1	1	1	2	2	1	2	3
167	69	M	5	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
168	65	F	5	3	3	1	2	1	2	2	1	2	2
169	78	F	5	3	3	1	2	1	1	2	1	2	1
170	65	F	2	2	5	1	2	1	2	2	1	3	2
171	65	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	3
172	71	F	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2
173	65	F	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2
174	65	F	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2
175	71	F	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2
176	72	F	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
177	83	F	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2
178	70	F	2	2	3	1	2	1	2	2	1	3	2
179	79	F	5	3	5	1	2	2	2	2	2	3	1
180	81	F	5	1	5	2	2	1	2	2	1	2	2
181	78	F	5	3	3	1	2	2	2	2	2	3	3
182	77	F	1	5	5	1	2	2	2	2	2	2	1

Leyenda:

**1.- Sexo:**

M = Masculino  
F = Femenino

**2.- Estado Civil:**

1 = Soltero  
2 = Casado  
3 = Conviviente  
4 = Separado/Divorciado  
5 = Viudo

**3.- Con quién convive:**

1 = Solo  
2 = Cónyuge  
3 = Hijos  
4 = Nietos  
5 = Otros familiares  
6 = Otras personas

**4.- Nivel Educativo:**

1 = Analfabetismo  
2 = Primaria  
3 = Secundaria  
4 = Técnico  
5 = Superior

**5.- Dependencia Económica:**

1 = De sí mismo  
2 = De otra persona

**6.- Existencia de Privación:**

1 = Sí  
2 = No

**7.- Maltrato psicológico verbal:**

1 = Sí  
2 = No

**8.- Abuso económico:**

1 = Sí  
2 = No

**9.- Abuso físico y sexual:**

1 = Sí  
2 = No

**10.- Sospecha de Maltrato:**

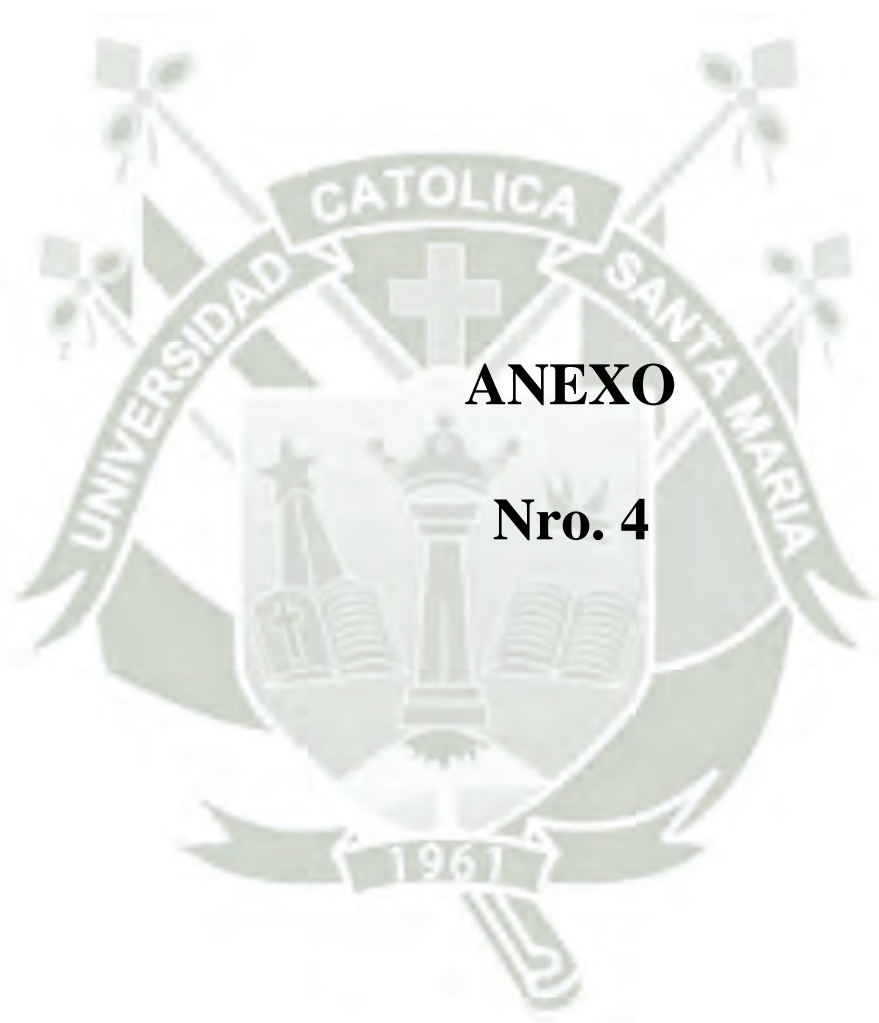
1 = Sospecha  
2 = No sospecha

**11.- Nivel de ansiedad:**

1 = No  
2 = Caso probable  
3 = Caso de ansiedad

**12.- Nivel de depresión:**

1 = No  
2 = Caso probable  
3 = Caso de ansiedad



## **ANEXO**

### **Nro. 4**

## CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

### 1.- Tablas de frecuencia para la información general

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN EL GÉNERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	37	20,3	20,3	20,3
	Femenino	145	79,7	79,7	100,0
Total		182	100,0	100,0	

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	18	9,9	9,9	9,9
	Casado	86	47,3	47,3	57,1
	Separado/Divorciado	13	7,1	7,1	64,3
	Viudo	65	35,7	35,7	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN CON QUIÉNES CONVIVEN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Solo	27	14,8	14,8	14,8
	Cónyuge/Pareja	82	45,1	45,1	59,9
	Hijos	60	33,0	33,0	92,9
	Nietos	6	3,3	3,3	96,2
	Otros familiares	6	3,3	3,3	99,5
	Otras personas	1	,5	,5	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabetismo	1	,5	,5	,5
	Primaria	43	23,6	23,6	24,2
	Secundaria	58	31,9	31,9	56,0
	Técnico	17	9,3	9,3	65,4
	Superior	63	34,6	34,6	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN LA DEPENDENCIA ECONÓMICA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De mi mismo	145	79,7	79,7	79,7
	De otra persona	37	20,3	20,3	100,0
	Total	182	100,0	100,0	



## 2.- Tabla de frecuencia referente a la variable Sospecha de Maltrato

### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN LA PRESENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sospecha	77	42,3	42,3	42,3
	No sospecha	105	57,7	57,7	100,0
	Total	182	100,0	100,0	



### 3.- Tablas de frecuencia referentes a los sub-indicadores de la variable Sospecha de Maltrato

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN EL INDICADOR DE SOSPECHA DE MALTRATO: EXISTENCIA DE PRIVACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	17	9,3	9,3	9,3
	No	165	90,7	90,7	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN EL INDICADOR DE SOSPECHA DE MALTRATO: MALTRATO PSICOLÓGICO Y VERBAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	59	32,4	32,4	32,4
	No	123	67,6	67,6	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN EL INDICADOR DE SOSPECHA DE MALTRATO: ABUSO ECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	18	9,9	9,9	9,9
	No	164	90,1	90,1	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN EL INDICADOR DE SOSPECHA DE MALTRATO: ABUSO FÍSICO Y SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	3,8	3,8	3,8
	No	175	96,2	96,2	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

#### 4.- Tabla de frecuencia referente a la variable Ansiedad

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN LOS NIVELES DE ANSIEDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	17	9,3	9,3	9,3
	Caso probable	104	57,1	57,1	66,5
	Caso de ansiedad	61	33,5	33,5	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

#### 5.- Tabla de frecuencia referente a la variable Depresión

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS SEGÚN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	58	31,9	31,9	31,9
	Caso probable	91	50,0	50,0	81,9
	Caso de depresión	33	18,1	18,1	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

## 6.- Tablas cruzadas referentes a la relación entre variables

### RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOSPECHA DE MALTRATO Y NIVEL DE ANSIEDAD

Tabla cruzada

			SOSPECHA DE MALTRATO		Total
			Sospecha	No sospecha	
NIVEL DE ANSIEDAD	No	Recuento	8	9	17
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	10,4%	8,6%	9,3%
Caso probable		Recuento	43	61	104
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	55,8%	58,1%	57,1%
Caso de ansiedad		Recuento	26	35	61
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	33,8%	33,3%	33,5%
Total		Recuento	77	105	182
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,199 <sup>a</sup>	2	,905
Razón de verosimilitud	,198	2	,906
Asociación lineal por lineal	,023	1	,880
N de casos válidos	182		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,19.

**RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOSPECHA DE MALTRATO Y NIVEL DE DEPRESIÓN**

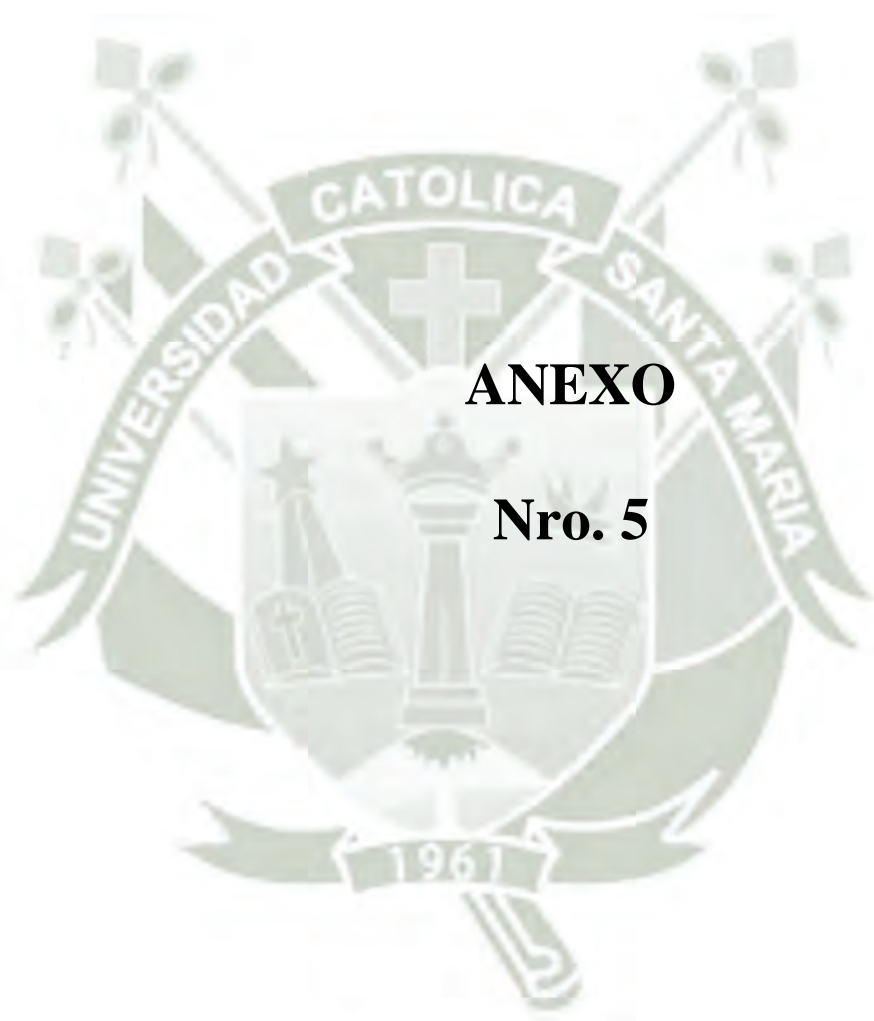
**Tabla cruzada**

			SOSPECHA DE MALTRATO		Total
			Sospecha	No sospecha	
NIVEL DE DEPRESIÓN	No	Recuento	24	34	58
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	31,2%	32,4%	31,9%
	Caso probable	Recuento	40	51	91
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	51,9%	48,6%	50,0%
	Caso de depresión	Recuento	13	20	33
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	16,9%	19,0%	18,1%
Total		Recuento	77	105	182
		% dentro de SOSPECHA DE MALTRATO	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,237 <sup>a</sup>	2	,888
Razón de verosimilitud	,237	2	,888
Asociación lineal por lineal	,008	1	,927
N de casos válidos	182		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,96.



## **ANEXO**

### **Nro. 5**



“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN “

### CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE PSC. PLINIO ALATTA RETAMOZO PSICÓLOGO DEL I CAM ZAMÁCOLA  
ESSALUD AREQUIPA.

#### HACE CONSTAR:

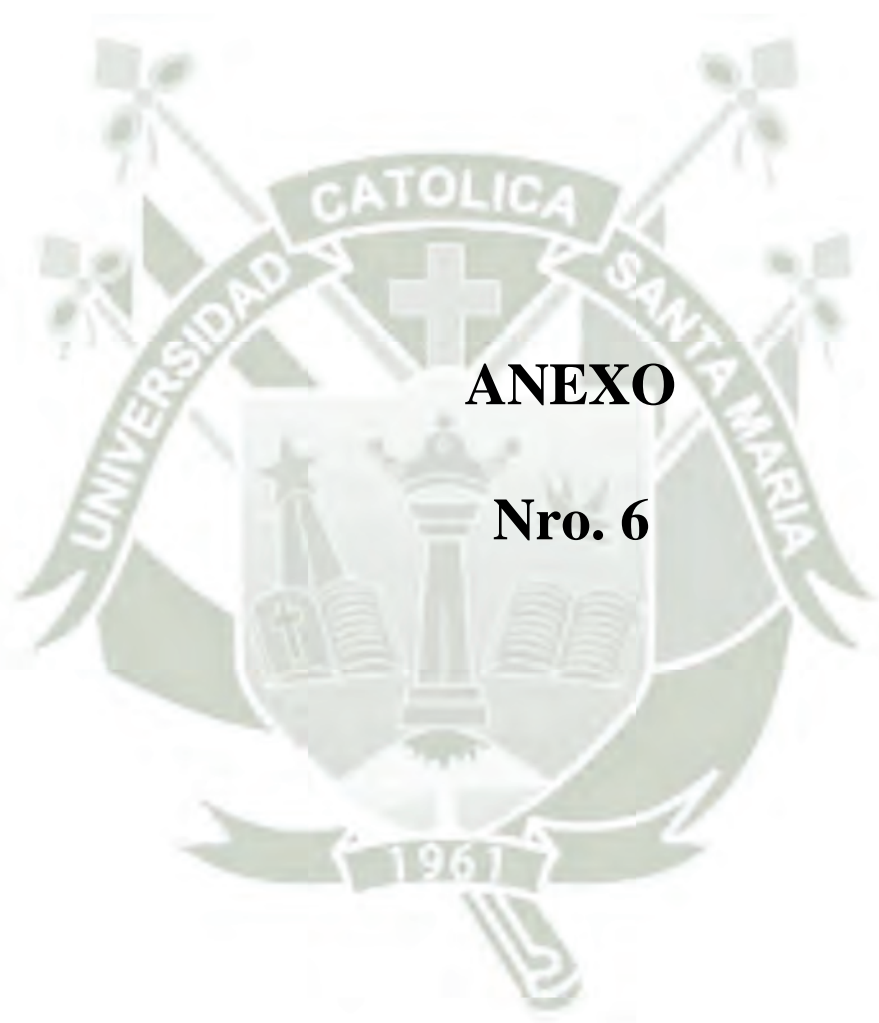
QUE EL MAGISTER LUIS FERNANDO SOTOMAYOR CUADROS HA REALIZADO EN EL I CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR ZAMÁCOLA ESSALUD LA INVESTIGACIÓN DENOMINADA “RELACIÓN  
ENTRE LA SOSPECHA DE MALTRATO, ANSIEDAD Y DEPRESION EN ASEGURADOS DEL I CENTRO  
DEL ADULTO MAYOR ZAMÁCOLA ESSALUD AREQUIPA”

SE EXPIDE LA PRESENTE A SOLICITUD DEL INTERESADO.

AREQUIPA, JULIO 2015



Pse. Plinio Alatta Retamozo  
C.A.M. ZAMACOLA  
C. Fac. P. 6841  

## **ANEXO**

### **Nro. 6**

## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 06 de enero 2015

Dr. Edgar Borda Rivera  
Universidad Católica de Santa María  
Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación del proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

El proyecto de tesis denominado: “Relación entre la sospecha de Maltrato, Ansiedad y Depresión en el I Centro Del Adulto Mayor Zamácola - Essalud. Arequipa. 2015”, presentado por el Magister Luis Fernando Sotomayor Cuadros, para obtener el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

En cuanto al diseño, se trata de un estudio observacional, relacional.

El estudio tiene como objetivo general: Determinar si existe relación entre la sospecha de maltrato, ansiedad y depresión en asegurados del I Centro del Adulto Mayor Zamácola – EsSALUD. Arequipa

En cuanto a la protección de los sujetos de estudio: Se estudiarán a todos los adultos mayores hombres y mujeres de 65 a más años que estén presentes durante las fechas



### COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

de evaluación en el I Centro Del Adulto Mayor Zamácola - Essalud. Arequipa y se aplicarán los siguientes instrumentos:

- a. Mini Examen Cognoscitivo (MEC) para detectar el estado mental de una persona.
- b. Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI)
- c. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Los procedimientos no representan riesgos para los adultos mayores, sin embargo el Comité de ética recomienda no tomar el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) completo por ser agotador para los adultos mayores y porque si es muy sensible se limitará mucho el estudio.

Deberá solamente utilizarse para los adultos mayores con gran sospecha de alteración de su estado mental, que no pueden completar los instrumentos planteados.

Debe alertarse que desde ya, el estudio tendrá grandes sesgos, porque se excluirán a adultos mayores con alguna alteración cognitiva y es probable que en esos grupos existe elevadas tasas de maltrato justamente por su condición.

Debe mejorar en el formato de consentimiento informado, en el mismo deberá indicar que si el participante desea conocer si tiene ansiedad o depresión cómo se le dará a conocer dicho diagnóstico.

Debe indicarse que hará luego de conocer que existe ansiedad y depresión en algunos adultos mayores, ya que no se justificaría éticamente el estudio si no se hace algo para ayudar a los que resulten con estos diagnósticos.

Se recomienda ejecutar actividades con estos adultos mayores para dar a conocer el tratamiento.

Debe indicarse que hará luego de conocer que existe maltrato en algunos adultos mayores, ya que no se justificaría éticamente el estudio si no se hace algo para



### COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

ayudar a los que resulten con antecedentes de maltrato. Es conveniente que se trabaje con el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables

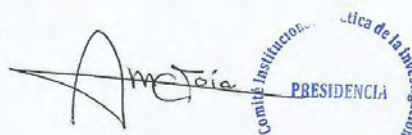
Se recomienda ejecutar actividades con estos adultos mayores para dar a conocer sus derechos, y con los familiares y cuidadores para que entiendan sobre el daño a los que exponen a los adultos mayores en actos de maltrato sea físico o psicológico.

El Riesgo del estudio: Es Mínimo pero al ser un tema sensible el maltrato deberá tomarse todas las medidas de protección al adulto mayor, ya que los agresores podrían tomar represalias.

Se realizaron observaciones como inclusión de consentimiento informado, las cuales fueron cumplidas.

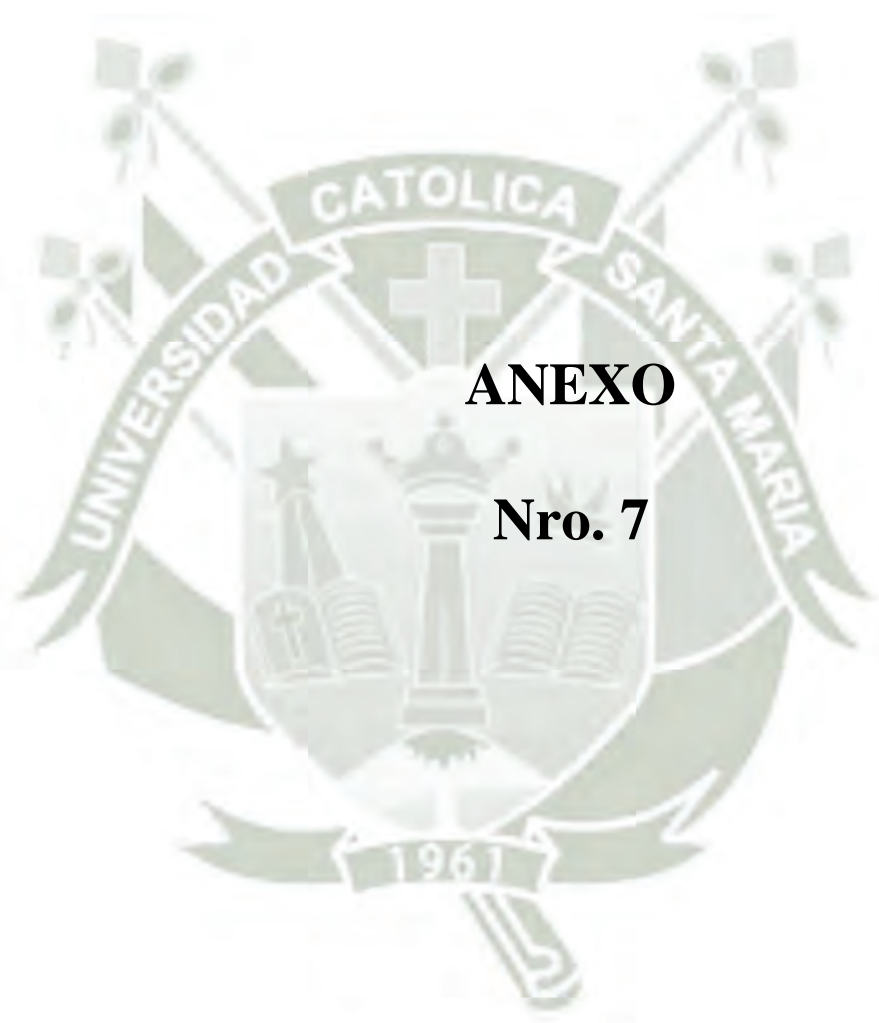
#### **DICTAMEN:**

Favorable, procede su ejecución. Debe cumplir con las recomendaciones



A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains the text 'Comité Institucional de la Investigación' around the top edge and 'PRESIDENCIA' in the center.

Comité Institucional de Ética de la  
Investigación UCSM



## **ANEXO**

### **Nro. 7**

## INSTALACIONES DEL 1<sup>ER</sup> CENTRO DEL ADULTO MAYOR ZAMÁCOLA - ESSALUD.

