



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



VIOLENCIA PSICOSOCIAL EJERCIDA POR LA FAMILIA
Y SOCIEDAD RELACIONADO CON LA EDAD
Y SEXO, PROGRAMA MUNICIPAL
DEL ADULTO MAYOR
LINCE-LIMA.

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Uriarte Flores, María del Carmen

Lima -Perú
2012

María Del Carmen Uriarte Flores

VIOLENCIA PSICOSOCIAL EJERCIDA POR LA FAMILIA
Y SOCIEDAD RELACIONADO CON LA EDAD
Y SEXO, PROGRAMA MUNICIPAL
DEL ADULTO MAYOR
LINCE-LIMA.

Asesora: **Lic. Mónica Patricia Lias Cuervo**

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Co - Asesora: **Dra. Kattia Ochoa Vigo**

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Lima - Perú
2012

DEDICATORIA

*A mi mamá Andréé Tráris y Dra
Francoise Ratto por su ayuda económica
y por creer en mi esfuerzo sin ellas no
era posible concluir este trabajo arduo y
costoso*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarme a ser paciente y aceptar sus designios y permitir no claudicar en mis proyectos.

A la Doctora Kattia Ochoa Vigo, por su compromiso con el desarrollo científico de la enfermera y compartir sus conocimientos y guiarme para que esta investigación concluya.

A la Lic. Mónica Lías quien estuvo guiándome en el inicio del trabajo y su compromiso con los trabajos sociales de la enfermera.

Al Doctor Juan Fernández Marquina por conseguirme información científica de fuentes primarias y ayudarme a seleccionar la información.

Al alcalde de Lince Dr. Martín Príncipe Laines, por confiar en la investigación y brindarme facilidades.

A la Licenciada en Educación Rosa Rivera Lévano por facilitar el uso de sus instalaciones y esperar con paciencia los resultados.

A mi amiga Angélica Oré, quien se desveló desde el principio para encontrar y ordenar la información requerida.

INDICE

RESUMEN	7
SUMMARY	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.1 Planteamiento y delimitación del problema.....	11
1.2 Formulación del problema:.....	11
1.3 Delimitación de los Objetivos:	11
1.3.1 Objetivos General:.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos:	11
1.4 Importancia y Justificación del Estudio:	12
1.5 Limitaciones del estudio:	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	14
2.1 Investigaciones relacionadas con el tema	14
2.2 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.	16
2.2.1Conceptualización de Violencia contra el Adulto Mayor:	17
2.2.2 Tipos de violencia contra el adulto mayor:	18
2.2.3 Modelos de explicación de la violencia:	20
2.2.4 Normativa legal contra la violencia.....	21
2.2.5 Teorías sobre el envejecimiento.....	24
2.2.6 Rol de la enfermera en la atención del adulto mayor.....	27
2.3 Definición de Términos Básicos (Operacionales)	31
2.4 Formulación General de Hipótesis.....	32
2.4.1 Hipótesis general	32

2.4.2 Hipótesis Específica	32
2.5 Relación de Variables:	32
2.5.1 Operacionalización de variables.....	32
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	33
3.1 Tipo y método de investigación.....	33
3.2 Área de estudio	33
3.3 Población y muestra de estudio	34
3.4 Tamaño de la Muestra	34
3.4.1 Criterios de Inclusión:	35
3.5 Esquema del diseño metodológico:	35
3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	36
3.7 Procedimientos de Recolección de Datos	36
3.8 Análisis de Datos.....	37
3.9 Aspectos Éticos	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.1. Resultados:.....	39
4.2 Discusión:.....	49
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
5.1 Conclusiones:.....	62
5.2 Recomendaciones:.....	63

RESUMEN

Introducción: La violencia psicosocial hacia el adulto mayor es innegable en el país, constituye un problema de salud pública que ha azotado a la humanidad durante décadas. Las distintas formas de expresión individual y colectiva de violencia, los factores que la originan y sus consecuencias sociales generan y hacen de ella un fenómeno complejo que causa estragos en la sociedad y la salud del adulto mayor. **Objetivo:** Determinar la relación de violencia psicosocial ejercida por la familia y sociedad con la edad y sexo entre los asistentes al programa del adulto mayor Municipalidad de Lince-Lima. **Metodología:** La investigación es de tipo cuantitativo, descriptiva y correlacional, de corte transversal, cuya muestra fue no probabilística por converuencia conforme criterios de inclusión y exclusión, participando 116 adultos mayores de ambos sexos. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento un cuestionario conteniendo 27 preguntas con respuestas tricotómicas, para establecer los niveles de violencia: Alto, Medio y Bajo, se utilizó la escala estatinos para los valores finales. La recolección de datos fue realizada por la investigadora y colaboradores previamente capacitados en el área de investigación, el análisis de datos fue la estadística descriptiva, incluyendo la prueba de Chi² para establecer la relación entre violencia psicosocial con edad y sexo teniendo como soporte el Paquete estadístico SPSS versión 19,0. **Resultados:** Se encontró que 60,3% (70) tenían entre 60-74 años de edad y el 77,2% (78) eran mujeres, en general, la violencia psicológica afectó al 63,8% (alta y media) y la social a un 43,9% (alta y media). En general, la violencia psicosocial alcanzó un 77,4% (alto y medio). **Conclusiones:** Se identificó que la violencia psicosocial hacia el adulto mayor se encuentra distribuido por niveles (Alto, en un 19,8% Medio en un 58,6% y Bajo 21,6%) siendo el más representativo el nivel medio. La violencia psicológica hacia el adulto mayor se encontró en un nivel medio en más de la mitad de la población. Al relacionar edad y sexo con violencia psicosocial no se encontró correlación, pero en violencia psicológica se encontró que los varones son los más violentados, y los de 60 a 74 años están en un nivel medio de esta violencia. **Palabras clave:** Violencia psicosocial, Adulto mayor, Familia, Sociedad

SUMMARY

Introduction: Psychosocial violence against the elderly is undeniable in our country, constituting a problem of Public Health which has plagued the humanity during decades. The various forms of individual and collective expressions of violence, the factors and their social consequences generate and make a complex phenomenon causing havoc in Society and on the health of elderly. **Objective:** To determine the relationship of psychological violence by the family and society with age and sex among those attending the program for older Municipality of Lince-Lima. **Methodology:** Research is quantitative descriptive and correlational type of cross-section, whose sample was not probabilistic by convenience, according to inclusion and exclusion criteria; participating 106 elderly of both sexes. Survey was used as technique and as instrument a questionnaire containing 27 questions with "tricotomics" answers to establish the levels of violence high, medium or low. "Staninos" scale was used for the final readings. Data collected was done by the researcher and collaborators, previously trained in the area of the research. Descriptive Statistics was used in Data analysis including (Chi²) to establish the relation of psychosocial violence with the age and sex that support the statistical package SPSS version 19.0. **Results:** It was found that 60.3 % are between 60-74 years of age and the 77.2% were female. In general the psychological violence affected 63.8% (medium and high), the social to the 43.9% (medium and high) and the psychosocial 77.4% (medium and high). **Conclusions:** identify that psychosocial violence against the older adult is distributed by levels (high in 19.8%, medium in 58.6% and low in 21.6%), being the most representative the medium level. Psychological violence towards the elderly was found in the medium level on more than half of the population. Associating sex with violence and age, psychosocial correlation was not found but psychological violence found that the male is the most violated and the aged 60-74 are in the mid-level of this violence.

Keywords: Violence psychosocial, Elderly people, Family, Society

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la violencia hacia el adulto mayor ha generado interés en la salud pública, éste acto se da en diferentes formas y en ambos sexos, siendo más afectadas las mujeres ya que éstas no están exentas del abuso.

La violencia contra los adultos mayores puede adoptar muchas formas: física, psicológica, emocional, financiera y se produce en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas de manera activa o pasiva, y ocurre en distintos contextos: familiar, en las instituciones que prestan asistencia a este grupo etario y en la sociedad que los discrimina. La tendencia actual nos muestra que en los próximos decenios, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, se producirá el aumento vertiginoso de la población en este grupo etario, por ello es necesario potenciar las políticas de salud con el fin de lograr un envejecimiento saludable para ellos. La investigación está dividida en cinco capítulos, apoyados para ello en el interés, la lectura y la revisión bibliográfica, así como la consulta de profesionales de la salud.

En el capítulo I: se expone el planteamiento y formulación del problema, se define los objetivos, importancia y limitaciones de la investigación.

En el capítulo II, se presenta la revisión de la literatura investigaciones precedidas, además de las bases teóricas que lo sustentan, la definición de términos y las variables de la investigación.

En el capítulo III, se escribe el tipo y método de investigación, así como el área donde se llevó a cabo la investigación, se describe la población con los criterios de inclusión y exclusión, la técnica, e instrumentos de recolección de datos, se evidencia el nivel de validez y confiabilidad del instrumento, el análisis y procesamiento de los datos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos en la investigación con el análisis e interpretaciones de datos presentados en cuadros, describiendo los principales hallazgos del estudio, y la discusión que enriquece este trabajo de investigación debido a que se confronta con la literatura y otras investigaciones realizadas, a nivel internacional y nacional.

En el capítulo V, se describen las conclusiones finales de la investigación y el aporte para enfermería, con las recomendaciones pertinentes sobre el tema.

Finalmente, esta investigación contiene información que permitirá el mejoramiento del cuidado de enfermería para este grupo etario, complementando con las referencias bibliográficas que ayudaron a la ejecución de esta. Se espera que las conclusiones de la investigación proporcionen información útil al proceso de mejoramiento en el cuidado de enfermería comunitaria, también denominada como atención primaria, la cual es el punto neurálgico donde se debe trabajar en forma continua y persistente.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y delimitación del problema

El adulto mayor trae consigo diferentes características según su cultura, a veces se ha valorado la experiencia de su edad en la sociedad viviendo el día a día; y en otras, se le ha visto como una persona que no tiene una producción activa generando gastos en su sobrevivencia.¹

Partiendo de la definición del Adulto Mayor unido a su cultura: es la persona que encaja en una categoría colectiva de edad, como ocurre igualmente con el niño, adolescente o adulto. En casi todas las sociedades “ser Adulto Mayor está referido al concepto de desgracia, a diferencia del adolescente quien se enorgullece de esta etapa percibida como fortuna”, pues en la juventud se siente vigoroso y por lo tanto tiene más oportunidades en el campo laboral, estando en pleno uso de sus facultades físicas y psicológicas; a diferencia del adulto mayor que es percibido por la sociedad como un ser en deterioro y no productivo.¹

No existe una edad específica para considerar a una persona como “adulto mayor”, hecho que se evidencia al comparar los estudios de diferentes países. En las sociedades occidentales se considera que esta etapa de vida coincide con la edad de la jubilación (60 ó 65 años). Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo el concepto social con respecto a la edad de jubilación no tiene mayor significado. Para estos países es de suma importancia las funciones que se asignan a cada persona en las distintas etapas de vida. Por lo tanto, el adulto mayor está dentro del período de vida en que la pérdida de su capacidad física le imposibilita desempeñar sus funciones familiares o laborales que le corresponde.² Para la investigación se tomará en cuenta la clasificación de la OMS, citado por Vigil,³ quien refiere que el adulto mayor se clasifica en tres etapas: las personas de 60 a 74 años que son consideradas de edad avanzada y las de 75 a 90 años, consideradas como viejas o ancianas y aquellas que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Considerando los grandes cambios demográficos ocurridos en la sociedad mundial, en la segunda asamblea de las Naciones Unidas realizado en Madrid-España, en el 2002, se reconoció al aumento de la esperanza de vida en muchas regiones del mundo como uno de los mayores logros de la humanidad, destacándose como un proceso de transformación demográfica sin precedentes; siendo que de esa fecha al 2050 el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2.000 millones. Habiéndose proyectado que el porcentaje de esas personas se duplique del 10% al 21% y ese incremento será cuantitativo y acelerado en los países en desarrollo, cuadruplicándose en los próximos 50 años.⁴

En América Latina y el Caribe el proceso de envejecimiento de los adultos mayores tendrá una tasa de 3,5% en los próximos 50 años; entre el 2000 y 2025 se sumarán 57 millones a los 41 millones ya existentes y, entre el 2025 y 2050 se adicionaran otros 86 millones. De ese modo, la población adulta mayor de 75 años pasará del 2% al 8% entre el 2000 y 2050. En la actualidad, por cada 100 menores existen 25 adultos mayores y para el final de la primera mitad del siglo, habrá un 28% más de personas mayores que de menores, con predominio del sexo

femenino (55%) y con tendencias de incrementarse esta proporción entre las personas de 80 años y más (60%). Crecimiento que demandará notables cambios en las políticas de los Estados para dispensar una mejor calidad de vida a esta población, que en algunos casos llegaran a centenarios.⁵

Situación que en el Perú no es diferente. El censo del 2007 refleja que en los últimos 35 años la población de 60 se ha triplicado, totalizándose en un millón 700 mil personas y el ritmo de crecimiento de la población de 80 años a más es cerca al doble del total de la población peruana. Mientras que la población general ha crecido entre 1993-2007 a una tasa promedio anual de 2%, en los mayores de 60 años la velocidad de crecimiento fue de 3,3%. De 114.445 adultos mayores que registró el Censo de 1972 ha pasado a 388.388 el 2007.⁶ Pero, este proceso de envejecimiento, a diferencia de los países desarrollados, va acompañado de pobreza y falta de políticas de salud; estimándose que sólo el 56,3% de ancianos de las urbes tienen acceso a la seguridad social actualmente, viviendo en situación de pobreza el 41,7% y en pobreza extrema 19,5%. El envejecimiento poblacional ha condicionado que la mayor parte de la actividad profesional en ciencias de la salud se realice en pacientes geriátricos; no obstante, son muy pocas las universidades donde se imparte la enseñanza de la geriatría en el pregrado.⁷

Este cambio demográfico suscitado en todo el mundo, ha generado nuevas demandas de cuidado a la salud en todos los países; principalmente por el incremento de la pobreza y exclusión entre los más pobres, hecho que constituye una amenaza a la dignidad y el ejercicio pleno de sus derechos al adulto mayor. Quien experimenta cambios no solo en el orden biológico, sino también en el social y económico, debido al proceso de jubilación que enfrentan, a los desajustes en su salud propios del envejecimiento y la adaptación a una nueva etapa de vida. En muchos de los casos dependientes financieramente y excluidos dentro del propio entorno familiar.⁸

Según el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social – MINDES⁸, el sistema de seguridad social en el país no brinda una adecuada protección social y

económica al adulto mayor, destacando que la propia sociedad no es consciente del futuro que se avecina, evidenciándose la sensación de que nadie constituye ni aporta socialmente para un envejecimiento con dignidad y calidad de vida.

El adulto mayor, al dejar de ser independiente, la familia se constituye en su único soporte; aunque en algunos casos éste se convierte en un espacio de marginación, abandono y maltrato. Reconociéndose que en los últimos años la familia ha sufrido muchos cambios como consecuencia de la modernización que, en lugar de cohesionar a las familias, acelera el proceso de desestructuración de las mismas y ocasiona la desvalorización de los adultos mayores,⁸ con gran impacto en el contexto social y en el propio espacio familiar.

Entre tanto, la desvalorización del adulto mayor ha existido desde siempre en muchas sociedades por tratarse de personas débiles y vulnerables, que no aportan más a los intereses familiares y sociales. La OMS, basado en investigaciones, reporta que el maltrato al adulto mayor siempre existió, solo que era tratado como un problema privado y no de dominio público; recién en 1975 se conocen los primeros casos de maltrato hacia el adulto mayor y, en los años ochenta, diversos estudios describen esta problemática identificándose como un problema universal que requiere ser abordado desde un marco social y político, en defensa de los derechos humanos y de la igualdad de género, de la violencia doméstica y del envejecimiento de la población, reconociéndose actualmente como un problema de salud pública.²

El maltrato al adulto mayor se engloba dentro de una categoría más general denominada “violencia familiar”, en la que también se incluye la violencia infantil y la violencia de género.⁹ La violencia familiar, llamada también violencia doméstica o intrafamiliar, según Wikipedia¹⁰ comprende todos aquellos actos violentos, desde la fuerza física, hasta el manotaje, acoso o la intimidación que se produce en el seno del hogar y que perpetra, por lo menos, un miembro de la familia contra algún otro familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), tomando como referencia diversas investigaciones sobre maltrato al adulto mayor, refiere que entre el 4% y 6% sufren de algún tipo de violencia en el hogar y esto ocurre con mayor frecuencia en los centros de atención al adulto mayor.⁹ Asimismo, Palermo, citado por la OPS, estima que en los EUA anualmente uno de cada 25 adultos mayores es víctima de abuso o maltrato, siendo que el 30% de los abusadores son los propios hijos.¹¹

Rodríguez et al.¹², haciendo referencia a la Asociación Médica Americana, define el concepto de abuso al adulto mayor como: “Todo aquel acto u omisión, con resultados de daño o amenaza contra la salud o el bienestar de un adulto mayor”. Pillemer y Moore, citados por la OMS⁹, en una encuesta realizada en EUA identificaron que el 36% del personal de enfermería de un Estado reportó haber sido testigo de al menos un incidente de maltrato físico a un adulto mayor; el 10% aceptó que ellos mismos cometieron un acto de maltrato físico. Y, el 40% reconoció haber maltratado psicológicamente a los adultos mayores.

Diversos estudios muestran esta realidad a nivel internacional y nacional.^{12,13-17} Un estudio realizado en un hogar de ancianos mostró que casi el 50% sufría de algún tipo de violencia, siendo el de mayor frecuencia el tipo psicológico (25%) y económico (10%).¹³ Datos semejantes fueron encontrados en otro realizado en clubes de adultos mayores, donde el 70,8% refirió haber sufrido maltrato psicológico, 29,2% económico y 66,7% abandono y negligencia.¹⁵ La edad más afectada fue el grupo de 60-69 años, con predominio en el sexo femenino^{14,16} y en familias disfuncionales.¹⁶ Evidenciándose que los adultos mayores conviven con la violencia social (30-36%) y familiar (30%), además de la negligencia (6,2%).¹² En dos estudios, se identificaron como agresores principalmente a los hijos.^{13,17}

A nivel nacional existen también datos importantes para llevarse en cuenta. Un estudio¹⁸ que involucró a adultos mayores de 60-85 años en consultorio externo de un centro hospitalario identificó ocurrencia de maltrato familiar en el 76% de su población estudiada, en general, el 50% de ellos tenía edades entre 60-

75 años, siendo el sexo femenino (41%) el más agredido, en condición de separadas (43%) y solo con instrucción primaria (46%). El abandono ocurrió en un 54%, con presencia de maltrato psicológico (39%) y sexual (7%).^{18,19} Destacándose que el maltrato al adulto mayor ocurrió en el 98,31% de los casos en casa del familiar, con mayor frecuencia de la violencia psicológica (77,12%) y física (16,10%)., Asimismo, la violencia ocurrió con mayor incidencia en adultos de baja escolaridad y sin ingresos, identificándose como agresores al sexo masculino, la pareja y los hijos.¹⁹ Otro estudio que incluyó también a los familiares determinó que la comunicación enmascarada es el tema fundamental para el maltrato familiar, siendo que los familiares que padecieron maltrato durante sus crianza maltrató más al adulto mayor.²⁰

De lo expuesto, se desprende que la violencia al adulto mayor está centrado en aspectos psicológicos, emocionales y económicos, además del maltrato físico y social. Éste último incluye a todo acto que no permite el libre ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor dentro del contexto social que implica la dimensión cultural inter-generacional y el marco político que involucra las normas laborales, sociales y de salud que minimizan al adulto mayor en su dignidad humana. Rodríguez Miranda¹² define que el maltrato social hace referencia a todas las acciones que producen el no-reconocimiento del adulto mayor como figura de valor y la falta de opciones recreativas en el contexto social; tales como la indiferencia de la son presas en el transporte público, el irrespeto a la atención preferencial en las entidades públicas, ausencia de áreas de esparcimiento en algunos distritos de Lima, acceso limitado a las entidades prestadoras de salud, entre otros.

Hecho que evidencia la deshumanización en el trato al adulto mayor, consecuente de su desvalorización social en el contexto; que en la mayoría de los casos se origina dentro del seno familiar. Resaltándose que los porcentajes de violencia al adulto mayor son similares en los estudios, donde el maltrato psicológico bordea el 70% y los más afectados son las mujeres con menor o sin instrucción. Realidad experimentada en la cotidianeidad laboral en un centro de

cuidado al adulto mayor, lo que motivó investigar el tema reconociendo la situación de vulnerabilidad del adulto mayor y porque ninguna persona, cualquiera sea su edad, tiene denegado sus derechos humanos universales, además que el cambio demográfico constituye un reto y debemos prepararnos para asumirlo y saber convivir con ello. La Ley N° 28803 de las Personas Adultas Mayores enfatiza la responsabilidad del Estado y la sociedad frente a estas personas,²¹ adicionándose a esto el Plan Nacional 2006-2010, que involucra a las municipalidades y entidades de salud para que participen activamente en la promoción de actividades recreativas y estilos de vida saludables para este grupo etario.²²

Por todo lo expuesto, esta investigación identificó la violencia psicosocial puede estar viviendo en los adultos mayores autovalentes asistentes a un grupo de distracción social, desde su propia perspectiva, considerando en que medida su visión de la violencia puede estar relacionada con su mayor edad y sexo. Frente a eso se planteó la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Formulación del problema:

¿Qué relación existe entre la violencia psicosocial ejercida por la familia y sociedad en el adulto mayor con la edad y sexo entre los asistentes al programa dirigido a ésta población en la municipalidad de Lince, en Julio 2011?

1.3 Delimitación de los Objetivos:

1.3.1 Objetivos General:

Determinar la relación de violencia psicosocial ejercida por la familia y sociedad en el adulto mayor con la edad y sexo entre los asistentes al programa dirigido a esta población en la municipalidad de Lince-Lima.

1.3.2 Objetivos Específicos:

Describir las características sociodemográficas en el adulto mayor
Identificar el nivel de violencia psicológica ejercida por la familia y sociedad en el adulto mayor considerando: bienestar emocional,

aislamiento, afecto familiar, relación familiar y libertad de expresión.

Identificar el nivel de violencia social ejercida por la familia y sociedad en el adulto mayor considerando: relación con pares, interrelación social-grupal, participación política social y soporte económico.

Determinar el nivel de violencia psicosocial ejercida por la familia y sociedad en el adulto mayor.

Relacionar el sexo y el nivel de violencia psicosocial ejercida por la familia y sociedad en el adulto mayor.

Relacionar la edad y el nivel de violencia psicosocial ejercida por la familia y sociedad en el adulto mayor.

1.4 Importancia y Justificación del Estudio:

El incremento desmesurado de la población adulta mayor es un hecho sin precedentes en la historia actual, quienes experimentan diariamente situaciones de violencia en el seno familiar que llega a afectar su estado de salud general. De tal modo, que la OMS considera que la violencia al adulto mayor es un problema de salud pública que debe ser tratado desde la atención primaria; partiendo de investigaciones que sensibilice a la población en general y comprometiéndolos a proponer mecanismos óptimos para prepararnos a alcanzar una vejez digna.

Resaltándose que estamos frente a un problema social, carente de valores de servicio hacia el prójimo, hecho que puede originarse en el propio seno familiar y se extiende a las sociedades sin reparo alguno. En ese contexto, surge la enfermería, profesión que se caracteriza por su compromiso con la atención integral al ser humano, poniendo énfasis en poblaciones vulnerables y abordando problemas sociales, que en conjunto con otros profesionales puede contribuir al cuidado de la población adulta mayor.

Esta investigación tiene como finalidad mostrar una realidad que experimentan los adultos mayores en su relación con la familia y el medio social; asimismo, procura generar conciencia en la sociedad sobre la violencia del cual

podemos estar siendo parte hacia los adultos mayores y cómo podemos realizar acciones de mejora que comprometa, tanto a los profesionales de la salud como a la familia y sociedad en general, sumándonos a la promoción y prevención de esta problemática que disminuye el valor de ser humano en su esencia.

1.5 Limitaciones del estudio:

Los resultados no pueden ser generalizados, debido a que la población de estudio fue elegida por conveniencia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Investigaciones relacionadas con el tema

Antecedentes Internacionales

Cuba 2011: Estudio realizado para determinar la Violencia hacia el adulto mayor en Hogar de Ancianos, de los 2733 casos se estudió solo 50 en los que casi la mitad sufrieron violencia y de ellos el 25% de tipo psicológico y 10% de tipo económico.¹³

Cuba 2009: Estudio orientado a determinar si la violencia general o familiar hacia el adulto mayor es un asunto de salud pública. De los 2106 casos estudiados, se identificó que 75 (3,58%) casos fueron maltratados, con edades entre 60-69 años, del 46,67 % que sufrió maltrato, 66% era mujer; 86,67 % de casos ocurrió en familias disfuncionales, considerando que el maltrato hacia el adulto mayor es una negligencia familiar.¹⁶

México 2007: Estudio orientado a conocer si la deshumanización de los hijos induce al maltrato hacia los padres ancianos. De los 198 estudiados se

observó en 60 de ellos violencia-maltrato de los siguientes tipos: emocional, verbal, físico, abandono, abuso financiero y maltrato reactivo.¹⁴

Chile 2005: Estudio realizado para conocer la percepción de los sujetos en estudio, sobre la problemática social del maltrato hacia el adulto mayor. De los 106 casos estudiados el 70,8% sufrió maltrato psicológico, 29,2% maltrato económico y 66,7% maltrato por abandono y negligencia.¹⁵

Brasil 2005: Estudio realizado para analizar los datos sobre violencia contra los ancianos en el contexto familiar. Estudio documental retrospectivo en una institución de referencia de Ceará, con oficialización en reclamaciones de violencia contra los ancianos. Se recolectaron los datos entre enero-julio de 2005, compilándose 424 datos y se constató que ocurrieron 284 (67%) casos de violencia en los ancianos de sexo femenino. Con relación a los agresores, 207 (49%) eran hijos de las víctimas. Entre los tipos de violencia, 161(38%) fue por negligencia, 114 (27%) apropiación indebida de la pensión de jubilado; con 79 (19%) casos de agresión verbal y 68 (16%) de agresión física. Los autores destacan la importancia de servicios que evalúen esta cuestión, no obstante, resulta fundamental que políticas públicas se proyecten a la función social del anciano, convalidando así el cuidado y la protección a ese porcentaje poblacional en sus familias y en las instituciones de cuidado.¹⁷

Cuba 2002: Estudio descriptivo transversal realizado con el objetivo de identificar la existencia de maltrato entre ancianos de un municipio de la Habana Vieja, considerando una muestra de 226 adultos mares. Se encontró que la población más violentada tenía entre 60-79 años, con presencia de maltrato social en el 36,4%, maltrato psicológico en el 33,2%, maltrato familiar en el 28%, negligencia en el 12% y daño físico, en un 1,5%. En los adultos mayores de 80 años, el maltrato social se dio en el 30%, maltrato familiar en el 30%, psicológico en el 23,5% y negligencia en el 6,2%.¹²

Antecedentes Nacionales

MINDES 2009. Se estudió la característica socio-demográfica en la incidencia del maltrato hacia el adulto mayor en 118 casos, incidiendo en el maltrato físico, psicológico y sexual, el 87,29% de mujeres sin instrucción sufrió más agresiones físicas. Con respecto al agresor el 52,54% era el propio hijo/hija y 24,58% la pareja. Asimismo, se determinó que el 98,31% de casos ocurrió en casa del familiar, destacándose la violencia psicológica (77,12%) y la física (16,10%). Con mayor incidencia en adultos de baja escolaridad y sin ingresos, siendo el mayor agresor los desempleados, los hijos y la pareja.¹⁸

Hospital Arzobispo Loayza: 2006. Se estudiaron 100 casos de adultos mayores entre 60-85 años, de acuerdo a los métodos empleados, se determinó maltrato físico en el 50% entre las edades de 60-75; y en el 20% entre 76 y 80 años, siendo el sexo femenino (41%) el más agredido y de éstos el del grupo de separadas en un 41%; el que tiene solo instrucción primaria en un 46% y los de un solo hijo el 69%. El maltrato familiar del tipo de abandono ocurrió en un 54%; el de tipo psicológico en un 39% y sexual en el 7%.¹⁹

Callao, Bellavista 2004: Estudiaron solo 50 adultos mayores y 50 familiares., de acuerdo a los métodos empleados, se determinó que la comunicación enmascarada es el tema fundamental en el maltrato familiar, siendo los familiares no afectivos (indirectos) los causantes de dicho maltrato, en contra de la baja incidencia entre los dependiente directos.²⁰

2.2 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.

El sustento teórico se basa en la literatura pertinente, a fin de entender el problema que afecta a este grupo etario, reconociendo su importancia en la sociedad peruana y la ardua labor que puede desarrollar Enfermería conjuntamente con esta población, desde el nivel primario y secundario básicamente.

2.2.1 Conceptualización de Violencia contra el Adulto Mayor:

La Real Academia de Lengua Española y la OMS, concluyen que el maltrato o violencia contra el adulto mayor es una situación que ocasiona algún tipo de sufrimiento, malestar o dolor físico, psíquico, económico o social al ser humano que se encuentra dentro de este grupo etéreo, cuyo maltrato es mayor entre las mujeres de 75 años, sea que tengan o no, discapacidades físicas, mentales, a nivel familiar o de las organizaciones que brindan hospedaje u otras actividades para “cuidar al adulto mayor”.

La OPS¹² la describe como la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo en contra de sí mismo, de objetos o de otras personas, que produce como resultado la destrucción o daño del objeto y la limitación de cualquiera de sus derechos establecidos de personas o grupos de personas víctimas.

Estudio realizado en México²⁵ sobre los derechos humanos en las personas adultas mayores encontró como causa de violencia: los elevados niveles de dependencia, la pérdida de su rol social, la baja autoestima y los bajos niveles de ingreso. Además que la dependencia (económica, emocional y física) hace que muchas víctimas de maltrato no delaten a su victimario/a, situación que les convierte en sujetos perfectos para toda forma de violencia. Por otra parte, muchas personas mayores sienten temor a sufrir daños mayores si acusan a su agresor; temor que se sustenta en muchas ocasiones en la situación de desamparo y aislamiento en que viven los adultos mayores, reconociéndose como victimario a un familiar cercano. Factores que influyen directamente en su calidad de vida especialmente en su autoestima y autonomía. Otro factor que afecta al adulto mayor es la soledad y el aislamiento, exponiéndoles a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ellos.

Entre las causas de violencia que se conocen en el adulto mayor, se encuentra la elevada dependencia física, económica o social que tiene el adulto mayor con su abusador o agresor (suele ser un familia); y el temor a denunciarlo hace que

éste sea un problema que tarde o temprano se constituye en un tema de política de Estado que involucre soluciones tanto a nivel de la Salud Pública como del Desarrollo Social.³⁰

2.2.2 Tipos de violencia contra el adulto mayor:

a) **Violencia Física:** Ocurre cuando el agresor realiza alguna acción que produzca daño físico en el agredido y se hace evidente cuando la calidad de vida que él o los familiares brindan al adulto mayor se encuentre rodeada de aislamiento, soledad o abandono.

b) **Violencia Psicológica:** Es el maltrato emocional que está rodeado de amenazas, agresiones verbales, intimidaciones, humillaciones, ridiculizaciones, conducta degradante, insultos, burlas, indiferencia, rechazo, destrucción de recordativos considerados valiosos para el agredido, hasta el extremo de considerarlos inútiles.

c) **Violencia Social:** Constituye un acto violento que ocurre dentro de una sociedad en contra de una víctima, a quien se le desvaloriza anímica y emocionalmente, además de tratarla de forma deshumanizada o degradada socialmente. Se evidencia en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas, que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona adulta mayor. Lo que le perjudica y no permite la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresa socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social, entre otros.

d) **Violencia por Descuido o Abandono:** Constituye el comportamiento negativo de las personas del entorno del adulto mayor, quienes so pretexto de otras ocupaciones personales, marginan, aíslan, ignoran

al anciano a su cargo, obligándolo a éste, a ocuparse torpemente (por las limitaciones físicas y la edad), de sus propios quehaceres, como higiene personal, lavado y cuidado de su vestimenta, preparación de sus alimentos, etc., con los riesgos propios de estas actividades en las que pueden autolesionarse, además de no brindarle las comodidades necesarias de cama, ropa de cama, baño e higiene adecuados, etc. haciéndolos que duerman en ambientes que no son dormitorios dignos, sino en un rincón ó a veces hasta en depósitos o lugares poco ventilados, tratándose de casas particulares. Lo mismo puede ocurrir en albergues o casas de reposo (mal llamados asilos), en las que no hay supervisión ni tutelaje por parte de las autoridades competentes.

e) Violencia o Maltrato Cultural: Mediante el cual se anula la identidad o patrón socio-cultural del agraviado, evitando que éste pueda expresar sus costumbres, tradiciones, lenguaje, entre otros. Ocasionándole sentimientos de burla o humillación imposibles de superar en el contexto social. Limita las actividades socio-culturales del adulto mayor, privándolo de participación en múltiples eventos, bajo el pretexto de que "harás el ridículo", "estás muy viejo (a) para hacer esto

o tal cosa" -bailar, cantar, hacer teatro, declamar, hacer artesanías o pinturas, etc.

f) Violencia o Maltrato Económico: En ésta se hace mal uso de los bienes o del bloqueo de los mismos o del patrimonio del agredido o agraviado, ocasionando extremos en el manejo de las rentas, dinero o propiedades, por la mala intencionalidad del uso de los poderes legales otorgados, ocasionando fraude, engaño y llegando a las amenazas para evitar ser denunciados. Aquí se evita que el adulto mayor ejerza sus derechos civiles y legales como a cualquier otro ciudadano.

Resaltamos que a nivel familiar se presenta el maltrato estructural, que se evidencia cuando el adulto mayor no satisface adecuadamente sus necesidades básicas afectando el ejercicio de sus derechos. Otra manifestación es cuando no tiene recursos para atender sus necesidades de salud, vivienda, alimentación y vive en situaciones de pobreza o indigencia. También se incluye aquí la carencia

de pensiones o éstas son muy bajas, además de la falta de oportunidades de capacitación para desarrollar algún trabajo remunerado.

La marginación y violación de derechos tiene que ver con la limitación de las personas para ejercer sus derechos ciudadanos aún cuando desea ejercerlos, pero no cuenta con facilidades que le ayuden a superar sus limitaciones físicas. También se refiere a la violación de ciertos derechos legales e inalienables de los adultos mayores, como por ejemplo, su derecho al libre tránsito o, cuando se restringe su libertad al ser confinados o, la negación de conceder intimidad, negación a la toma de decisiones, aislamiento de los amigos, derecho a la información, entre otros. Destacándose que para garantizar el reconocimiento y respeto de los derechos del adulto mayor hace falta una transformación real, que permita generar una cultura diferente que reconozca las diferencias y la respete.²¹

2.2.3 Modelos de explicación de la violencia:

Lorenzo Barahona Meza²⁷ investigó la violencia en el adulto mayor y tomó como referencia a Vidal et al²⁴. Para proponer algunos modelos que pueden incluir en la generación de violencia hacia el adulto mayor, las cuales se describen a seguir.

a) Modelo Interpersonal: La violencia tendría su inicio en alguna característica del agresor más que en causas externas, tales como: trastornos de personalidad, trastorno mental, habituación a drogas y alcohol; reconociéndoseles como factores precipitantes que ayudan a liberar el impulso violento.

b) Modelo Psicosocial: Este enfoque incluye a todas aquellas teorías que consideran a las interacciones de las personas con su medio de vida cotidiano como facilitadores de la emergencia de la violencia. Ello incluye al estrés, la transmisión de la violencia de una generación a otra, pautas de interacción familiar, teorías como la del aprendizaje, la frustración-agresión y la del intercambio; en todas ellas la conducta violenta representa un comportamiento socialmente aprendido.

c) Modelo Sociocultural: Éste se dirige a las variables de la estructura social, sus funciones, las subculturas y los sistemas sociales. Se consideran que los valores y las normas sociales dan significado al uso de la violencia, por tanto, ciertos sectores sociales serían más violentos que otros por tener normas culturales que den legitimidad al uso de la violencia, agregado a la condición de combinar un nivel más alto de estrés con menores recursos. Así, el individuo o la sociedad usa la violencia con la finalidad de mejorar o mantener su propio estatus. En el caso de la relación hombre-mujer, la violencia se produciría cuando el esposo fracasa en la posesión de habilidades sobre las cuales afirma su estatus superior. Reconociéndose que el potencial de violencia se expresa en general del fuerte hacia el débil, como en el caso del adulto mayor. Por tanto, las estructuras sociales que involucran formas violentas repercuten en todas las relaciones sociales.

2.2.4 Normativa legal contra la violencia

La OMS recomienda utilizar el término PERSONAS ADULTAS MAYORES al referirse a hombres y mujeres que cuentan con 60 años a más, esto conforme una perspectiva de género y refrendado a nivel nacional en los Lineamientos y el Plan Nacional para este grupo poblacional.

En relación al rol que pueden asumir los gobiernos locales, se considera la implementación de programas orientados a las personas adultas mayores para el logro de una mayor integración social y participación de este grupo etario. Sugiriéndose la pertinencia de incorporar temas relacionados a personas adultas mayores migrantes, personas adultas mayores en penales (situación jurídica y condiciones de reclusión), pensiones, maltrato en la comunidad y violencia familiar, entre otros.³³

Si bien las formas de violencia contra los adultos y adultas mayores pueden darse tanto dentro como fuera del hogar, la mayor parte del maltrato ocurre al interior de las familias, hecho que merece ser considerado por sus implicancias en la autonomía y satisfacción en la vida del adulto mayor.

De ese modo, en 1993 queda establecido en el Perú la Ley N° 26260, y por primera vez, se dispone de una política de Estado frente a la violencia familiar, en la cual se describe sus medidas de protección. Anteriormente, este tipo de casos debían ventilarse siguiendo las normas penales correspondientes. La Ley, inicialmente estableció que constituían manifestaciones de violencia familiar los actos de maltrato físico y psicológico entre cónyuges, convivientes o personas, que hayan procreado hijos en común aunque no convivan y, de padres o tutores a menores de edad bajo su responsabilidad.³¹ Como se ve, no se consideraba de forma explícita en ese entonces a los adultos mayores, que en muchas ocasiones forman parte del grupo familiar.

Recién en 1997 el adulto mayor es sujeto pasible de sufrir violencia dentro del contexto de la violencia familiar, expresada en Ley N° 26763 del 25 de marzo de una manera generalizada se incorpora a las personas mayores como sujetos posibles de actos que configuren violencia familiar. Dicha norma en su artículo único modifica el artículo 2° de la Ley N° 26260, estableciendo que 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 ascendientes. Estas normas modificadas tienen efectos sobre la legislación nacional y el propósito fue incorporar los artículos 121-c y 122-c, así como modificar el artículo 125° del Código Penal en la cual se suscribe formas agravadas. El Adulto Mayor Como víctima, cuando la víctima persona (s) adultas(s) mayores de 60 o más años, la pena será privativa de libertad no menor de tres ni mayor de seis años.³¹

Entendiéndose que el Perú cursa por un proceso de envejecimiento y que la violencia está presente en forma latente en todos sus ámbitos, es de consideración tener una ley exclusiva para los Adultos Mayores que cubra todas sus expectativas. Es así que el 21 de Setiembre de 2009, se emite la Ley²¹ N°28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, que establece el marco normativo que garantiza los mecanismos legales para el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, reconocidas en la Constitución Política del Estado y

los tratados internacionales vigentes, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y su integración plena al desarrollo social, económico, político y cultural; destacándose de este modo el respeto de su dignidad, además se lee diferentes disposiciones, como por ejemplo, la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las Municipalidades Provinciales y Distritales; en la misma ley se designa la responsabilidad (DS N°013-2006-MINDES) a la Dirección de Personas adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, para coordinar la elaboración de las pautas y recomendaciones para el buen funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), con la finalidad de promover su instalación en los Gobiernos Locales; este organismo mantiene la regularización de dichos centros, siendo actualmente conocido como Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Dicha denominación tiene por finalidad hacer un trabajo más efectivo de acción, entre los cuales están incluidos los adultos mayores; este organismo trabaja de forma conjunta con el MINSA, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo, Seguro Social de Salud –EsSalud, Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, entre otros organismos y entidades.²¹

Mediante estas reglamentaciones observamos que las normas vigentes y las organizaciones están aportando en todo su amplitud, pero esto no es suficiente ya que falta difusión y mayor sensibilidad por parte de la población en general. La poca coordinación con algunas entidades hace que solo una parte de la población adquiera estos beneficios, resaltándose que los programas de apoyo social como los clubes de vaso de leche son dispersos y muchas veces mal conducidos por los propios comuneros. Por otro lado, los profesionales que dirigen los organismos involucrados con el cuidado del adulto mayor necesitan estar atentos a las necesidades de los mismos y prestar el mayor apoyo posible a los más afectados. Cabe resaltar que la ONU citado por la BCN de Chile, suscribe que fue decretado el día 15 de junio como el día internacional del no maltrato al adulto mayor.³⁴

2.2.5 Teorías sobre el envejecimiento

Teoría psicosociológica³⁷

El envejecimiento psicológico se caracteriza sobre todo por los cambios conductuales. Estrechamente relacionada con las ciencias psicológicas y biológicas, se encuentra los cambios sociológicos, que se relaciona con las influencias ambientales que contribuyen y afectan a las personas que envejecen.

El envejecimiento se define como la transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyan constantemente, lo que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia y los roles sociales. Los especialistas de esta teoría suponen como base es que todo lo que se observa o describe cambiara de alguna forma con el tiempo, la experiencia y la exposición al medio ambiente. El crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento se caracterizan por cambios., el estancamiento no es una característica vital.

El envejecimiento psicosocial puede describirse como el resultado de la falta de uso de las habilidades adquiridas anteriormente., la consecuencia del desgaste aleatorio., un cambio en la capacidad de adaptación por variables ambientales., la pérdida de recursos internos y externos., el resultado de influencias genéticas sobre la duración de la vida, que puede provocar cambios en las características psicosociales individuales, y/o la consecuencia de la elección realizada por el individuo y la creación de nuevas soluciones nunca utilizadas.

Los científicos sociales coinciden por lo general en que la genética es decir la herencia, es un factor determinante para determinar la duración de la vida humana, aunque el entorno desempeña un papel importante en la modificación de las expectativas vitales. Dentro de los límites de la herencia, y a pesar de los factores ambientales que influyen en la vida, los científicos reconocen que las características controladas por la genética interrelacionan con las características biológicas de los individuos y con su conocimiento y actitudes sobre la vida, las características resultantes se conocen como “cultura”. Las culturas se pueden

considerar como el “ADN de la sociedad”, es decir el conjunto de roles, creencias y conductas que se transmiten de una generación a otra.

La literatura psicosocial de la de la gerontología contiene muchas opiniones estrechamente relacionadas, aunque diferentes, sobre el envejecimiento. Estas diferentes perspectivas coinciden en que, a medida que las personas envejecen cambian sus conductas, sus interacciones sociales y las actividades en las que participan. En este punto, las visiones comunes divergen en una gran variedad de teorías, dos de las cuales se centran en sus interacciones sociales individuales (teoría del desligamiento) o en las actividades individuales (teoría de la actividad, denominada en un principio teoría implícita).

Teoría del desligamiento

Se considera como una teoría de sentido común. El desligamiento se contempla como un proceso inevitable en el que mucho de las relaciones entre una persona y otro miembro de la sociedad se rompe y se altera la calidad en las que se mantienen. El proceso puede ser iniciado por las personas que envejecen o por otros miembros de la sociedad cuando se produce el abandono, este puede ser parcial o total., es decir que las personas que envejecen necesitan que nadie de su entorno les abandone. Es posible que ellos mismos abandonen selectivamente a algunos grupos de personas y no a otros. Algunos señalan que esta teoría no tiene en cuenta el gran número de personas mayores que no se sienten abandonadas por la sociedad.

La refutación de esta crítica es que la teoría todavía se sostiene y que las personas mayores que se mantienen en contacto con la sociedad son adaptadores fracasados a la vejez, desligados, a destiempo o miembros de una elite biológica o psicológica. Aunque la teoría del desligamiento ha sido rotundamente criticada y se reconoce sus limitaciones, incluso quienes la combaten admiten que ha estimulado importantes debates e investigaciones y que ha ejercido un efecto duradero sobre el desarrollo de la teoría en la gerontología social. Se reconoce como la primera teoría formal que intento explicar el proceso del envejecimiento.

Teoría de la actividad

La teoría del desligamiento no es la única teoría de sentido común que describe el proceso del envejecimiento psicosocial. La teoría implícita del envejecimiento, más reciente denominada teoría de la actividad del envejecimiento, contempla y considera el fenómeno del envejecimiento de una forma bastante diferente a como lo hace la teoría del desligamiento.

La teoría de la actividad resalta la importancia de mantener la actividad social., como consecuencia de ella, los adultos mayores desarrollan un concepto positivo de sí mismos. Los que siguen esta teoría sugiere que el concepto personal sobre si mismo está relacionado con los roles desempeñados por ella., por ejemplo, la jubilación de un rol laboral puede no resultan tan perjudicial para el concepto de uno mismo si la persona mantiene de forma activa otros roles, por ejemplo la familia, los relacionados con el ocio y los voluntarios y comunitarios. A medida que se envejece, es de esperar que cambien los roles pero para mantener un sentido positivo de uno mismo, la teoría de la actividad supone que se deben sustituir los perdidos a causa de la edad por otros nuevos., por tanto, el bienestar en la última etapa de la vida depende de la actividad en los roles recién adquiridos.

Una suposición básica que sirve como base a la teoría de la actividad social, por si misma, resulta beneficioso para los adultos mayores y que contribuye a que éstos alcancen un mayor grado de satisfacción en su vida. También se supone que los adultos mayores necesitan y desean elevados niveles de actividad social y realizar diferentes tipos de actividad, igual que la persona más joven. Algunos estudios han comunicado que la relación entre actividad y bienestar de los adultos mayores depende del tipo de actividad en la que intervienen. Otros componentes de esta teoría consideran las preferencias de las personas mayores y las elecciones que realizan en cuanto al grado de actividad que desean mantener, para algunas personas mayores, disponer para una reflexión tranquila puede ser tan importante como otras actividades más dinámicas.

2.2.6 Rol de la enfermera en la atención del adulto mayor

El cuidado nace por una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. En tal sentido, Madeleine Leininger citada por Marriner et al⁴¹ refiere que “El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería. De manera que para la Enfermera el cuidado es un fin y la más alta dedicación al que requiera de sus atenciones. También afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura.

Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de cuidados y los significados, y así los cuidados culturales, valores y creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura y para identificar ha desarrollado varios términos que son relevantes para esta teoría. Por ejemplo:

Cultura, hace referencia a los valores y creencias, normas y modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en un grupo específico de personas que guían los pensamientos, decisiones y acciones de estos de un modo sintetizado.

Cuidados culturales, son los valores, creencias y modos de vida sistematizados que aprenden y transmiten subjetiva y objetivamente para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a otras personas o grupos a que conserven su bienestar o su salud, mejoren su condición humana y modo de vida o para que sepan afrontar una enfermedad impedimentos físicos o mentales o la misma muerte.⁴¹

La asistencia de Enfermería no solo es necesaria en momentos de enfermedad, sino también para promocionar el bienestar. En el pasado, la atención de Enfermería se centró en asistir a los enfermos hospitalizados durante las fases agudas o crónicas de su enfermedad y la rehabilitación. Sin embargo, en la actualidad, la práctica de la Enfermería es la promoción y el mantenimiento de la salud y la asistencia en la muerte.⁴²

La profesión de Enfermería no sólo ayuda a las personas con graves necesidades físicas, psicológicas y sociales, sino también a la familia y comunidad, por ello cumple con satisfacer diversas necesidades desempeñando numerosos papeles, tales como de, cuidador, coordinador, maestro, defensor, colaborador, planificador de altas, investigador y administrador.⁴²

En el caso de otra teórica, ella centra su teoría en el autocuidado y lo describe con otra óptica, nos referimos a la **Teoría de enfermería de Dorotea Orem**⁴² que sustenta su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí. Para el caso del estudio solo haremos referencia a la teoría de autocuidado, considerando que los adultos mayores en estudio eran autovidentes:

Teoría del autocuidado:⁴²

Donde explica el concepto de autocuidado es una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Además, es una conducta que existe en situaciones específicas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con el fin de regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". La teoría del autocuidado consta de tres requisitos, entendiendo estos como los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el mismo.

- 1) Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- 2) Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- 3) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, surgen o están vinculados a los estados de salud de la actividad humana. Entre los requisitos de autocuidado del desarrollo resaltamos promover las condiciones necesarias para la vida y la

maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Los cuidados de enfermería según la teoría de Dorotea Orem proponen que la relación de ayuda entre la enfermera y la persona es:

1.- Realizar aquellas actividades por la persona. Por ejemplo en el caso de la persona inconsciente.

2.- Educar a la persona que no tiene acceso por sus propios medios a información sobre su salud. Por ejemplo, orientación a las mujeres embarazadas.

3.- Brindar apoyo psicológico a la persona que desconoce sobre su enfermedad. Por ejemplo persona con enfermedad de diabetes mellitus.

4.- Favorecer un entorno saludable para el desarrollo personal. Ejemplo brindar medidas de higiene, recomendaciones sobre salud física y mental.

5.- Enseñar a la persona a mantener un rol activo en su cuidado. Ejemplo, pacientes con enfermedades crónicas, adultos mayores desvalidos.

Para trabajar sobre el tema de investigación es importante conocer que especialidades están en esta época desarrollándose con la finalidad de crear mecanismos de protección y promoción en la salud preventiva del adulto mayor, temático que engloba a la enfermería gerontología.

La Enfermería Gerontológica fue definido en 1981 por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE), como una profesión que trabaja sobre la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia el mejoramiento y logro óptimo del grado de sufuncionamiento físico, psicológico y social; tiene como función el control de enfermedades, comodidad y dignidad hasta el deceso. Este es, el área profesional del equipo de salud que decidida y sutilmente puede impactar en la atención de los adultos mayores.³⁷

Es de gran utilidad el trabajo que cumple la enfermera en el primer nivel de atención con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es el profesional que puede influenciar directamente en aplicar medidas especiales para prevenir o postergar las enfermedades crónicas no transmisibles y reorientar las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad; de tal manera que la comunidad misma sirva de mecanismo mediante el cual se pueda evitar el aislamiento temprano o innecesario del anciano en su domicilio o en instituciones de larga estancia³⁷ (albergues). Es importante considerar que el cuidado del adulto mayor en cualquier nivel de atención requiere de la participación de un equipo multidisciplinario dado las grandes necesidades que presenta, entre tanto, la enfermera es pieza esencial en ese componente y cumplen diversas funciones, contribuyendo de manera importante frente al adulto mayor maltratado:

Informar al adulto mayor de la tendencia y consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de asistencia, entre otros), explicar a la víctima las posibles alternativas y escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación. Si él o la familia no están capacitados, poner en conocimiento de los servicios sociales y de protección al adulto mayor.⁴² Por otro lado, puede reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:⁴²⁻⁴⁶

Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar más capacitado.

Contactar con grupos de apoyo (voluntariado, asociaciones de víctimas o de familiares, entre otros).

Garantizar periodos de descanso al cuidador (facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día o centros de corta estancia).

Dar apoyo técnico y emocional al cuidador. Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse la entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar el apoyo

y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiera. Además de valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.

Estar alerta ante la posibilidad de violencia en adulto mayor. Identificar personas en riesgo: factores de riesgo y vulnerabilidad. Investigar señales de alerta. Intervenir modificando factores de riesgo cuando esto sea posible. Una vez diagnosticado la violencia, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y agresor (con frecuencia el cuidador) y hacer el seguimiento del problema.

2.3 Definición de Términos Básicos (Operacionales)

Violencia: manera de actuar contra el natural modo de proceder, haciendo uso excesivo de la fuerza, verbal, física y emocional., de acción injusta que se ofende o perjudica a alguien, coaccionando físicamente sobre una persona para doblegarla.

Violencia psicológica: también denominado maltrato emocional que se expresa a través de acciones sistemáticas dirigidas a producir malestar mental. Se da por agresiones verbales, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización, y cualquier otra conducta degradante; también mediante insultos, burlas, actitudes de rechazo, indiferencia, destrucción de objetos apreciados y sobreprotección, que genera sentimiento de inutilidad o resta independencia, entre otros.

Violencia social: es aquel Acto violento que ocurre dentro de una sociedad en contra de una víctima desvalorada anímica y emocionalmente, deshumanizada o degradada socialmente., desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona mayor.

Adulto mayor: grupo etario que comprende personas mayores de 60 años de edad. Este grupo generalmente está conformado por adultos mayores quienes han

dejado de trabajar (jubilados); y por defecto del propio envejecimiento presentan diversos problemas de salud asociados a la edad.

Familia: Es la institución social formada por dos o más personas vinculadas por el parentesco consanguíneo, por parentesco o afinidad, parentesco legal o elección voluntaria, los cuales viven juntos bajo el mismo techo y permanecen unidas por el mismo afecto, la solidaridad y la necesidad de brindarse protección y apoyo mutuo, conviven juntos por un período indefinido de tiempo.

Sociedad: es todo tipo de asociación o grupo formado por seres vivientes, a los que unen ciertas semejanzas o coincidencias en su constitución o en sus actividades, puede referirse a hombres, animales o plantas; por la diversidad de actividad puede ser sociedad natural, laboral o mercantil.

2.4 Formulación General de Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

La violencia psicosocial está relacionada con la edad y el sexo en los asistentes al programa del adulto mayor de la municipalidad de Lince.

2.4.2 Hipótesis Específica

La violencia psicológica es mayor en el adulto mayor de sexo femenino.

La violencia social es mayor en el adulto mayor de sexo masculino.

A mayor edad en el adulto mayor, mayor predisposición de sufrir violencia psicológica.

A mayor edad en el adulto mayor, mayor predisposición de sufrir violencia social.

2.5 Relación de Variables:

El estudio consideró la evaluación de 2 variables:

Variable Dependiente: (I) violencia psicosocial

Variables Independiente:(D) sexo y edad.

2.5.1 Operacionalización de variables

(Anexo

A)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 Tipo y método de investigación

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptiva y correlacional, de corte transversal. Cuantitativa porque utiliza predominantemente información de tipo cuantitativo directo y consiste en aplicar una serie de técnicas estadísticas con el objetivo de recoger, procesar y analizar características que se dan en personas de un grupo determinado.

Descriptivo y correlacional porque investiga eventos sociológicos, presentando los hechos a manera de explicación profunda, entre tanto, relaciona algunas variables de interés (violencia - sexo y violencia - edad) intentando identificar algún tipo de asociación, no necesariamente causal. De corte transversal porque la recolección de datos se realizó en un tiempo determinado teniendo un único contacto con los sujetos de investigación.

3.2 Área de estudio

La investigación se realizó en el Programa Municipal del Adulto Mayor de la Municipalidad de Lince, Lima Perú, que brinda diversos servicios a los adultos

mayores residentes en el distrito, incluyendo consulta geriátrica gratuita, taichí, desayunos de trabajo, charlas de salud y nutrición. El programa se inició en la gestión del alcalde Dr. Fortunato Martín Príncipe Laínes con apoyo del MINDES, preocupado por mejorar la calidad de vida de más de 500 adultos mayores inscritos de forma voluntaria. Cuenta con ambientes amplios y programa de paseos y excursiones; su población está compuesta por varones y mujeres que reciben el mismo trato y oportunidades. El programa tiene como objetivo otorgar atención integral a los adultos y adultas mayores en riesgo social, rehabilitando y ofreciendo alternativas que optimicen su bienestar físico mental y social, mejorando su calidad de vida dentro de un enfoque de envejecimiento activo, priorizando su atención cuanto mayor sea su edad y el grado de abandono o extrema pobreza.

3.3 Población y muestra de estudio

La población o universo estuvo conformada por 500 adultos mayores de ambos sexos asistentes al programa hasta junio del 2011. Para determinar los grupos etarios se tomó la clasificación de edad propuesto por la OMS: 60-74 años considerados de edad avanzada y de 75-90 años considerados como viejos o ancianos respectivamente.³ De este modo se determinó el tamaño muestral, definido según la forma de población finita estando línea abajo.

3.4 Tamaño de la Muestra

El muestreo fue no probabilística, por conveniencia, conforme los criterios de inclusión y exclusión. Para determinar el tamaño de la muestra se consideró la formula estadística para población finita (n =111).

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2} \frac{2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,02^2} = 2.500$$

Donde:

n =Tamaño muestral

N=Tamaño de la población

Z= Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para $\alpha=0,05$ y 2,58 para $\alpha=0,01$.

P = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar.

q = (1-p (Si p=30%, q=70%))

i = Error que se prevé cometer.

$$n = \frac{200(1.96)^2 * (0.20) * (0.80)}{(0.05)^2 * 199 + 3.84 * 0.20 * 0.80}$$
$$n = \frac{122.88}{1.1119} \qquad n = 111$$

3.4.1 Criterios de Inclusión:

Edad entre 60 a 90 años.

Asiduos asistentes al programa municipal.

Participación voluntaria y firma del consentimiento informado.

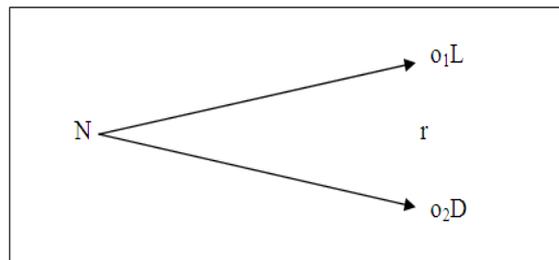
Ambos sexos

En condición de independencia física y mental, con capacidad de responder la entrevista.

Criterios de exclusión:

Adulto mayor que llegó como invitado de otro distrito

3.5 Esquema del diseño metodológico:



Donde:

N= Número de asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince.

O1 (**I**) = Violencia Psicosocial.

O2 (**D**) = Edad y Sexo.

r = Relación de las variables.

3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos.

El instrumento fue un cuestionario elaborado por la autora, tomando como referencia diferentes estudios internacionales y nacionales.^{14, 19, 20, 44, 45,46,} y, la técnica fue la encuesta. El cuestionario consta de cuatro partes: presentación, instrucciones, datos sociodemográficos y datos de la variable violencia incluyendo 27 preguntas. Para la dimensión psicológica 13 preguntas, que fueron agrupados en 5 indicadores y social 14 preguntas, que fueron agrupadas en 4 indicadores considerando respuestas tricotómicas., El instrumento fue sometido a juicio de expertos considerando 10 profesionales de la salud y metodólogos, obteniéndose apreciaciones favorables y un $p=0,00488$ mediante el análisis de las respuestas con la Prueba Binomial. (Anexo D) En un segundo momento, se realizó la prueba piloto con una población ($n=12$) de características similares a la propuesta de la investigación, quienes no formaron parte del análisis de los resultados. De ese modo, el análisis de la confiabilidad del instrumento arrojó un valor significativo de $p= 0,880 (> 0,75)$ mediante el alfa de Cronbach, considerándose que el instrumento es confiable (Anexo E).

3.7 Procedimientos de Recolección de Datos

Inicialmente se procedió con los trámites administrativos otorgado por la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza para el alcalde del distrito de Lince y el Gerente de Desarrollo Social Económico y la encargada del Programa del Adulto Mayor. Una vez obtenida la autorización, se programó la fecha de recolección de datos en reunión oficial de los asistentes al Programa del Adulto Mayor, contando para esto con la investigadora y personal colaborador previamente capacitados en el manejo del instrumento ($n=20$). El procedimiento de recolección de datos

ocurrió el miércoles 15 de julio del 2011, día en que se reunían para tener el desayuno de trabajo. La encuesta fue aplicada de forma individual buscando un espacio apropiado para no ser interrumpidos y tuvo una duración aproximada de 15 minutos, lográndose aplicar a 116 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

3.8 Análisis de Datos

Los datos recolectados fueron tabulados en forma manual, previa codificación de las respuestas teniendo en cuenta la hoja de criterios en Programa Excel 2007. Para el análisis de las univariabes se utilizó la estadística descriptiva y para las bivariabes la prueba de Chi cuadrado mediante el Paquete estadístico SPSS versión 19,0. Previamente, para establecer los niveles de violencia psicosocial se utilizó la prueba de estatinos (Anexo I, J, K) obteniéndose la clasificación: Alto (55-77), Medio (39-54) y Bajo (29-38). Asimismo, cada dimensión fue clasificada: 1) psicológica en alto (28- 39), medio (19-27) y bajo (15-18) y, 2) social en alto (30-38), medio (19-29) y bajo (14-18), y a su vez, cada dimensión se sub clasifica en indicadores compuestos por: violencia psicológica: a) Bienestar Emocional , b) Aislamiento, c) Afecto familiar, d) Relación Familiar y, e) Libertad de Expresión, y finalmente violencia social: a) Relación con Pares, b) Interacción Social Grupal, c) Participación Política Social y, d) Soporte Económico. (Ver anexo L).

3.9 Aspectos Éticos

Para la realización del estudio se consideró necesario contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los participantes (Anexo H). Se recibió el cargo de aprobación mediante el oficio N° 017-2011-MDL-GDS/PAM (Anexo G), con ello se cumplió con los principios básicos de ética.

Cabe señalar que, la recomendación dada por parte de las autoridades del programa municipal del adulto mayor, fue que sean los primeros en conocer los resultados estadísticos, y, de acuerdo a los resultados trabajar con el médico geriatra los martes y viernes con la finalidad de identificar aquellos que están

pasando por un proceso violento. Toda la información y los datos personales de los participantes fueron utilizados únicamente para el objetivo del estudio, tomándose en cuenta la protección de la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos, y el respeto a la dignidad de toda persona humana.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados:

De los 116 adultos mayores, el 60,3% (70) tenía entre 60-74 años de edad y el 77,2% (78) era de sexo femenino; además, el 53,4% pertenecía a Lima Metropolitana y 4,3% a la Selva, siendo que el 45,7% (53) tenía estudios secundarios, mientras que el 32,8%(38) solo primaria. Por otro lado, el 31,9%(37) de los adultos mayores convivía con sus hijos y 25% (9) vivía solo (tabla 1).

Tabla 1: Datos sociodemograficos de los asistentes al programa del adulto mayor Municipalidad de Lince, Julio 2011.

Datos Sociodemográficos		n	%
Edad (años)	60-74	70	60,34
	74-90	46	39,66
	90+		
Sexo	Masculino	38	32,8
	Femenino	78	77,2
Lugar de nacimiento	Lima Metropolitana	62	53,4
	Lima Prov y Resto Costa	27	23,3
	Sierra	22	19,0
	Selva	5	4,3
Grado de instrucción	Primaria	38	32,8
	Secundaria	53	45,7
	Superior	25	21,6
	Superior		
Estado civil	Soltero	56	48,3
	Casado (a)	48	41,4
	Separado (a)/Divorciado (a)	12	10,3
Tiene hijos	Si	100	86,2
	No	16	13,8
Con quien vive	Hijo	37	31,9
	Hija	24	20,7
	Solo (a)	29	25,0
	Otros	26	22,4
	Total	116	100

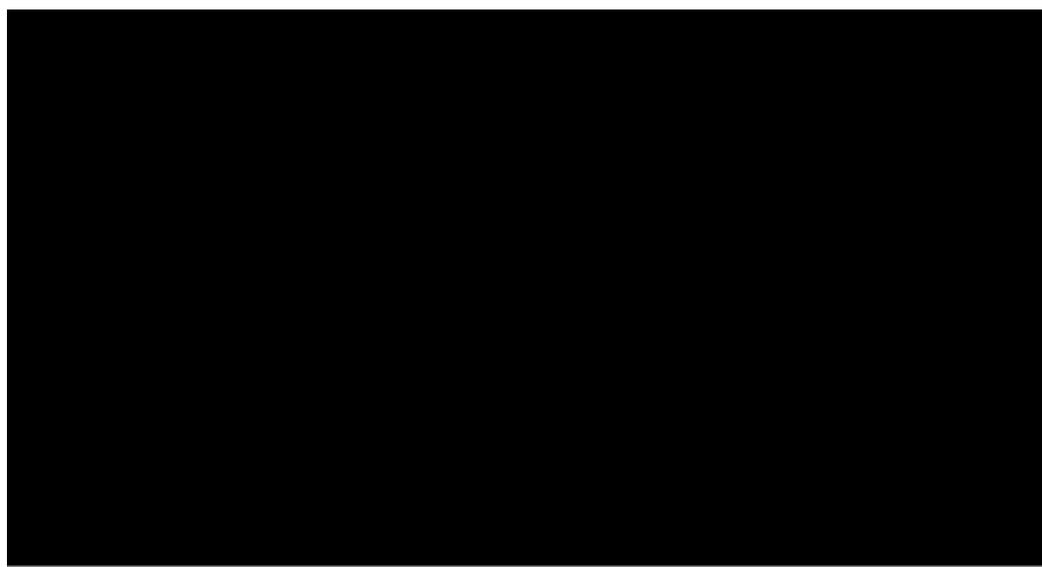
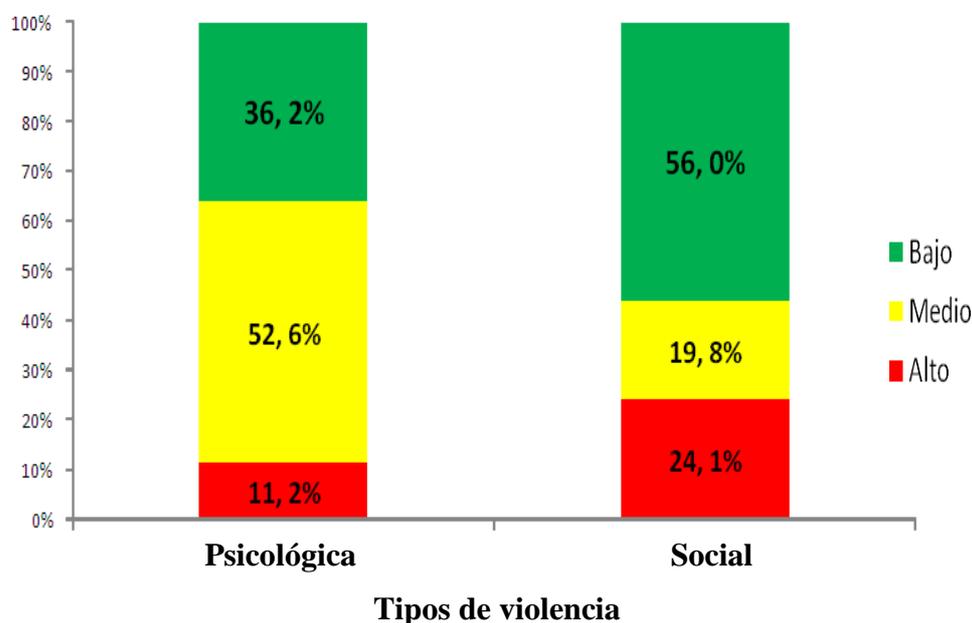
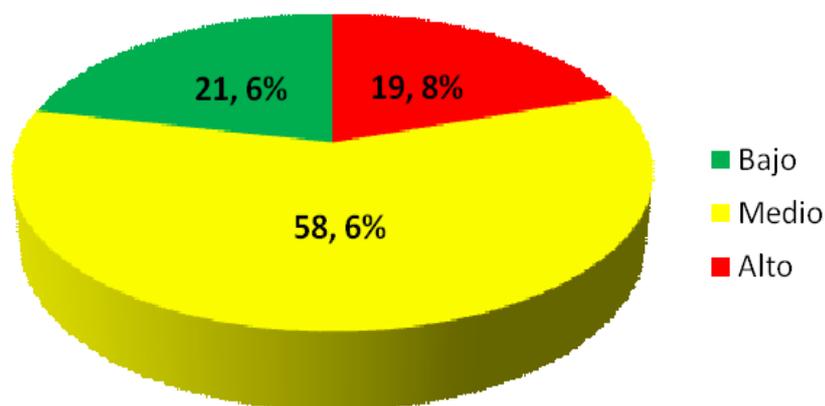


Gráfico 1: Distribución de los niveles de violencia psicológica y social ejercida por la familia y sociedad entre los asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.



En el gráfico 1 se observa que la violencia social de nivel alto alcanza al 24,1% (28) de los adultos mayores, frente al 11,2% (13) de violencia psicológica. Entre tanto, se observa en general, que la violencia psicológica afectó al 63,8% (alta y media) y la social al 43,9% (alta y media). Cabe destacar que en la violencia social el indicador *Soporte Económico* presentó un 79,1% (115) de respuestas negativas en el ítem que era “difícil conseguir un buen trabajo después de los 60 años.” asimismo, en el indicador *Interacción Social Grupal*, se destacó el ítem “practica deporte en grupo” como una actividad ausente en el 57,8% (67). En el indicador *Relación con Pares* se destacaron los ítems “asiste a los cumpleaños de sus compañeros” con 31,9% (37) y “sus amigos, vecinos pueden visitarlo si así usted lo desea” con 30,2% (35) como respuestas negativas que afectan su interrelación social. Con relación a la violencia psicológica, en el indicador *Relación Familiar* resalta el ítem “sus familiares se preocupan por usted” con 59,5% (69); en *Aislamiento* el ítem “prefiere vivir sola /sola” 38,8% (45) como respuestas negativas; en *Bienestar Emocional* prevaleció el ítem “llora con frecuencia” con 34,5% (40) y, en *Libertad de Expresión* destacó el ítem “se siente libre de reclamar cuando no está de acuerdo” solo con un 25% (29).

Grafico 2: Nivel de Violencia Psicosocial en el Adulto Mayor Ejercida por la Familia y Sociedad entre los asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.



En el gráfico 2, en general, se observa que el 19,8% (23) de adultos mayores refirió vivir situaciones de violencia psicosocial en un nivel “alto” y el 21,6% (25) con nivel “bajo.”

Tabla 2: Violencia Psicosocial y sexo entre los asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.

Sexo	Violencia Psicosocial							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	7	18,4	20	52,6	11	28,9	38	100
Femenino	16	20,5	48	61,5	14	17,9	78	100
Total	23	19,8	68	58,6	25	21,6	116	100

Chi²=1,836 p= 0,399

La tabla 2, sobre el análisis bivariado de los niveles de violencia psicosocial el 20,5% (16) de mujeres, presento un nivel alto, 52,6% (20) varones en el nivel medio, mientras que el 17,9% 8(14) es para mujeres en nivel bajo, con tendencia media este mismo sexo en un 82%.(alta-media) Con esta referencia se afirma que en la senectud la mujer es la más violentada. Sin embargo, no se encuentra asociación entre estas variables (es decir estas variables son independientes entre sí según la prueba estadística $\chi^2=1,836$ con un $p=,399$ a un nivel de significancia de $0,05 p > 0,05$)

Tabla 3: Violencia Psicológica y sexo entre los asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.

Sexo	Violencia Psicológica						Total	
	Alto		Medio		Bajo		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Masculino	13	34,4	19	50,0	6	15,8	38	100
Femenino	17	21,8	29	37,2	32	41,0	78	100
Total	30	25,9	48	41,4	38	32,8	116	100

Chi²=7,505 p=0,023

La tabla 3, sobre el análisis bivariado de los niveles de violencia psicológica con el sexo, el 34,4% (19) de hombres presentó un nivel alto y 41,0% (32) de mujeres nivel bajo, al evaluar la tendencia sumados el nivel alto y medio en hombres esta alcanzo un 82,2% frente al 59% en las mujeres demostrando que la violencia psicológica en este caso es más percibida por los hombres quienes no consiguen realizar sus aspiraciones y tienen una tendencia al aislamiento. Identificándose que las variables en estudio demuestran asociación con violencia psicológica y sexo (es decir estas variables están relacionadas entre sí según la prueba estadística $\chi^2 = 7,505$ con un $p = ,023$ a un nivel de significancia de $0,05$ $p < 0,05$). Aceptándose la hipótesis de que la violencia psicológica en el adulto mayor está relacionada con el sexo.

Tabla 4: Violencia Social y sexo entre los asistentes al programa del Adulto Mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.

Sexo	Violencia social							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	11	28,9	20	52,6	7	18,4	38	100
Femenino	12	15,4	48	61,6	18	23,1	78	100
Total	23	19,8	68	58,6	25	21,6	116	100

Chi²=2,973 p=0,226

La tabla 4, sobre el análisis bivariado de los niveles de violencia social y sexo, se observa que 28,9% (11) de hombres presentó nivel alto y un 61,6% (48) de mujeres nivel medio al evaluar la tendencia media y alta en las mujeres alcanzó un 77% de mujeres. Sin embargo, la diferencia no es significativa entre los mayores porcentajes de las variables en estudio, es decir, se concluye que estas variables son independientes entre sí según la prueba estadística ($\chi^2 = 2,973$ con un $p = ,226$ a un nivel de significancia de $0,05$ $p > 0,05$).

Tabla 5: Violencia Psicosocial y edad entre los asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.

Edad	Violencia Psicosocial							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	12	16,7	44	61,1	16	22,2	72	100
75 a 90 años	11	25,0	24	54,5	9	20,5	44	100
Total	23	19,8	68	58,6	25	21,6	116	100

Chi²= 1,197 p=0,550

La tabla 5, sobre análisis bivariado de los niveles de violencia psicosocial y grupos etarios, observamos mayores frecuencias entre los adultos mayores de 75 a 90 años con 25,0% (11) en nivel alto, siendo que entre los de 60 y 74 el 61,1% (44) presenta nivel medio; al evaluar las tendencias observamos que el nivel alto y medio alcanzan al 79,5% entre los de 75 a 90 años. Sin embargo, no existe correlación entre las variables en estudio, es decir, que estas variables son independientes entre sí según la prueba estadística ($\chi^2 = 1,197$ con un $p = ,55$ a un nivel de significancia de 0,05 $p > 0,05$). De esa manera se rechaza la Hipótesis de que la violencia psicosocial en el adulto mayor está relacionada con la edad.

Tabla 6: Correlación de Violencia Psicológica y edad entre los asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.

Edad	Violencia Psicológica							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
60 a 74 años	20	27,8	30	41,7	22	30,6	72	100
75 a 90 años	10	22,7	18	40,9	16	36,4	44	100
Total	30	25,9	48	41,4	38	32,8	116	100

Chi²=0,554 p=0,758

La tabla 6, sobre el análisis bivariado de los niveles de violencia psicológica y grupos etarios observamos mayores frecuencias entre los adultos mayores de 60 y 74 con 27,8% (20) en nivel alto, siendo que entre los de 75 y 90 años el 36,4%,(16) presentó un nivel bajo; al evaluar las tendencias observamos que el nivel alto y medio alcanzan el 69,5% entre los de 60 y 74 años. Sin embargo, no existe correlación entre las variables en estudio, es decir, que estas variables son independientes entre sí según la prueba estadística ($\chi^2 = ,554$ con un $p = ,758$ a un nivel de significancia de 0,05 $p > 0,05$). De esta manera se rechaza la Hipótesis de que la violencia psicológica en el adulto mayor está relacionada con la edad.

Tabla 7: Correlación de la Violencia Social y edad entre los asistentes al programa del adulto mayor en la Municipalidad de Lince, Julio 2011.

Edad	Violencia Social							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
de 60 a 74 años	18	25,0	40	55,6	14	19,4	72	100
de 75 a 90 años	5	11,4	28	63,6	11	20,0	44	100
Total	23	19,8	68	58,6	25	21,6	116	100

Chi²=3,257 P=0,196

La tabla 7, sobre el análisis bivariado de los niveles de violencia social y grupos etarios observamos mayor frecuencia entre los adultos mayores de 60 y 74 años 25,0% (18) un nivel alto, siendo que entre los de 75 y 90 años en un 63,6% (28) presenta un nivel medio, al evaluar las tendencias observamos que el nivel alto y medio alcanza el 75% entre los de 75 y 90 años. Sin embargo, no existe correlación entre las variables en estudio, (es decir estas variables son independientes entre sí según la prueba estadística $\chi^2 = 3,257$ con un $p = ,196$ a un nivel de significancia de 0,05 $p > 0,05$).

4.2 Discusión:

El envejecimiento de la población constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas, la creciente población de adultos mayores trae consigo grandes retos para la salud pública, considerados en la sociedad actual como una carga improductiva, situación que no favorece la adecuada atención de las necesidades básicas en este grupo atareó.⁴⁸ En consecuencia hace su aparición el maltrato, que en nuestra sociedad tiene testigos silenciosos en los niños y adultos mayores, quienes son víctimas de diferentes tipos de maltrato, entre físicas, psicológicas y sociales, que les afecta directa e indirectamente con gran impacto en sus vidas y a lo largo de toda su existencia, pues incluso pueden ser transferidos a generaciones posteriores.¹⁹

Actualmente, se sabe que existe maltrato en los adultos mayores en su propio hogar o en la sociedad, posiblemente asociado a la condición dependiente en que viven, pues en su mayoría presentan múltiples patologías incluyendo problemas motores, psíquicos y biológicos necesitando de ayuda para realizar sus actividades diarias, circunstancias que puede llevarlos a un estado de dependencia parcial o absoluta, esto hace que la familia y sociedad los considere como un problema a cargar. Siendo que también existen diversos factores que predisponen a la familia y entorno a infringir maltrato al adulto mayor. Hoy en día todavía no se toman las medidas pertinentes para enfrentar de una manera eficiente el maltrato al adulto mayor.^{18, 20}

El Perú no es ajeno a la violencia contra los adultos mayores, observándose en la sociedad diversos factores que propician este tipo de conducta. Resaltan las condiciones de pobreza, desempleo y dependencia en las que viven amplios sectores de la población, que de una u otra manera contribuyen a la generación de conductas y actitudes negativas frente al proceso de envejecimiento. Sin embargo, debemos tener en cuenta que en el área rural, particularmente en las poblaciones indígenas campesinas, el respeto a los mayores sigue siendo un valor central en la vida de las comunidades.⁴⁸

La muestra investigada incluye datos sociodemográficos como la edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, grado de instrucción, persona con quien vive y número de hijos de los adultos mayores; cualidades comunes e importantes para identificar el nivel de violencia psicosocial en el adulto mayor que participa del programa municipal del distrito de Lince. Además de correlacionar la edad y el sexo, variables no muy exploradas en investigaciones previas, pero que pueden darnos una idea de cómo se presenta el problema actualmente.

Los resultados de la investigación muestran que los adultos mayores de 60-74 años de edad representaron el 60,3%, factor que reafirma el crecimiento sin precedentes de este grupo etario, siendo mayoritariamente femenina (77,2%), indicador que está presente en casi todas las investigaciones previas, considerando que en esta población tienden a tener mayor esperanza de vida por los factores genéticos y sociológicos. Asimismo, identificamos que es una población con diferentes costumbres debido a su procedencia diversa, con mayor proporción de limeños (53,4%) y solo un 4,3% de la selva; en general, se trata de una población de mediana escolaridad, porque el 45,7% contaba con estudios secundarios y el 32,8% tenía solo primaria, factor que predispone a una persona adulta mayor a ser dependiente económicamente y, en muchos casos no contar con una jubilación ni un seguro de salud que les conduzca a tener una vejez digna. En el ámbito familiar se encontró que el 31,9% cuenta con el calor familiar que les brinda seguridad, mientras que el 25% vivía solo/a, siendo este último un elemento que también les conduzca a ser violentados (tabla 1), más aun si consideramos la escolaridad media.

Estos resultados tienen similitud con algunos estudios nacionales e internacionales, sobre violencia hacia el adulto mayor.^{12,14,17,18,19} La investigación de Chambergo Yurupe²⁰ encontró que la edad de 60-75 años representaba el mayor porcentaje (66%) con relación a los de 76-99 años (34%), con predominio también del sexo femenino (54%), siendo que el 56% estaba en condición de separado y un 61% apenas había cursado la educación primaria; finalmente, el 91% de la población tenía solo un hijo. Entre tanto, la investigación de Arce Roca¹⁸ incluyó una población de 60-85 años de edad, siendo el 41% de sexo

femenino, con predominio de la educación primaria (46%), el 43% estaba separado y 69% tenía solo un hijo.

En otra investigación⁴⁷ se pudo constatar en los adultos mayores, cuya edad promedio fue de $72,13 \pm 6,75$ años en un rango de 60-86 años, que el 92,9% era de sexo femenino con predominio de la educación primaria (33%) y un 16% tenía educación básica (1°-3° de primaria). En esa población el 57% era viudo y 27% casado. Otra investigación identificó una población de 60-69 años de edad, prevaleciendo también el sexo femenino (60%) y una escolaridad de secundaria básica.⁴⁷

En el grafico 1, al realizar el análisis de la violencia psicológica y social se encontró que existe mayor porcentaje de violencia social, siendo éste un factor que no favorece al desenvolvimiento de la población adulta mayor, cuyas oportunidades laborales son recortadas una vez que cumplen los 60 años, a pesar que existen medidas que favorecen el bienestar social del adulto mayor, éstas aún son incipientes al no ser difundida en los medios que la conciernen. Los resultados muestran que la violencia psicológica afectó al 52,6% de la muestra, dato importante a ser considerado, pues estamos frente a una población autovalente; el factor que predominó para que esta violencia sea mayor fue la *relación familiar* con un 59,5%. Se sabe que el adulto mayor al ver disminuido sus facultades tiene como soporte único a su familia, entre tanto, puede que la familia no siempre esté preparada para asumir la convivencia con una persona adulta mayor, quien presenta muchos cambios en su modo de vida personal y social; de ese modo, comienzan a darse en el espacio familiar situaciones de violencia psicológica que indudablemente afectan el bienestar físico y mental del adulto mayor.

La investigación realizada por Gamarra⁴⁹ sobre el maltrato familiar percibido por el adulto mayor en una población de Essalud en Tacna, muestra que el 48% reportó maltrato psicológico expresado en calificaciones, insultos y gritos. Según el autor esta situación causa entre los adultos mayores sentimientos negativos que afectan su bienestar mental; destacando que éste tipo de maltrato produce tristeza, soledad y baja autoestima.

Un estudio sobre la situación actual del adulto mayor en el Perú describe que la familia es considerada una parte significativa para el adulto mayor y como éste se encuentra desprovisto de apoyo, depende y seguirá dependiendo únicamente de su familia. El apoyo familiar asume diversas formas, entre ellos la ayuda monetaria directa, los cuidados personales en el caso de un pariente enfermo o parcialmente discapacitado o mediante el apoyo emocional (visitas, llamadas, etc.). Ante el insuficiente apoyo de los sistemas institucionales hacia los adultos mayores, es probable que la familia continúe siendo el soporte del adulto mayor⁴⁹ en la sociedad actual.

Según, Valera quien toma datos del INEI sobre proyecciones de poblaciones vulnerables, en el Perú la coresidencia de los adultos mayores con su familia sigue siendo una práctica extendida. Aproximadamente uno de cada cuatro hogares peruanos cuenta con la presencia de al menos un adulto mayor entre sus miembros. Si bien el peso de las personas de 60 años y más en la población total de la región no es muy significativo (7,6%), sí lo es en el plano del hogar (24,7%). Al observar la distribución de hogares según áreas de residencia identificamos que en el área rural la proporción de hogares que cuenta entre sus miembros con al menos un adulto mayor es un poco más alta que en el área urbana.⁴⁸ Bajo esta premisa, es importante analizar en qué medida se da la violencia en el ámbito familiar, especialmente cuando no estamos preparados para una convivencia entre generaciones diferentes, más aun cuando la longevidad recientemente se hace presente.

El CEM en el ámbito familiar reporta que el tipo de violencia de mayor frecuencia ejercida contra el adulto mayor es el maltrato psicológico (95%), siendo las agresiones más frecuentes los insultos (85%), humillación y desvalorización (66,3%), amenazas de muerte (40%) y rechazo (48,8%). Por otro lado, los adultos mayores no están exentos de sufrir violencia física, dato que en el 2002 representó el 39% del total de casos registrados. Así también, el 35% de los adultos mayores que acudió a los CEM por maltrato señaló como motivo de la violencia, la actitud de parte del agresor/a de querer “controlar su vida” y el

carácter dominante e impulsivo del victimario/a; otro 31,7% refirió motivos económicos, 21,9% familiares, 27,5% celos e infidelidad; aunque el 9,8% y el 12,4% no refirió motivo o razón aparente respectivamente.⁴⁷

Ante esta situación de maltrato podríamos tener en cuenta la Ley 26763 de Protección frente a la Violencia Familiar y el Código Penal (que ampara a las personas en riesgo).³¹ Sin embargo, el maltrato de las personas adultas mayores no tiene un espacio definido para su tratamiento legal, ni instancias con el recurso humano calificado para su atención, así como una legislación explícita que favorezca la atención y protección de la población adulta mayor. Las normas legales en el país todavía presentan vacíos al respecto, por lo tanto no se puede definir claramente la defensa del adulto mayor frente a las diversas agresiones que está expuesto.

Rodríguez Miranda et al.¹² refieren que en los adultos mayores el abuso emocional toma grandes dimensiones, lo cual contribuye a un aislamiento mayor y una depresión con notable frecuencia, a esto se adiciona el hecho de que entran en una nueva etapa de vida, con disminución de sus capacidades psíquicas y físicas, además de ser también objeto de burlas, incomprensiones, desatención y sobrecarga de los quehaceres domésticos produciéndose en ellos traumatismo emocional y sentimientos de incomprensión al no tener en cuenta su estado actual.

Los trabajos científicos en el área social en el país son escasos. Según la evaluación social realizada a pacientes hospitalizados a nivel nacional por Varela et al.,⁴⁸ como parte de la valoración geriátrica integral, el 23,25% se hallaba en una situación de problema social y 49,5% en situación de riesgo social. Otra investigación realizada en Trujillo sobre el perfil del adulto mayor y que evaluó la actividad social realizada por éste en el tiempo libre, identificó que esa población realizaba una actividad social baja (63,4%), considerándose entre ellas escuchar radio, ver televisión, leer periódico, leer revistas, hacer manualidades, asistir al cine, o actividades en grupo, incluyéndose asistencia a eventos deportivos, reuniones sociales y religiosas, práctica de deportes, visita a amigos/familiares,

realizar paseos y recibir visitas en casa. Siendo que la actividad social baja aumenta conforme se incrementa la edad, observándose que ésta es ligeramente mayor en el caso de las mujeres; encontrando diferencias con relación a los que realizan alta actividad. En el caso de los hombres, se encuentra hasta el grupo de 80 a 84 años; en las mujeres solo hasta el grupo de 70 a 74 años.

En el grafico 2 observamos que la violencia psicosocial media sobresale, pero la violencia alta no es menos significativa porque alcanza al 19,8% de adultos mayores. La mayoría de la población en la investigación reconoce que la violencia psicológica se manifiesta de diversas maneras como la violencia verbal expresados mediante gritos, formas inadecuadas de hablarle al adulto mayor como insultarlo o anularlo como persona, además de infantilizarlo -tratarlo como niño sin capacidad de pensar o de tomar sus propias decisiones. En este sentido, Rodríguez Miranda incluye también la violencia afectiva y la humillación, agregando por último el aislamiento; todas éstas son expresiones de violencia intrafamiliar que derivan en que el adulto mayor al interior de su familia y en la sociedad se sienta en estado de vulnerabilidad y baja autoestima.¹²

Los CEM de Lima Metropolitana en el 2009 reportaron que la violencia que más refieren los adultos mayores es la psicológica con un 77,12%. Siendo las mujeres las más violentadas, sobre todo, aquellas con nivel educativo primario y con dependencia económica.¹⁸ En la tabla 2 identificamos que no hay correlación entre la violencia psicosocial y el sexo; sin embargo, la población femenina presentó un 61,5% de violencia media, esto se debe a que más de la tercera parte de adultos mayores que acuden al programa municipal del adulto mayor era femenina (77,2%), quienes por condiciones biológicas y sociales presentan mayor expectativa de vida y tienden a formar grupos de socialización con diferentes fines, en este caso recrearse y mantener vínculos sociales con sus congéneres. Entre tanto, se sabe que la violencia no discrimina sexo, factor que nos invita a realizar actividades de prevención y promoción de revalorización al adulto mayor en una sociedad amigable. Investigaciones previas demuestran que la población más afectada es la femenina.

De las investigaciones revisadas, la mayoría fue realizada en centros hospitalarios de Lima, así como también en hogares o albergues y comunidades pequeñas en países del entorno americano (Cuba y México).^{12,16,19,20} La investigación realizada por Grañas Almuña et al.,⁴⁸ citado por Valera, incluyendo 50 adultos mayores de 60 años a más identificó algunos factores psicosociales más frecuentes de la violencia hacia el adulto mayor; entre los factores psicosociales los más frecuentes fueron la necesidad de ser escuchado y la pérdida de roles sociales, ambos con 98% respectivamente; otro factor considerado, fue la necesidad de comunicación. de los ya mencionados, fueron considerados los más relevantes por el autor para descubrir el maltrato que infringe la familia y sociedad al adulto mayor.

Los CEM del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del MIMDES, en el marco de la Ley de Protección contra la Violencia Familiar y Sexual, registraron durante el año 2002, 1120 casos de personas adultas mayores víctimas de violencia familiar y/o sexual. Esta cifra representa el 3,6% del total de casos atendidos en los 38 CEM a nivel nacional ese año (29,759 casos). Del ese total de casos de violencia familiar y/o sexual, el 76% correspondió a personas de sexo femenino.⁴⁷ Dato semejante al de Gómez Suarez⁵⁰ sobre maltrato a la mujer anciana en el medio intrafamiliar en Cuba, encuestando a 36 adultos mayores hospitalizados; siendo que el 63,4% de víctimas fue mujer vs. 31,5% de varón. Palacios Valverde⁵¹ refiere que siendo la mujer la que goza de mayor esperanza de vida también es la más afectada de sufrir violencia y muchas veces presentan serios problemas de salud.

En el país es posible que la mujer no perciba el maltrato en el ámbito social, pues con la mayor expectativa de vida, también se prolonga su rol doméstico, ya sea con el cuidado de la pareja, como abuela o como cuidadora de un familiar enfermo; considerando que la mujer no se jubila sino hasta que sus fuerzas se agoten. Aunque por otro lado, como en la mayoría de los casos no es pensionista resulta ser totalmente dependiente de la familia y/o sometida a las reglas de ésta, pudiendo perder su individualidad e independencia,⁵¹ que puede

llevarla a vivir situaciones de violencia sin que ella sea consciente de esta situación.

Aylwin⁵² señala que los problemas sociales están determinados directamente por tres áreas de la sociedad como: el ámbito económico, sociopolítico y cultural dejando en claro que estos tres ámbitos son determinantes al momento de que un adulto mayor enfrenta una situación de violencia social. Esto se expresa, cuando se identifica los escasos recursos económicos que poseen algunos adultos mayores y que ni siquiera pueden pedir apoyo a las instituciones o albergues, porque éstas también sobreviven en condiciones de pobreza. Del mismo modo, el ámbito sociopolítico en nuestra realidad no está identificado ni representado por los encuestados, quienes se refieren que socialmente no se les proporciona a las personas adultos mayores las condiciones que ellos aspiran para sobrellevar una vejez digna.

Como se mencionó anteriormente, la mayor parte de los participantes en el programa del adulto mayor reconocen la violencia hacia esta población como un problema social, porque no es algo ajeno a la realidad cotidiana, y que frente a una situación semejante tienen la obligación moral y social de dar a conocer este hecho y recurrir a alguna red social para solicitar ayuda. Lo cual indica que reconocen claramente los elementos implicados para que un problema, se convierta en social.

Según Smole, citado por Rivero,¹⁵ “los problemas individuales se convierten en problemas sociales cuando no pueden ser resueltos por el individuo u otros miembros de su familia o de sus redes sociales o, cuando las personas de su medio social inmediato no pueden satisfacer sus necesidades. De este modo, resaltamos que en nuestro país es posible que existan gran proporción de adultos mayores viviendo situaciones de violencia social porque apenas satisfacen sus necesidades básicas, siendo que la realización y la satisfacción de las necesidades primarias da lugar a que la persona logre gradualmente necesidades de orden superior; entre ellas se menciona la necesidad de autorrealización.

La National Center On Elder Abuse de los EE UU en 1996, citado por Yuy Adams, registró un aumento del 150% en los incidentes de maltrato declarado por los servicios estatales de protección de adulto mayor. El abandono resultó ser la forma más común y se hallaron diferencias significativas entre las tasas correspondientes a hombre y mujeres. Destacando como autores de los malos tratos a los hijos de adultos mayores y algunos profesionales encargados de su cuidado.⁵³

En la tabla 3, al realizar el análisis bivariado de violencia psicológica y sexo no encontramos relación, sin embargo, el dato que resalta es la violencia en los hombres, a pesar que en esta investigación contamos con población autovalente con participación de mujeres en 77,2%, la violencia psicológica sobresalió en el grupo de los hombres, hecho que puede deberse a que ellos no son tan expresivos en el momento de exteriorizar sus sentimientos y frente a un problema social o familiar tratan de mostrarse indolentes por la crianza que aún persiste donde se le inculcó que el varón no debe ser vulnerable ante situaciones adversas; también porque ellos no se sienten libres de reclamar o denunciar hechos violentos que afecte su autoestima, por no ser objetos de burlas, echo que se evidencia en investigaciones realizado^{47,48,51}, además, las mujeres son las que organizan la mayoría de las actividades en centro del adulto mayor. Por lo tanto, los varones optan por el aislamiento. Para Rodríguez Miranda et al.,¹² los hombres también son más maltratados psicológicamente (93,5%) que las mujeres (86,5%). En cambio estos resultados difieren con diferentes investigaciones que la preceden.^{13-16, 18,20} Para Martina et al.¹⁹ la violencia psicológica es la más frecuente y sostenida en el tiempo, explicada probablemente por el carácter dominante del agresor, la que en combinación con otros factores como problemas económicos y conflictos familiares, toman la situación del adulto mayor en una situación compleja y difícil.

Tabla 4 muestra también que no hay relación entre violencia social y sexo, pero se puede observar que el porcentaje más significativo está en las mujeres (61,6%); evidenciando que a pesar que en los últimos años las mujeres vienen

alcanzando protagonismo social por tener mayor acceso a la educación y oportunidades de generar sus propios ingresos, siguen siendo violentadas en el contexto familiar y social.

Para Luz Elena Maya, citada por Arce,¹⁹ existen diversas situaciones que aumentan particularmente el riesgo de que los adultos mayores sean víctimas de violencia social. En algunos casos, las relaciones familiares empeoran debido al estrés y la frustración a medida que la persona mayor se vuelve dependiente. En otros, el hecho de que el cuidador dependa del adulto mayor para su alojamiento o sustento económico se convierte en fuente de conflictos.

En el contexto peruano, se puede decir que los hospitales y residencias que albergan a los adultos mayores el maltrato puede ser frecuente cuando los niveles de atención son bajos y el personal no está preparado o tiene exceso de trabajo. A la par que pocos médicos y enfermeras han sido capacitados para identificar el maltrato en los adultos mayores; por otro lado, los sistemas de salud no siempre consideran prioritaria la atención a la población de edad avanzada. A pesar que la Norma legal en el Perú favorece el bienestar social del adulto mayor en caso de situación de riesgo o indigencia, priorizando el ingreso del adulto mayor a cualquier centro de asistencia social pública, el mismo debe evaluar inmediatamente su situación y brindarle la atención integral correspondiente.³¹

La tabla 5, sobre el análisis bivariado de violencia psicosocial y grupo etario, tampoco mostró correlación entre las referidas variables. Entre tanto, las edades comprendidas entre 75-90 años son las que muestran mayor proporción de violencia, confirmando que somos un país en proceso de envejecimiento moderado con tendencia a la longevidad en las próximas décadas. Datos del INEI, recientemente muestran el real incremento de la población igual o mayor de 60, de ese modo, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) continua, correspondiente al trimestre enero-febrero-marzo 2011, denota que la población de 60 y más años de edad representa el 9,2% del total de población, siendo que las personas de 60 a 79 años representan el 7,7% y las de 80 años a más el 1,5%.⁵⁴

Destacamos que en Lima el distrito de Lince es el que tiene más población adulta mayor; según INEI de su población total (55.000 mil habitantes), 9.452 habitantes son adultos mayores, representando el 17,2%. Es por ello que dicho distrito fue el primero en iniciar el programa del adulto mayor, ofreciendo diversos servicios que contribuyen bienestar social de esa población.⁶

Según nuestros resultados la violencia psicosocial es semejante entre los diferentes grupos etarios, aunque investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional^{12, 14, 15, 17,18,} muestran lo contrario, evidenciando que la violencia se relaciona con la mayor edad. La investigación de Arce et al.¹⁸ encontró que los adultos mayores de 60-75 años fueron los que percibieron más el maltrato (50%) mientras que aquellos de 76-85 años percibieron en menor porcentaje (26%); otro estudio describe que hubo violencia en casi la mitad de adultos mayores entre los 60-69 años²⁰, así también Rodríguez Miranda describe que los mayores de 85 años a más son objetos de violencia por encontrarse sometidos a dependencia económica y, a veces, cuando la salud le es adversa,¹² cuando presentan diversas y múltiples enfermedades que limita su propia autonomía y autovalencia.

La tabla 6 también muestra que no hubo correlación entre violencia psicológica y grupo etario, aunque algunos investigadores reportan que existe relación entre ambas variables. Así, Clemente Gómez⁵⁰ identificó que el adulto mayor es una víctima fácil y frecuente de maltrato y de violencia, según el autor la imagen típica es una persona muy mayor, generalmente de más de 75 años, frágil, dependiente física o psicológicamente, con múltiples necesidades de atención en su salud, con deterioro cognoscitivo, aislamiento social, pobreza y otras eventualidades que le generan stress. Igualmente, Garre-Olmo et al.⁴⁴ refieren que las personas de 85 años o más son las que presentan mayor riesgo de sospecha de violencia psicológica debido al estado de fragilidad y dependencia.

En la tabla 7, igualmente identificamos que no hubo correlación entre violencia social y grupo etario, a pesar que la sectorización por edades muestra que la mayor población con violencia social están entre las edades de 75-90 años

en nivel medio (63,6%). Se sabe que en estas edades la sociedad no los considera como entes que pueden transmitir sabiduría por la experiencia de trabajos o vivencias que poseen. Ya desde la industrialización se ha visto por conveniente que aquellas personas que bordean los 60 años no generan aporte ni condiciones de productividad, no obstante, los programas sociales existentes actualmente concientiza que el adulto mayor es quien puede ser autónomo, creándole oportunidades para generar sus propios ingresos y promover su independiente en la sociedad.

Según norma legal, la Ley 28803³¹ expresa que el Estado se preocupa e interesa, de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política, en dar el marco legal en el país, acorde con otros países y organismos internacionales para permitir una mejor calidad de vida al ADULTO MAYOR, considerando aspectos como su integración social, económica, sanitaria y preventiva de salud, como compensación a sus años dedicados a formar parte de la sociedad peruana, ya sea trabajando ó produciendo en su juventud.

La misma norma establece los derechos que como personas le corresponde a los adultos mayores, otorgándoles igualdad de oportunidades, así como el apoyo familiar, social y del Estado, para brindarles calidad de vida saludable, educación, trabajo acorde a la edad, salud, trato preferencial y digno, como también ofertarles tareas de acuerdo a su edad, salud física y mental sin discriminación. Igualmente, establece los Deberes del Estado, desde el punto de vista administrativo, legal, jurisdiccional que conlleven a su protección como persona, tanto como los deberes familiares para su integración a la sociedad, sin marginación.³¹ Llama la atención, la ausencia de los deberes que la sociedad en su conjunto debe tener con éste grupo etario, entendiendo que todos somos parte de la sociedad y convivimos inter-generacionalmente, respetando las individualidades y reconociendo que todo ser humano es digno de derecho y autonomía, entre los cuales se encuentra el adulto mayor.

Por otro lado, la Ley³¹ especifica que el Adulto Mayor tiene derecho a diversos programas mediante su registro en la RENIEC. Dichos programas hacen referencia a trato preferencial en el transporte público y privado (aéreo, terrestre y

marítimo) y hospedajes; en el campo de la salud, medicamentos y prótesis; además de los aspectos culturales, educativos y otros en los que sea posible intervenir sin marginación; lo que se ha consolidado con los avisos en toda entidad pública o privada, pero en muchos casos no se aplican en la vida cotidiana.

Esta misma Ley, norma la creación de CENTROS INTEGRALES DE APOYO AL ADULTO MAYOR, que involucra a los gobiernos regionales, municipales y distritales, para favorecer la promoción de todo tipo de actividades culturales, recreativas, integrativas, educativas y otras, que se canalizarán luego a través del MINDES y del MINSA, programando además exhibiciones que eleven la autoestima del adulto mayor integrando a la familia -si ésta existe- y, estableciendo la denuncia obligatoria y bajo responsabilidad de cualquier maltrato contra el adulto mayor.³¹ Sin embargo, a nivel de los gobiernos regionales y distritales, poco se ha realizado aun para concretizar en el plano real esta norma. Muchos casos de violación a los derechos del adulto mayor y aun de violencia son denunciados por las propias víctimas y quienes no encuentran apoyo ni en los propios organismos encargados de velar por sus derechos. Quedando aun mucho trabajo por realizar en aras de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, iniciando un trabajo intercultural e intergeneracional.

La enfermera como ente participativo de la sociedad y generadora de la prevención y protección del bienestar integral de toda persona en situación vulnerable o no, es el profesional acorde para difundir conocimientos que favorezcan el cuidado integral del adulto mayor, un campo aun descuidado por el personal de salud en general por descaso o desconocimiento de la problemática del adulto mayor. Según Leininger citada por Marriner et al⁴¹ la enfermera debe tener conocimiento transcultural solo así podrá llegar a comprender y explicar las situaciones que les adversa a la población, también puede planear estrategias tomando en cuenta la procedencia de la persona considerando que puede servir a la enfermera para brindar un cuidado integral y oportuno.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

En el trabajo de investigación se identificó que la violencia psicosocial hacia el adulto mayor se encuentra distribuido por niveles (Alto, en un 19,8% Medio en un 58,6% y Bajo 21,6%) siendo el más representativo el nivel medio.

La violencia psicológica hacia el adulto mayor se encuentra en un nivel medio en más de la mitad de la población y aproximadamente una tercera parte de las unidades de análisis presentaron un nivel alto en cuanto a dicha violencia.

Se encontró que la tercera parte de la población está en el nivel alto y más de la mitad de los adultos mayores se encuentran en un nivel medio de violencia social.

Es mayor la violencia psicosocial en el sexo femenino, en un nivel medio a pesar que no se encontró correlación a diferencia del sexo masculino que es mayor en violencia psicológica.

Asimismo se destaca que aproximadamente, la mitad de los encuestados tiene mediana escolaridad.

En cuanto al estado civil la mayoría son casados, cuentan con hijos, sólo la mitad de ellos viven con uno de sus hijos.

Se encontró que la relación familiar está debilitada y la actividad socioeconómica es un indicador que afecta al setenta y nueve por ciento de los participantes al programa del adulto mayor en Lince.

La violencia social está presente en ambos sexos, con tendencia media en las mujeres en mayor porcentaje.

Con respecto a la edad, la violencia social está presente en mayor porcentaje entre los adultos mayores de 75 a 90 años.

5.2 Recomendaciones:

Para la investigación:

Realizar una réplica del estudio con una población mayor y probabilística considerando diferentes distritos a fin de consolidar los hallazgos identificados en el presente estudio, además de involucrar la percepción del familiar.

Realizar otros estudios con enfoque cualitativo para mayor comprensión y profundidad del tema, profundizando en el conocimiento de esta problemática en distintos contextos culturales, a fin de elaborar las propuestas adecuadas a la sociedad.

Para la institución:

Realizar coordinaciones con Instituciones formadores de profesionales para que tengan en cuenta en su currículo la formación de profesionales en el área del adulto mayor.

Trabajar en conjunto con los diferentes profesionales que tengan a bien fortalecer el programa ya ejecutado para que sea sostenible y que cubra todas las expectativas de los participantes.

Desarrollar talleres basados en pintura, redacción de historietas o cuentos, grupales, individuales o familiares bajo la supervisión de profesionales de diferentes áreas para estimular habilidades y autoestima en el adulto mayor.

Hacer talleres con grupos voluntarios dirigidos a las familias o cuidadores del adulto mayor.

Difundir la Norma legal que los protege y contar con una oficina exclusiva para defensa legal en casos de no ser cumplida la ley.

Para la profesión de Enfermería:

Promover estrategias que involucren la participación activa del Colegio de Enfermeros, Universidades y sociedades afines en los diferentes programas descentralizados del adulto mayor.

Ejecutar campañas permanentes en el marco de descentralización (CEP, universidades, MINSA, sociedades de especialistas, etc.) donde se mejore la atención del adulto mayor, e involucre a la familia y sociedad en general, con la finalidad de sensibilizar a la población, fomentando la participación activa del adulto mayor.

Trabajar directamente con la familia donde tenga un adulto mayor para concientizar el rol que cumple este miembro en su núcleo.

Desde la Prevención primaria inculcar a la sociedad una cultura de paz y respeto hacia el adulto mayor.

Trabajar con redes sociales a fin de conducir programas del Estado para diseñar estrategias en la población femenina que aún es dependiente económicamente de la familia para que realice trabajos manuales, así podrán sus propios recursos a fin de ser independiente.