

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



**VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS
ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE
HUAMBOS - CHOTA, 2020**

TESIS

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

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. Neily Nardely Tarrillo Bustamante

ASESORA:

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

CHOTA, PERÚ

2022

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



**VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS
ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE
HUAMBOS - CHOTA, 2020**

TESIS

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

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. Neily Nardely Tarrillo Bustamante

ASESORA:

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

CHOTA, PERÚ

2022

Copyright © 2022 by
NEILY NARDELY TARRILLO BUSTAMANTE
Todos los Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Tarrillo, N. 2020. **Violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Centrode salud de Huambos - Chota, 2020** / Neily Nardely Tarrillo Bustamante/ 80 pág.

Escuela Académica Profesional de Enfermería

Asesora: Dra. Carmen Yrene, Yupanqui Vásquez.

Disertación Académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería –
UNC 2022

HOJA DE JURADO EVALUADOR

TÍTULO DE TESIS

“VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE HUAMBOS - CHOTA, 2020”

AUTORA: Bach. Enf. Neily Nardely Tarrillo Bustamante.

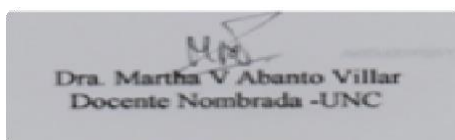
ASESORA: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez.

Tesis evaluada y aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
Dra. Norma Bertha Campos Chávez
PRESIDENTA



.....
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
SECRETARIA



.....
MCs. María Eloisa Ticlla Rafael
VOCAL

Chota 2022, Perú



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL, BASADO EN EL REGLAMENTO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL RESOLUCIÓN 944-2020 ARTICULO 8

Siendo las 2:00 pm. del día **25 de marzo** del año 2022, se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: **“VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE HUAMBOS - CHOTA, 2020”** presentada por el (la) Bachiller en: Enfermería: **Neily Nardely, Tarrillo Bustamante.**

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente : Dra. Norma Bertha Campos Chávez.
Secretaria : Dra. Martha Vicenta Abanto Villar.
Vocal : M.Cs. María Eloisa Tiella Rafael.
Asesora : Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez.

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El (la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: **Diecisiete (17)**. Siendo las **15:22 p.m.** del día **25** del mes de **marzo del año 2022**, se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

.....
Presidente
Dra. Norma Bertha Campos Chávez

.....
Secretaria
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

.....
Vocal
M.Cs. María Eloisa Tiella Rafael

.....
Asesora
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

.....
Tesista
Neily Nardely Tarrillo Bustamante

Dedico este trabajo:

A mis padres, hermanos y familiares por brindarme su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera.

En especial a mi querida madre María Bustamante Vásquez, pilar fundamental en mi vida, por estar siempre a mi lado apoyándome, dándome fortaleza para seguir adelante, quien con sus continuas oraciones y sabios consejos contribuyeron en mi formación tanto personal y profesional.

Neily Nardely

AGRADECIMIENTO

A Dios; por concederme la vida y la salud, dándome sabiduría e inteligencia y guiándome en cada paso que doy para poder realizar mis metas.

A nuestra casa superior de estudios, Universidad Nacional de Cajamarca Filial- Chota y a su plana docente de la Escuela Académica Profesional de Enfermería por las enseñanzas impartidas durante toda mi carrera.

A mi asesora Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, por brindarme su apoyo incondicional, por su dedicación, orientación y consejerías impartidas durante la elaboración y desarrollo de este trabajo de investigación.

Al personal de salud, del Centro de salud de Huambos, especialmente a la Lic. Rosa Requejo Romero y Lic. Juan Altamirano Medina, por brindarme su apoyo proporcionándome información requerida para esta investigación.

A la Maestra Martha Rodríguez Tejada por su apoyo metodológico en el proceso de validación del instrumento de recolección de información.

A las adultas mayores, quienes aceptaron voluntariamente participar en este trabajo de investigación.

Neily Nardely

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	ix
ÍNDICE DE CONTENIDOS	x
LISTA DE TABLAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I	17
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1 Definición y delimitación	17
1.2 Formulación del problema de investigación	21
1.3 Objetivos: generales y específicos	22
1.4 Justificación del estudio	22
CAPÍTULO II	24
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 Antecedentes del estudio	24
2.2 Bases teóricas	25
2.3 Variables de estudio	35
CAPÍTULO III	39
3. DISEÑO METODOLÓGICO	39
3.1 Diseño y tipo de estudio	39
3.2 Escenario de estudio	39
3.3 Población de estudio	39
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	40
3.5 Unidad de análisis	40
3.6 Muestra	40
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.8 Validez y confiabilidad	42
3.9 Procesamiento y análisis de datos	42
3.10 Consideraciones éticas	43

CAPÍTULO IV	45
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
Referencias bibliográfica	65
Anexos	70

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Presencia de violencia en la atención de salud	45
Tabla 2: Características sociodemográficas de las adultas mayores	48
Tabla 3: Dimensión de Infantilización de violencia en la atención de salud	52
Tabla 4: Dimensión de Despersonalización de violencia en la atención de salud	53
Tabla 5: Dimensión de Deshumanización de violencia en la atención de salud	56
Tabla 6: Dimensión de Victimización de violencia en la atención de salud	58
Tabla 7: Atención de salud según características sociodemográficas	60

VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES

RESUMEN

Investigación que tuvo como objetivo determinar y analizar la violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Centro de Salud de Huambos-Chota, 2020; tipo de estudio descriptivo, enfoque cuantitativo; la muestra estuvo conformada por 74 adultas mayores, se utilizó un cuestionario elaborado por la investigadora. Los resultados fueron: 46,2% oscila entre 60 a 69 años; 34,3% son casadas; 44,8% analfabetas; 91,0% amas de casa y 92,5% de religión católica. En las dimensiones de violencia en salud: Infantilización.- 62,2% refieren que durante la atención de salud el personal les habló como niñas; 37,8% les hicieron sentir incapaces de seguir una indicación médica; 21,6% pasaron vergüenza por lo que dijeron o hicieron y 13,5% les preguntaron sobre su enfermedad de forma descortés. Despersonalización.- 16,2% mencionaron que el personal hizo comentarios hirientes sobre su salud; 8,1% las jalieron bruscamente y se burlaron de su enfermedad. Deshumanización.- 28,4% refieren que el personal comentó su problema de salud en voz alta y 16,2% las desvistieron bruscamente durante la atención. Victimización.- 37,8% mencionan que el personal no les prestó atención cuando hablaban; 31,3% les negaron algún medicamento por que no confiaban en ellas y 2,7% refieren que el personal de salud se burló de su aspecto físico.

Palabras claves: Violencia en Salud, características sociodemográficas, adulta mayor.

VIOLENCE IN HEALTH CARE AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF OLDER WOMEN

ABSTRACT

Research that aimed to determine and analyze violence in health care and sociodemographic characteristics of older women. Huambos-Chota Health Center, 2020; type of descriptive study, quantitative approach; the sample consisted of 74 Older Adults, a questionnaire prepared by the researcher was used. The results obtained were: 46, 2% ranged from 60 to 69 years of age; 34,3% are married; 44,8% are illiterate; 91,0% housewives and 92,5% Catholic. About the dimensions of violence in health: Infantilization.- 62,2% report that during health care the staff spoke to them like they were girls; 37,8% made them feel incapable of following medical indications; 21,6% were ashamed of what they said or did and 13,5% were asked them about their illness in a rude way. Depersonalization. – 16, 2% mentioned that the staff made hurtful comments about their health; 8, 1% brusquely pulled them and made fun of their illness. Dehumanization. – 28, 4% report that health personnel discussed their health problem aloud with other patients and 16,2% abruptly undressed them during care. Victimization. - 37, 8% mention that the health personnel did not pay attention to them when they spoke; 31, 3% denied them some medicine because they did not trust them and 2, 7% refer that the health personnel made fun of his physical appearance.

Key Words: Violence in Health, sociodemographic characteristics, older adult

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas adultas mayores de 60 años está aumentando rápidamente en todas partes del mundo, así como en nuestro país (1); haciendo a las personas adultas mayores más vulnerables de sufrir violencia en la atención de salud, tanto por el proceso natural de envejecimiento, características sociodemográficas y su condición de ser mujer.

La violencia, es tan antigua como el mismo hombre, y se muestra como una expresión de fuerza intencional y que el daño a la persona dañada puede ser verbal o física. Diversos autores han realizado estudios de violencia en salud dirigido a trabajadores que se desempeñan en establecimientos de salud. Sin embargo, este tema no ha sido abordado desde quienes reciben la atención en salud. Se reconoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, no satisfacción de necesidades, cuando se abusa o se recibe un trato injusto (2).

En las adultas mayores, la violencia en salud tiene su origen en las características sociodemográficas que presentan como; la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y religión. Estando sometidas desde sus inicios a una cultura paupérrima, con costumbres machistas en donde a las mujeres no se les permitía estudiar, opinar ni ser libres de tomar sus propias decisiones, viéndose obligadas a aceptar todo sin protestar.

Debido a los escasos los trabajos de investigación en relación a la violencia en salud desde una perspectiva de quienes reciben la atención de salud y teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las adultas mayores, es que surge el interés de realizar la presente investigación y conocer de cerca si hay presencia de violencia en la atención de salud y cuáles son las características sociodemográficas de las adultas mayores que son violentadas que se atienden en el Centro de Salud de Huambos-Chota, 2020.

La presente investigación, consta de **Capítulo I:** se describe el problema de investigación que incluye definición y delimitación, formulación del problema de investigación, justificación del estudio y finalmente los objetivos generales y específicos. **Capítulo II:** se presenta el marco teórico donde incluye los antecedentes del estudio, bases teóricas y las variables de estudio. **Capítulo III:** denominado diseño metodológico, se especifica el diseño y tipo de estudio, población de estudio, marco muestral, unidad de análisis,

muestra o tamaño muestral, tipo de muestra, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, procesamiento y análisis de datos y finalmente las consideraciones éticas. **Capítulo IV:** se presenta los resultados y la discusión. Por ultimo las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Definición y delimitación del problema

Las Naciones Unidas considera adulto mayor a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo; es por ello que en el Perú se considera adulto mayor o persona de tercera edad a partir de los 60 años de edad (3).

A nivel mundial se prevee que para el año 2050 la población mundial de personas con 60 años a más se habrá duplicado con creces, pasando de 900 millones en 2015 a aproximadamente 2 000 millones. Anteriormente la pirámide poblacional era de amplia base para la población menor; sin embargo, con el transcurso del tiempo la población adulta mayor ha ido incrementado, como resultado actualmente la pirámide poblacional presenta un ensanchamiento de la cúspide que corresponde dicha población (4).

Según, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2019 a nivel nacional, los grandes cambios demográficos que se han experimentado en las últimas décadas en nuestro país, la estructura por edad y sexo de la población ha desplegado cambios significativos. Así, anteriormente la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente de niños(as), de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; mientras que en el año 2019 son 26 de cada 100 habitantes. Es por ello que el envejecimiento de la población peruana aumenta en cuanto a la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,7% en el año 2019. Según las proyecciones estimadas para el año 2020, se espera que aumente a 3'593,054 personas y para el año 2050 a 8'700,000 personas, siendo el porcentaje más alto en las mujeres que en los hombres (5).

Así también, según las estadísticas de Población Adulta Mayor (PAM) 2015, el departamento de Cajamarca cuenta con una población de 1, 529 755 habitantes, donde el 8,3% representan a la población adulta mayor (126,681). Siendo el 54% mujeres y el 46% hombres (6). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2017; las personas de 15 a 64 años constituyen el (61,8%) y las personas de 65 años a más constituyen el (8,7%) (7).

Asimismo en la provincia de Chota en el año 2020 el número de personas adultas mayores es: de 60 a 64 años (5 766); de 65 a 69 años (4 375); de 70 a 74 años (3 472); de 75 a 79 años (2 346); de 80 años a más (2 246). Siendo en el distrito de Huambos la población adulta mayor en el año 2020 de 60 a 64 años (368); de 65 a 69 años (330); de 70 a 74 años (248); de 75 a 79 años (176); de 80 años a más (164) (8).

Como se observa, es notable la mayor presencia de mujeres en comparación con la población masculina de ancianos, es decir, las mujeres viven más, pero se ha comprobado que la calidad de vida y su salud se ven deterioradas, ya que suelen ser víctimas de enfermedades crónicas que les obliga a buscar atención de salud continuamente.

De otro lado, la violencia es un fenómeno complejo, confuso y heterogéneo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU 1996), lo define como: “Todo acto que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, psicológico o sexual para la mujer, inclusive las amenazas tales como actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada” (9).

La violencia en el Perú es uno de los problemas de salud pública más complejos de tratar, debido al impacto que genera a nivel de salud física, emocional, social y económica. Se sabe, que la violencia victimiza más a las mujeres por razones maritales, sexuales o culturales y según estudios transculturales e internacionales han demostrado que las personas de todos los niveles socioeconómicos, étnicos y religiosos son vulnerables al maltrato en la vejez. Uniendo ambos conceptos si la mujer por ser mujer ya es víctima de violencia, cuando está llegue a la edad adulta presentará mayor vulnerabilidad de sufrir violencia de género en su adultez (10).

El Plan Nacional Contra la Violencia de Género, define a la violencia como: cualquier acción o conducta, basada en el género y agravada por la discriminación proveniente de la coexistencia de diversas identidades (raza, clase, edad, pertenencia étnica, entre otras), que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona, tanto en el ámbito público como en el privado. Se trata de aquella violencia que ocurre en un contexto de desigualdad sistemática que remite a una situación estructural y a un fenómeno social y cultural enraizado en las costumbres y mentalidad

de toda la sociedad y que se apoya en concepciones referentes a la inferioridad y subordinación basada en la discriminación por sexo-género (11).

En el Perú, la violencia contra la mujer se ha convertido en un problema social con elevadas cifras, sin contar el gran número de mujeres adultas mayores que sufren de violencia las cuales no llegan a denunciar ni a pedir apoyo. Según el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP 2017), durante el año se atendieron 5 594 casos de violencia contra la adulta mayor y entre los meses de enero y marzo del 2018 se han reportado 3 157 casos (12).

El Centro de Emergencia Mujer reporta (CEM 2019), 56 271 casos de violencia contra la mujer, violencia familiar y violencia sexual que se atendieron en el periodo de enero - abril del presente año. Siendo el 86% en mujeres y el 14% en hombres. En donde el 6% (3 431 casos) corresponde a personas adultas mayores de 60 años a más; 76% son mujeres y el 24% hombres. Los tipos de violencia que se atendieron fueron: 53 casos de violencia económica, 2 376 casos de violencia psicológica, 956 casos de violencia física y 46 casos de violencia sexual (13).

En el departamento de Cajamarca según CEM (2019), el porcentaje de casos atendidos en el periodo de enero – abril fue de un 2%. La violencia contra los mayores es la gran desconocida, porque no se denuncia y una de las razones es que la mayoría de las víctimas no conocen el tipo de abuso al cual están sometidas (13).

Existe gran cantidad de información sobre violencia contra la mujer al interior de su hogar donde los perpetradores suelen ser el cónyuge, hijos, nietos u otros familiares, sin embargo, la violencia contra la mujer de cualquier edad que se produce al interior de los establecimientos de salud es un tema poco tratado. Respecto a la violencia en salud en los establecimientos de salud a personas adultas mayores Rivera, señala, a los servicios de salud como fuente de violencia, especialmente en respuesta insatisfecha o poco oportuna para la situación del adulto mayor (14).

Por su parte Pillemer, K y More, D. En relación al maltrato institucional a personas de edad, concluyen que el 36% del personal de enfermería habían sido testigos de un incidente de maltrato físico, el 10% habían cometido al menos un acto de maltrato físico, el 81% habían observado algún incidente de maltrato psicológico y el 40%

habían abusado verbalmente de un residente (15).

Los Centros de Atención Primaria y los Servicios de Urgencias suelen ser los primeros recursos asistenciales a los que acuden las víctimas de violencia. Según la OMS, de un 30 a un 60% de las mujeres que solicitan atención en estos servicios sufren malos tratos, constituyendo un ámbito ideal para la detección precoz de casos de violencia (16).

El Centro de Salud San Agustín - Huambos tiene un Nivel I- 3 cuenta con un equipo humano de salud conformado por 22 personas entre personal médico, enfermeros/as y técnicos en enfermería, personal de farmacia, obstetrices, psicólogo, odontólogo, biólogo, digitador, personal para afiliación SIS y de limpieza. La población adulta mayor suele buscar atención usualmente en medicina general, las afecciones en las adultas mayores son principalmente HTA, diabetes, enfermedades osteoarticulares (artritis, artrosis, osteoporosis), enfermedades digestivas (gastritis), enfermedades cardíacas (angina de pecho), enfermedades pulmonares (neumonía, asma).

Las adultas mayores que acuden al Centro de Salud, provienen mayormente de la zona urbana, aunque un grupo importante viven en la zona rural, estas personas tienen una idiosincrasia peculiar, ya que suelen acudir al establecimiento cuando su salud está bastante deteriorada, se resisten a desvestirse para ser examinadas, suelen acompañarse de un hijo u otro familiar que responde por ellas. De otro lado, existe gran acúmulo de pacientes hasta 15 por turno, situación que limita la adecuada atención a los usuarios en especial a los adultos mayores que requieren mayor tiempo tanto en la entrevista como en el examen ya que suelen olvidar sus síntomas o la temporalidad en que se presentan.

La violencia contra las mujeres se puede producirse ya sea en el hogar, centros laborales y educativos, calle, etc. Sin embargo, la agresión contra la mujer en especial contra la adulta mayor es especialmente inhumana porque trasgrede los valores de amor, respeto, solidaridad y protección a nuestros mayores como padres y abuelos; y la violencia que una anciana padece cuando busca atención de salud tiene una connotación más cruel aun, porque el médico, enfermera u otro personal que la atiende y le agrede de alguna forma viola sus derechos y es desleal con su misión de proteger la salud y la integridad de todas las personas en especial las más vulnerables.

La mujer suele ser víctima de agresión en un establecimiento de salud por tres motivos: por su condición de mujer, por adulta mayor y por campesina, está rodeada de estereotipos mayormente negativos que promueven la violencia en su hogar, en la calle, pero el maltrato más cruel es el que recibe por parte del personal de salud cuando busca atención, orientación o protección; aún persiste la relación de poder del hombre (medico, enfermero, técnico) que normaliza y cotidianiza el atropello permanente, de tal forma que la víctima tolera la agresión porque proviene de un hombre es en esta situación que la anciana asume la atención de salud como un favor y no como un derecho.

Además, cuando las usuarias se sienten agredidas de alguna forma en el establecimiento de salud, suelen muchas veces callarse o comentarlo con sus familiares, aunque no se han presentado quejas sobre violencia contra la mujer en este establecimiento, se desconoce si las adultas mayores se sienten violentadas de algún modo.

Frente a la problemática presentada, es necesario que la sociedad perciba y actúe para identificar y tratar la violencia en salud como un problema de todos aunque no lo suframos directamente; ya que la mujer es agredida por ser mujer y más aún cuando es adulta mayor corre más riesgo de ser una potencial víctima de violencia en salud.

1.2 Formulación del problema de investigación

¿Está presente la violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos, Chota, 2020?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adultas mayores víctimas de violencia en el Centro de Salud Huambos- Chota, 2020?

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar y analizar la violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Centro de Salud de Huambos-Chota, 2020

Objetivos Específicos

1. Identificar la presencia de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020.
2. Caracterizar sociodemográficamente a las adultas mayores víctimas de violencia en el Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020.
3. Describir el tipo de violencia: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores. Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020.
4. Analizar la violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores según sus características sociodemográficas. Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020.

1.4 Justificación del estudio

Los resultados del estudio son importantes para los trabajadores del Centro de Salud Huambos, porque incrementa el conocimiento y promueve la sensibilización frente a este grupo, motivará su interés en el estudio de dicha población y servirá como base al Sector Salud para fortalecer con datos objetivos y realistas las estrategias de intervención en salud en el nivel preventivo promocional mejorando la calidad de atención brindada, beneficiando sobre todo a poblaciones vulnerables como las Adultas Mayores.

Los hallazgos de la investigación beneficiarán a las adultas mayores, ya que muchas veces la violencia puede ser ignorada o hacerse cotidiana provocando que se perpetúe en el hogar, en la calle; pero el personal de salud debe evitar que se presente en el

establecimiento de salud, por tanto, se pretende que las usuarias mayores reciban una atención de salud con calidad y calidez.

Se espera que la investigación sirva de base de datos y/o guía para los estudiantes de Ciencias de la Salud para profundizar el conocimiento sobre el tema, por ser poco conocido y debido a los escasos trabajos de investigación con que cuentan.

La relevancia social del estudio radica en el continuo crecimiento de la población adulta mayor y los limitados recursos del sector salud para brindar atención, el aumento de la demanda de atención de salud y personal poco capacitado pueden provocar violencia hacia estos usuarios, de otro lado los estereotipos de género son aun evidentes en todos los ámbitos, por tanto, el estudio busca sentar las bases para clarificar esta situación de violencia contra las ancianas en un establecimiento de salud de primer nivel.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Ayala, J. (2019), en la investigación: Presencia del maltrato en los adultos mayores de los centro del cuidado del adulto mayor. Quito, 2019. Con el objetivo de identificar la presencia de maltrato psicológico, físico, social, económico y sexual que puedan padecer los adultos mayores. Estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo; se aplicó la entrevista a 65 adultos mayores de dos Centro del Cuidado del Adulto Mayores. Los resultados evidenciaron estadísticamente que existe maltrato leve, moderado y severo hacia los adultos mayores los cuales fueron: gritos (100%); ignorado repetidamente (61,11%); negación a participar en actividades (22,22%); decisiones sobre la propia salud (33,33%); inadecuada atención (33,33%); palabras humillantes (83,33%); amenazas (27,27%); desatención (61,11%); empujones (83,33%). Llegando a la conclusión que la mayor parte de los adultos mayores se encuentran expuestos al problema, en donde predomina el maltrato psicológico y social; la fuente del maltrato referida por los adultos mayores prevalecen en la familia y cuidadores del Centro de Cuidado (17).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 TEORÍAS SOBRE VIOLENCIA

A. El Modelo Ecológico

Son diversos autores que han investigado como se genera la conducta violenta, entre ellos, (Bronfenbrenner, 1987) propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Ellos son el *microsistema* que es el nivel más inmediato, donde se desarrolla el individuo (familia); el *mesosistema*, se refiere a las interrelaciones de dos o más entornos en los cuales la persona participa activamente; el *exosistema* son contextos en los cuales no participa la persona como sujeto activo y el *macrosistema*, compuesto por la cultura y subcultura donde están inmersos la persona en forma individual y todos los individuos de la sociedad (18).

El autor sostiene que, en el transcurso de la vida, el desarrollo se realiza a través de procesos cada vez más complejos en un activo organismo bio-psicológico. El desarrollo se caracteriza por la interrelación de las características personales, que incluyen las genéticas y el medio ambiente (18).

Ferreira, G. (1995), para explicar la violencia contra las mujeres, adaptó el modelo ecológico. Sosteniendo que para poder entender integralmente el fenómeno de la violencia contra las mujeres debemos de salir de un esquema estrecho y ubicarnos en una perspectiva ecológica (19).

El *macrosistema*, es el sistema de creencias patriarcal que sostiene un modelo de familia vertical, con un vértice constituido por el jefe del hogar, que siempre es el padre y estratos inferiores donde son posicionados la mujer y los hijos. Y también aquí se reconocen un subsistema filial, donde hay un grado de diferenciación basada en el género, ya que los hijos varones son más valorados y ostentan mayor poder que las hijas mujeres (19).

Dicho sistema de creencias da origen a los conceptos de los diferentes roles familiares, derechos y responsabilidades de cada miembro de la familia. De esta manera un hombre socializado con esta creencia justificará el uso de la fuerza para castigar

cualquier “transgresión” a quien no ha respetado esta regla. Además estas creencias culturales hacen que se afirme el estereotipo de la masculinidad, que asocia al varón con la fuerza (19).

El **exosistema**, representado por el entorno social más visible: las instituciones educativas, recreativas, laborales, religiosas, judiciales, etc. Cuando las instituciones reproducen en su funcionamiento el modelo de poder vertical y autoritario para resolver conflictos institucionales, entra a la legitimación institucional de la violencia (19).

Otro componente poderoso dentro del exosistema, son los medios masivos de información, que no son por sí mismos, origen de la violencia, pero constituyen un factor importante, que no puede ignorarse en una época que está signada por su influencia. La difusión de modelos violentos tiene una influencia decisiva en la generación de actitudes y en la legitimación de conductas violentas. Se debe tener en cuenta el contexto económico y laboral ya que existen factores de riesgo fuertemente asociados con el problema de la violencia, pero es necesario subrayar que ninguno de estos factores es, por sí mismo, causa de la violencia contra la mujer y la violencia interpersonal. Del mismo modo que el alcoholismo, el desempleo, el estrés económico o el aislamiento social, si bien son factores de riesgo no son la causa de la violencia (19).

Se debe tener en cuenta además los recursos con que cuenta una comunidad determinada en relación con el problema de la violencia contra las mujeres. Hay factores que se asocian para contribuir a la perpetuación del fenómeno. Cuando no existe una legislación adecuada que defina el maltrato y la violencia como conducta penalmente punible. Cuando existe escasez de apoyo institucional para las víctimas de los malos tratos o impunidad de quienes ejercen la violencia hacia los miembros de su familia. Si una persona está siendo victimizada en el contexto familiar o fuera de él y busca ayuda en instituciones o profesionales, si éstos están impregnados de mitos y estereotipos culturales y no tienen una idónea formación en el tema de la violencia, darán respuestas inadecuadas a quienes pidan ayuda y se realizará entonces una segunda y tercera victimización, si buscan la culpabilidad de la víctima o restan importancia al problema. “Las intervenciones erróneas lejos de ser neutras, tienden a agravar la situación de quienes están en riesgo, poniendo muchas veces en peligro sus vidas” (19).

El **microsistema** está conformado por los elementos estructurales de la familia y los patrones de interacción familiar, tanto como por las historias personales de sus miembros. Si en la familia que presenta problemas de violencia existe un predominio de una estructura familiar de corte autoritario, este estilo verticalista, por lo general, no se ve desde afuera, y es probable que la imagen social de esa familia sea sustancialmente distinta a la imagen privada. Para que esta disociación entre lo público y lo privado se mantenga, es necesario cierto grado de aislamiento social, para ocultar el fenómeno de la violencia a la mirada de los demás (19).

Muchas veces la violencia de la familia de origen ha servido como modelo para la resolución de conflictos interpersonales, es así entonces que esto ejerce el efecto de normalización de la violencia, por eso muchas mujeres no son conscientes del maltrato que sufren y los hombres violentos no comprenden cuando se les señala que sus conductas son punibles y ocasionan daños. El factor común de quienes han sufrido violencia en la infancia, sean varones o mujeres, es la baja autoestima. Por efecto de la socialización de género, se manifiesta de modo distinto según el sexo; en las mujeres incrementa los sentimientos de culpabilidad e indefensión y en los varones activa mecanismos que los lleva a estructurar una imagen externa dura y de poder sobre la mujer y sus asimilados (19).

Cuando está presente la violencia, el varón por lo general, presenta modalidades conductuales disociadas: en el ámbito público se presenta como una persona equilibrada, sociable y generosa con los que lo rodean: amigos, compañeros de trabajo, colegas, donde nadie puede intuir que en el ámbito privado se comporta de diferente forma. El modo amenazante, la utilización de continuas agresiones verbales y el maltrato psicológico y físico hacia cualquier persona con la que conviva, lo transforman en otra persona. Ejercerá en forma habitual el “todo poder”, además tiene una percepción rígida y estructurada de la realidad, minimizando así las consecuencias de su propia conducta y maximizando la conducta de su víctima como provocadora de su comportamiento (19).

MACROSISTEMA

- Creencias y valores culturales acerca de: mujer, hombre, niños y familia.
- Concepción acerca del poder y la obediencia.

EXOSISTEMA

- Legitimación institucional de la violencia.
- Modelos violentos (medios de comunicación).
- Victimización secuenciada.

MICROSISTEMA

- Historia personal (violencia familiar de origen).
- Aprendizaje de resolución violenta de conflictos.
- Estrés.
- Autoritarismo en las relaciones familiares.
- Baja autoestima.
- Aislamiento.

2.2.2 VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR

La violencia de género contra los ancianos es un acto (único o repetido) u omisión que causa daño o angustia y ocurre en cualquier relación en la que se espera confianza. Esta violencia puede ser abuso físico, sexual, psicológico, el abandono, la negligencia, el abuso financiero y la manifestación de la negligencia propia (10).

- El abuso físico o la violencia física son expresiones que se refieren al uso de la fuerza física para obligar a los ancianos a hacer lo que no quieren, lastimarlos, causarles dolor, discapacidad o la muerte (10).
- El abuso psicológico, la violencia psicológica o el maltrato psicológico corresponden a agresiones verbales o gestuales destinadas a aterrorizar a los ancianos, humillarlos, restringir su libertad o aislarlos de la vida social (10).
- El abuso sexual, violencia sexual son términos que se refieren al acto sexual o juego de carácter homosexual o hetero-relacional, utilizando personas mayores. Estos abusos tienen como objetivo obtener excitación, relaciones sexuales o prácticas eróticas a través del aso, la violencia física o las amenazas (10).

- El abandono es una forma de violencia que se manifiesta en ausencia o deserción de los líderes gubernamentales, institucionales o familiares de brindar ayuda a una persona mayor que necesita protección (10).
- La negligencia se refiere al rechazo u omisión de la atención debida y necesaria a los ancianos por parte de líderes familiares o institucionales. La negligencia es una de las formas más frecuentes de violencia contra las personas mayores en el país. A menudo se manifiesta en asociación con otros abusos que causan lesiones y traumas físicos, emocionales y sociales, particularmente para aquellos en situaciones de dependencia o discapacidad múltiple (10).
- El abuso financiero y económico es la explotación indebida o ilegal de las personas mayores o el uso no autorizado de sus recursos financieros y patrimoniales. Este tipo de violencia ocurre principalmente en el entorno familiar (10).
- La negligencia propia se refiere a la conducta de las personas mayores que amenazan su propia salud o seguridad al negarse a proporcionarles la atención necesaria (10).

Los estudios transculturales e internacionales han demostrado que las personas de todos los niveles socioeconómicos, étnicos y religiosos son vulnerables al maltrato en la vejez. Estos mismos estudios muestran que una persona anciana que es víctima de violencia a menudo sufre simultáneamente varios tipos de abuso, siendo el más común el físico, psicológico, económico y negligente (10).

2.2.3. VIOLENCIA INSTITUCIONALIZADA

Pillemer K y Moore D. (2015), en relación a la violencia institucional a personas de edad, concluyen que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de violencia física, el 10% había cometido al menos un acto de agresión física, el 81% había observado algún incidente de violencia psicológica y el 40% había abusado verbalmente de un residente en los doce meses precedentes (14,15). Rivera señala a los servicios de salud como fuente de maltrato, especialmente en respuestas insatisfechas o poco oportunas para la situación del adulto mayor (20).

La violencia invisible: la falta de visibilidad de la violencia en las instituciones es la causa de su subvaloración. El maltrato se presenta de mujeres que trabajan

en dichas instituciones hacia mujeres residentes y consiste en emplear métodos de coerción, atentar contra la dignidad y autonomía en la toma de decisiones y en brindar una atención deficiente, en muchos casos, causante de complicaciones en el estado de salud del anciano (14). La enfermera norteamericana Kayser-Jones, ha contribuido con diversas investigaciones al estudio de los pacientes mayores institucionalizados. Según la sistematización de dichos estudios hecha por Caballero, J (2000), las principales categorías de violencia a los adultos mayores son (21):

- **Infantilización.-** tratar al paciente como si fuera un niño(a) irresponsable en el que no se puede confiar (21).
- **Despersonalización.-** proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente (21).
- **Deshumanización.-** no solo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidad de su propia vida (21).
- **Victimización.-** ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales (21).

Caballero J. (2000), nos da algunos ejemplos de violencia institucionalizada invisibles, que debiera ser identificado (21):

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

A. Actitudes del personal de salud frente a la violencia en salud

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

también por parte del personal de salud que las responsabiliza del maltrato (22).

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud OPS, hace mención sobre la violencia al adulto mayor en los espacios de salud en el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (2003), indicando que la variedad de actos de violencia y descuido en las instituciones es considerable y puede estar relacionado con cualquiera de los siguientes factores (23):

1. La prestación de la atención: la resistencia del personal de salud a los cambios en la medicina geriátrica, deterioro de la atención individual, alimentación inadecuada, y las deficiencias en la atención de enfermería (23).
2. Los problemas del personal: estrés laboral, agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación y los problemas psicológicos del personal (23).
3. Las dificultades en la interacción entre el personal y los pacientes por ejemplo: falta de comunicación, usuarios agresivos, diferencias culturales (23).
4. Las condiciones externas: como falta de privacidad, deterioro de la infraestructura del establecimiento, dificultades en el acceso al establecimiento (23).
5. Las políticas institucionales: escasas de personal, o rotación frecuente (23).

2.2.4. ADULTO MAYOR

A. Definición

Zavaleta, M. (2012), define la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60 a más años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría (24).

Para la OMS, las personas son consideradas como tercera edad de 60 a 74 años; viejas o ancianas de 75 a 90 años, y denominados grandes viejos longevos a personas de más de 90 años. Todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (3).

Gallegos, R. (2012), el adulto mayor es aquella persona también nombrada correctamente viejo que cuenta con una edad cronológica de 60 años o más, que se encuentra en el ciclo vital de la vejez misma, siendo un periodo de la vida que debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales y familiares

que modifican la percepción de sí mismo y va enfrentando el envejecimiento conforme va avanzando su edad, ya que este es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales (25).

B. Cambios en el adulto mayor

El organismo cambia con la edad a causa de las transformaciones que se producen en las células y en los órganos. Tales cambios dan lugar a modificaciones en las funciones internas y en el aspecto (26).

Martínez, P. (2005), describe tres cambios que el adulto mayor manifiesta (27).

➤ **Cambios biológicos.-** todas las células presentan cambios con el envejecimiento y por extensión también los tejidos y órganos, ya que éstas los forman. Con el paso de los años los órganos cambian de forma gradual y progresiva, con una disminución de su función, es decir, una pérdida de la capacidad para realizar su trabajo, de manera que ante un evento estresante (enfermedad, cambios en el medio ambiente o en el ritmo de vida, etc.) el organismo no puede dar respuesta a un aumento de las necesidades corporales (27).

Aunque muchos de estos cambios son muy característicos del envejecimiento, éstos ocurren a un ritmo y una intensidad diferentes, de manera que no hay forma de predecir con exactitud cómo se va a envejecer. Cada individuo envejece de una forma única y a un ritmo individualizado (27).

➤ **Cambios psicológicos.-** tenemos:

- **Envejecimiento de las capacidades intelectuales.-** existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo (27).
- **Carácter y personalidad.-** la personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el medio ante situaciones desconocidas (27).

➤ **Cambios sociales.**- estos son:

- **Cambios del rol individual.**- los individuos en su última etapa de vida se hacen concientes de que la muerte está cerca. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas (27). La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, afectivas). Las pérdidas efectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad (27).
- **Cambios del rol laboral.**- el gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado su oficio (27).

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas (27).

C. Salud física y mental del adulto mayor

Según la OMS para los adultos mayores la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Dichas actividades tienen como finalidad mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y funcional, así como también de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo (28).

A lo largo del transcurso de la vida los factores sociales, psíquicos y biológicos son los que determinan la salud mental de las personas. Muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (28).

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y viceversa. Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada diez personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad (29).

D. Características sociodemográficas

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

- 1. Edad.-** la edad corresponde al periodo transcurrido del ser humano desde su nacimiento (30).
- 2. Estado civil.-** viene a ser la condición de una persona según el registro civil, la cual puede ser soltera, casada, conviviente o viuda (30).
- 3. Grado de instrucción.-** es el grado más elevado de estudios realizados, que puede ser: primaria, secundaria, superior o sin estudios (analfabeta) (31).
- 4. Ocupación.-** es el conjunto de tareas laborales determinadas por la división de trabajo, estas pueden ser ama de casa, comerciante, entre otras actividades (32).
- 5. Religión.-** es la relación que tiene el hombre con Dios, la cual puede ser católica, nazarena, entre otras religiones (33).

2.2.5. BASE LEGAL

El Decreto Supremo N°008-2016-MIMP que aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021. Menciona que dicho plan tiene un ámbito de protección más amplio al de la ley N°30364 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (11).

La nueva ley N° 30364 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, como un sistema funcional tiene por finalidad coordinar, planificar, organizar y ejecutar acciones articuladas, integradas y complementarias para la acción del Estado en la prevención, atención, protección y reparación de la víctima, la sanción y reeducación del agresor, a efectos de lograr la erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (11).

Dicha ley tiene por objetivo cambiar patrones socioculturales que reproducen relaciones desiguales de poder y diferencias jerárquicas que legitiman y exacerban la violencia de género, que afecta desproporcionadamente a las mujeres en su diversidad. Es por ello que la ley busca garantizar a las personas afectadas por violencia de género, el acceso a servicios integrales, articulados, oportunos y de calidad; que están destinados a la protección, atención y recuperación de las personas afectadas por violencia de género; y la sanción y reeducación de las personas agresoras (11).

La ley N° 30819 que modifica el código penal para ampliar la protección penal para los casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar. En el artículo 121-B Lesiones graves por violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar; menciona que para la persona agresora se le aplicara una pena privativa de libertad no menor de seis años, según corresponda, cuando: la víctima es mujer y es lesionada por su condición como tal en cualquiera de los contextos previstos como: violencia familiar, coacción, abuso de poder o cualquier otra posición, cualquier forma de discriminación contra la mujer, víctima menor de edad o mayor de edad (34).

En el artículo 122. Lesiones leves.- menciona aquellas lesiones en el cuerpo o en la salud física o mental que requiera más de diez y menos de 20 días de asistencia o descanso, según corresponda cuando: la víctima es menor de edad, adulta mayor o tiene discapacidad y el agente se aprovecha de su condición (34).

En el artículo 442.- Maltrato, viene a ser aquel maltrato físico o psicológico, lo humilla, denigra o menosprecia de modo reiterado, sin causarle lesiones, será reprimido con prestación de servicios comunitarios de cincuenta a ochenta jornadas, cuando: la víctima es menor de edad o adulta mayor, tiene una discapacidad o se encuentra en estado de gestación; la víctima es cónyuge, conviviente, madrastra, pariente colateral; cuando la víctima es dependiente o está subordinado en cualquier forma de agente o por su condición, el agente abusa de su profesión, ciencia u oficio o se aprovecha de cualquier posición (34).

2.3 VARIABLES DE ESTUDIO

V.I. Características sociodemográficas de las adultas mayores.

V.D. Violencia hacia la adulta mayor.

Violencia hacia la adulta mayor

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Violencia	Cualitativa	Es un acto (único o repetido) u omisión que causa daño o angustia y ocurre en cualquier relación en la que se espera confianza (10)	Cuestionario de violencia en la atención de salud.	Presencia	Ítems: con 1 o más respuestas afirmativas (SI)	Nominal
				Ausencia	Ítems: 0, con respuestas negativas (NO)	

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Dimensiones de la violencia en la atención de salud hacia la adulta mayor en el centro de salud.	Cualitativa	Son aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, no satisfacción de necesidades de un paciente, cuando se abusa o se recibe un trato injusto (2).	Cuestionario de violencia en la atención de salud.	Infantilización	SI NO	Nominal
				Despersonalización	SI NO	
				Deshumanización	SI NO	
				Victimización	SI NO	

Características sociodemográficas de las adultas mayores

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE Y NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Periodo transcurrido del ser humano desde su nacimiento (32).	Cuestionario	60 – 69 años 70 - 79 años ≥ 80 años	Cuantitativa - Intervalo
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil (32).		Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada	Cualitativa – Nominal
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados (31).		Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta	Cualitativa - Ordinal
Ocupación	Conjunto de tareas laborales determinadas por la división de trabajo (32).		Ama de casa Comerciante Otras	Cualitativa - Nominal
Religión	Es la relación que tiene el hombre con Dios (33).		Católica Nazarena Otras Ninguna	Cualitativa – Nominal

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

El estudio tiene un abordaje cuantitativo, diseño no experimental y es de tipo descriptivo porque nos permite describir, detallar situaciones y caracterizar el objeto de estudio. De corte transversal, porque la información se recogió en un espacio y momento determinado (35).

3.2 Escenario de estudio

El Distrito de Huambos fue creado el 2 de enero de 1857, en el gobierno del presidente Ramón Castilla. Se ubica a 55 km al oeste de la Provincia de Chota y a 219 km al este de Chiclayo.

Siendo sus límites.

- Este :Cochabamba
- Oeste : Llama
- Norte : Querocoto
- Sur : Chancay Baños, y Sexi

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud San Agustín de Categoría I - 3, está ubicado en el Distrito de Huambos, cuenta con 22 profesionales que laboran en dicha institución; se encuentra ubicado en Calle. Julián Montenegro Sainz. Horario de atención: 8.00 am – 20:00 pm.

A la jurisdicción de la Microred de Huambos pertenecen 7 comunidades: Challuaracra, Chabarbamba, Mollebamba, Cusilguan, La Pauca, Yamaluc y Lanhecongga.

3.3 Población de estudio

Según la Dirección Subregional de Salud de Chota la población de adultos mayores que se encuentran dentro de la jurisdicción en la zona urbana del Centro de Salud de Huambos son 359 personas, según el sexo de los usuarios 176 son varones y 183 mujeres (8).

De acuerdo a los objetivos de estudio, se consideró a la población y muestra de estudio a las adultas mayores que acudieron a consultorio externo a buscar atención en el Centro de Salud de Huambos.

Para la selección de los usuarios, se usó un muestreo aleatorio sistemático; para ello se ha dividido la población entre la muestra, obteniéndose un salto aproximado de 5 usuarias, es decir, se entrevistó a una cada cinco adultas mayores que acuden a ser atendidos y la entrevista se realizó a la salida del consultorio donde fue atendida.

Para la presente investigación se contó con una muestra de 74 adultas mayores atendidas en el Centro de Salud de Huambos.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Adultas mayores que buscaron atención en el Centro de Salud de Huambos.
- Adultas mayores que desearon participar de forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado para participar del estudio.
- Adultas mayores que no manifestaron incapacidad para escuchar, ver, hablar o alguna otra discapacidad.

3.5 Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada adulta mayor que buscó atención en el Centro de Salud de Huambos durante el mes de abril del 2021.

3.6 .Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%, sabiendo que la población es femenina, se procedió a sacar el tamaño de la muestra con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

p = 0.5 proporción de adultas mayores que sufren violencia en el Centro de salud.

$q = 0.5$ Proporción de adultas mayores que no sufren violencia en el Centro de salud.

$e =$ Error Estándar, que corresponde el valor de 0.05

Para un nivel de confianza del 95%, según la tabla de la distribución normal, el valor $Z \pm 1.96$.

$N =$ Población de adultas mayores atendidas en el Centro de Salud de Huambos: 183 adultas mayores.

Con los parámetros establecidos la muestra es: $n \geq 124$ adultas mayores

$$\text{Ajustando la muestra } N = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Siendo el resultado de $n \geq 74$ adultas mayores.

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se eligió la entrevista cerrada que según Hernández, R, son aquellas preguntas que contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Es decir, se presentan las posibilidades de respuestas a los participantes, que deben acotarse a éstas (35).

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario elaborado por la investigadora que consta de dos partes, en la primera parte se consideraron preguntas sobre las características sociodemográficas de las adultas mayores como: edad, estado civil, ocupación, religión y grado de estudios (Anexo N° 01)

La segunda parte contiene interrogantes sobre violencia al interior del centro de salud; cuestionamientos sobre la presencia de violencia hacia la adulta mayor; incluye cuatro dimensiones: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización, las cuales se responden de manera afirmativa y negativa de acuerdo a sus respectivos ítems que tiene cada dimensión. Con medición; si el puntaje es 0 no hay violencia y si el puntaje es mayor o igual a 1 hay presencia de violencia.

Este instrumento ha sido construido, teniendo en cuenta el referencial teórico y las sugerencias de la reconocida enfermera Maestra Martha Rodríguez Tejada docente, con amplia experiencia en investigación con adultos mayores y Salud Pública.

3.8 .Validez y confiabilidad

Para conocer la validez y confiabilidad del cuestionario, se aplicó una prueba piloto que fue realizada en dos etapas por criterio de jueces y a través de la aplicación del instrumento a un grupo de personas diferente a la población en estudio, en este caso fueron adultas mayores que vivían en zonas cercanas al Centro de Salud Patrona de Chota, se cuidó que presentaran las mismas características del grupo en estudio.

El instrumento fue revisado y evaluado por la Maestra en Ciencias Martha Rodríguez Tejada quien emitió una constancia de evaluación de expertos favorable al instrumento presentado. (Anexo N° 02)

Se aplicó la prueba piloto a 10 adultas mayores que tienen las mismas características de la población de estudio. Con los resultados obtenidos, la información fue procesada por un profesional estadístico, obteniendo la confiabilidad mediante la prueba estadística de Alfa de Crombach, un resultado de 0.30. Posteriormente se evaluó nuevamente el instrumento de recolección de datos llegando a corregirse y reformularse las preguntas.

Se aplicó nuevamente la prueba piloto a 15 adultas mayores con las mismas características de la población de estudio, obteniéndose la confiabilidad mediante la prueba estadística del Alfa de Crombach un resultado de 0.70 lo que significa una confiabilidad buena (Anexo N°03)

3.9 Procesamiento y análisis de datos

Para la recolección de datos se realizó el trámite correspondiente solicitando la autorización correspondiente a la Jefa del Centro de Salud de Huambos, para ingresar a las instalaciones, identificar a las adultas mayores y pedir su participación voluntaria en el estudio.

Una vez identificadas a las participantes al momento de salir de algún consultorio, se explicó el motivo de la aplicación de la encuesta, los objetivos del estudio, posteriormente se pidió que firmen de manera voluntaria el consentimiento informado (Anexo N° 04) y se prosiguió a la aplicación del cuestionario. La encuesta se realizó en los ambientes del Centro de Salud de Huambos y algunas visitas se realizaron en sus domicilios previa coordinación de la hora.

De acuerdo a la coyuntura actual de covid-19, para el desarrollo de la entrevista se tuvo en cuenta todas las medidas de bioseguridad para prevenir la propagación de la enfermedad, proteger a las participantes y protegerme.

1. Se descartó la enfermedad de covid-19 a través de una prueba rápida.
2. Se utilizó en todo momento doble mascarilla y protector facial.
3. Se guardó estrictamente el distanciamiento social a dos metros con la adulta mayores considerando que son personas vulnerables.
4. Se desinfecto las manos con alcohol gel a cada una de las participantes y todo el material de escritorio que fue utilizado.

Después de haber aplicado los instrumentos de recopilación de datos, se codificaron y se ingresaron a la base de datos del programa Microsoft Excel 2016; siendo luego procesados en el programa estadístico SPSS Versión 25. Los datos obtenidos se presentaron en tablas estadísticas, para su respectivo análisis, interpretación y discusión.

El análisis de datos se realizó en base a los resultados obtenidos del procesamiento de datos que permitieron el análisis de los resultados a través de la confrontación con los antecedentes y teorías relacionadas con el tema.

3.10 Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos que aseguran la confiabilidad y objetividades del trabajo de investigación (36):

❖ Principio de autonomía

Este principio protege la libertad del individuo para determinar sus propias acciones. En la investigación este principio se aplicó a la hora de contestar el cuestionario ya que la participante fue independiente en sus respuestas y no fueron influenciadas por parte de otras personas (36).

Previamente, a la participante se le informó acerca de los beneficios de su participación y se les dio a conocer que tienen la libertad de retirarse en cualquier momento.

❖ **Principio de no maleficencia**

Principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad (36).

Este principio se aplicó durante el desarrollo de toda la actividad en donde las participantes no sufrieron perjuicios físicos o económicos, pérdida de prestigio o autoestima como resultado de tomar parte en el estudio.

❖ **Principio de confidencialidad**

Principio que establece el secreto profesional. Este principio se aplicó durante todo el desarrollo de la actividad, la información que se obtuvo se utilizó solamente para fines de la investigación, la información no fue revelada a personas ajenas a la investigación; el consentimiento voluntario para participar en el estudio fue de libre elección y sin coacción alguna (36).

❖ **Principio de respeto**

Es la protección de los individuos con deficiencias o disminución de su autonomía para ser protegidas contra cualquier daño o abuso de otras personas. Este principio se aplicó durante todo el proceso de estudio, respetando la integridad física y emocional de las participantes, respetando sus derechos y su privacidad de cada participante (36).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Presencia de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos - Chota, 2020

Violencia en la atención de salud	n	%
Ausencia	7	9,5
Presencia	67	90,5
Total	74	100,0

En la tabla 1, se observa que 90,5% de las adultas mayores entrevistadas identificaron violencia en la atención de salud en el establecimiento de salud y el 9,5% refiere no haber sufrido violencia.

Los resultados tienen similitud con la investigación Ayala, J. donde encontró que la fuente del maltrato referida por los adultos mayores prevalece en sus cuidadores del Centro de Cuidado (17). Rivera, V., señala a los servicios de salud como fuente de maltrato o violencia (20). Existen pocos estudios relacionados con la violencia en salud, los datos obtenidos en la investigación demuestran que existe agresión hacia las adultas mayores en la atención de salud, la violencia puede ser percibida por el profesional de salud que atiende; y no corregir su actitud porque la usuaria no denuncia o informa de tal modo, que ésta continúa e incluso puede ser más grave.

La violencia contra la mujer es un problema muy antiguo que se inicia desde la infancia; y posiblemente las participantes del estudio provienen de un hogar donde reina el machismo, donde la mujer solo puede dedicarse a las labores de la casa, sin oponerse, asumiendo una actitud de obediencia frente al padre, hermanos, esposo, los hijos y nietos y luego frente al personal de salud, porque esa actitud fue aprendida desde la niñez.

Minayo, M., asegura que la violencia de género contra los ancianos es un acto (único o repetido) u omisión que causa daño o angustia y ocurre en cualquier relación en la que se espera confianza. Esta violencia puede ser abuso físico, sexual, psicológico, el abandono, la negligencia, el abuso financiero y la manifestación de la negligencia propia (10). Los resultados del estudio dejan entrever las relaciones de poder que pueden existir entre el personal de salud y las adultas mayores, el alto porcentaje de violencia percibida por las mujeres es alarmante, si se considera que son estas personas quienes buscan atención de salud con más frecuencia y presentan enfermedades no trasmisibles en mayor número (HTA, diabetes mellitus, enfermedades osteoarticulares, etc.)

En el Centro de Salud Huambos, quien atiende a las adultas mayores cuando se acercan al establecimiento es la enfermera y el médico de consulta externa y otros trabajadores como el encargado de farmacia o de laboratorio, posiblemente la adulta mayor se sienta violentada por algún trabajador durante el tiempo que permanece al interior del centro de salud.

Como futuro personal de salud se debe reconocer el gran respeto que las adultas mayores de la zona rural sienten por el personal de salud en especial por el médico; este trabajador al igual que otros integrantes del equipo de salud pueden ejercer algún tipo de violencia que es percibida por la usuaria, el personal de salud proveedor de salud tal vez asume una postura de poder frente a la usuaria que puede ser analfabeta, anciana o estar sola, y enferma, necesitar medicinas y no contar con medios económicos.

Ferreira, G., quien adaptó el modelo ecológico de Caballero, J., asegura que la violencia se relaciona con el exosistema, donde las instituciones utilizan el modelo de poder vertical y autoritario para resolver conflictos, pero entran en la legitimación institucional de la violencia (19). Al respecto la gran mayoría de las instituciones utilizan este tipo de poder donde es el jefe quien tiene el poder para la solución de conflictos y este muchas de las veces no toman en cuenta la opinión de la víctima, sino solo de sus subordinados; situaciones similares ocurren en el Centro de Salud de Huambos, por ello las adultas mayores prefieren guardar silencio y no mencionar que han sido víctimas de violencia porque temen no ser escuchadas.

El Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables durante el año 2017 atendieron 5 594 casos de violencia contra la adulta mayor y entre los meses de enero y marzo del 2018 se han reportado 3 157 casos (12). El Centro de Emergencia Mujer en el año 2019, reporto 56 271 casos de violencia contra la mujer, en donde el 6% (3 431 casos) corresponden a personas adultas mayores de 60 años a más (13). Las cifras de casos de violencia en las adultas mayores son alarmantes, sin contar la falta de visibilidad de la violencia en las instituciones, en donde se atenta contra la dignidad de las adultas mayores, no tienen autonomía en la toma de decisiones y reciben una atención deficiente, en muchos casos, son factores que causan complicaciones en el estado de salud del anciano.

Cuando se brinda una atención de salud a las adultas mayores, luego de ser evaluadas por el medico muchas de las veces sienten temor por el diagnostico que les darán, la ansiedad puede incrementarse cuando el personal de salud les atiende de manera descortés y con frialdad; las adultas mayores perciben este actuar y callan aceptando el maltrato atribuyéndolo a la sobrecarga laboral.

A través de los años el número de trabajadores de salud ha ido aumentando en los lugares más lejanos; en el Centro de Salud de Huambos tienen alta demanda de usuarios externos que muchas veces pueden saturar los consultorios, promoviendo el estrés y la ansiedad del personal que en ocasiones sin percatarse pueden agredir a los usuarios en especial a aquellos que no reclaman por la agresión recibida en este caso las adultas mayores; el personal de salud puede asumir que usando diminutivos para llamar a las pacientes, informar al acompañante sobre el tratamiento ignorando la decisión de la enferma es un trato correcto, sin imaginar que la paciente puede sentirse agredida de cierta forma. Se puede decir entonces que en muchas ocasiones la violencia a la adulta mayor puede ser víctima de un acto involuntario; es necesaria una capacitación y sensibilización permanente del personal abocada no solo en el aspecto biomédico sino al aspecto subjetivo de las usuarias adultas mayores.

Tabla 2: Características sociodemográficas de las adultas mayores víctimas de violencia en el Centro de Salud de Salud de Huambos – Chota, 2020

Características sociodemográficas	n	%
Edad		
60 a 69 años	31	46,2
70 a 79 años	16	23,9
De 80 a más años	20	29,8
Estado civil		
Soltera	15	22,3
Casada	23	34,3
Conviviente	4	6,0
Viuda	23	34,3
Divorciada	2	3,0
Grado de instrucción		
Analfabeta	30	44,8
Primaria incompleta	24	35,8
Primaria completa	8	11,9
Secundaria incompleta	4	6,0
Secundaria completa	1	1,5
Superior incompleta	0	0,0
Superior completa	0	0,0
Ocupación		
Ama de casa	61	91,0
Comerciante	5	7,5
Otras	1	1,5
Religión		
Católica	62	92,5
Nazarena	0	0,0
Otras	4	5,9
Ninguna	1	1,5
Total	67	100,0

En la tabla 2, el dato más representativo en cuanto a la edad el 46,2 % de las adultas mayores tiene entre 60 a 69 años; El 34,3% son casadas y 34,3% viudas. En el grado de instrucción 44,8% son analfabetas. De otro lado 91,0% son amas de casa, finalmente 92,5% de las participantes del estudio tienen religión católica.

Zavaleta, M. define la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60 a más años (24). Según el INEI, en el Perú existe 4 millones 140 000 personas de 60 a más años, de los cuales el 52,4% son mujeres (37). En la provincia de Chota en el año 2020 la población de adultos mayores entre de 60 a 64 años era de 5 766 personas; de 65 a 69 años, 4 375; de 70 a 74 años, 3 472; de 75 a 79, 2 346; de 80 años a más existían 2 246 ancianos. En el distrito de Huambos la población adultamayor entre 60 a 64 años vivían 368 personas; de 65 a 69 años, 330; de 70 a 74 años, 248; de 75 a 79 años, 176; y de 80 años a más 164 adultos mayores (8).

Los datos poblacionales muestran que mientras más avanza la edad de los adultos mayores, la población adulta mayor disminuye, se debe indicar que la población femenina vive más años, alcanzando los 82 años frente a 77 años en los hombres, pero aunque su expectativa de vida sea mayor también aumenta la vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas.

Cabe mencionar que la edad es factor de riesgo para la presencia de violencia ya sea en el hogar de la adulta mayor o en otro ambiente (calle, mercado, movilidad pública, establecimientos de salud, etc.), con los cambios biológicos normales que se producen en el envejecimiento y el impacto negativo de alguna enfermedad, eventos sociales y familiares como la muerte del esposo, depender económicamente de los hijos, son acontecimientos negativos en la vida de la anciana.

La enfermedad y/dolencia aumenta la necesidad de la mujer a buscar atención de salud más frecuentemente, es usual encontrar adultas mayores con más de un dolor (cefalea, disuria, artralgias, etc.) cuando se acercan al Centro de Salud Huambos, al respecto Martínez-Argüello P., señala que en el envejecimiento existen cambios biológicos, con el paso de los años los órganos cambian de forma gradual y progresiva, con una disminución de su función, es decir, una pérdida de la capacidad para realizar su trabajo, de manera que ante un evento estresante (enfermedad, cambios en el medio ambiente o en el ritmo de vida, etc.) el organismo no puede dar respuesta a un aumento de las necesidades corporales (27).

En relación al estado civil, vienen a ser la condición de una persona según el registro civil, pudiendo ser soltera, casada, conviviente o viuda (30). Los resultados

encontrados son similares a los de Aguilar, V, quien es su investigación encontró que el 60,6% de los adultos mayores tienen pareja y el 39,4% sin pareja (38).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2020, el estado civil conyugal de los adultos mayores son el 63,6% son casados o convivientes, 19,3% viudas y 17,1% otro estado civil (39). Al respecto se debe mencionar que en el distrito de Huambos las costumbres y creencias son muy claras y radicales, siendo así, que las mujeres tienen que casarse antes de convivir, y a la soltería se le considera como un estigma. El estado civil es considerado como un factor de riesgo para que exista violencia, muchas veces la violencia se presenta en la familia ya que existe el predominio de una estructura familiar autoritaria, donde es el cónyuge quien ejerce el mando y ejerce violencia, por tanto existe el efecto de normalización de la violencia, por eso muchas mujeres no son conscientes de la agresión que sufren y los hombres violentos no comprenden cuando se señala sus conductas como punibles y ocasionan daño. Es por ello que, las adultas mayores violentadas en casa acuden al Centro de Salud para recibir atención en salud, no pueden diferenciar si la forma en que reciben la atención es la correcta o si están siendo violentadas.

Respecto al grado de instrucción, la mayor parte de las adultas son analfabetas; en este sentido el INEI en los años 2020-2021, informa que el 12,8% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo del cual el 20,2 son mujeres; el 39,5% alcanzó estudiar la primaria; el 23,2% secundaria; el 7,9% superior no universitaria y el 9,3% superior universitaria, el analfabetismo está más presente en la población adulta mayor, siendo más elevada en las mujeres (39). Cabe mencionar que en el departamento de Cajamarca el analfabetismo de las mujeres está relacionado con la cultura, costumbres y tradiciones que favorecían la educación de los varones y la mujer solo debía dedicarse a las labores del hogar. Las mujeres sin educación no conocen sus derechos, no cuentan con un Seguro Integral de Salud y tienen miedo de denunciar cuando son violentadas porque piensan que por su condición de analfabetas no serán escuchadas ni recibirán ayuda.

En cuando a la ocupación la mayoría de las adultas mayores son amas de casa. Aguilar, V., encontró que el 32,2% son amas de casa; 30% sin ocupación; 19,4% jubilados; 7,2% comerciantes; siendo los resultados similares a los encontrados en la presente

investigación (38). Según la INEI el 40,2% de las adultas mayores están incluidas en la población económicamente activa; 36,2% se dedican al comercio; 39,6% otros servicios como: ama de casas, alquiler, enseñanza, entre otros (39). En el presente estudio, la principal ocupación de las participantes son las labores del hogar, debido a su misma condición de ser mujer, madre, esposa y abuela es que se dedican al cuidado de los hijos y nietos, situación en la que vivieron la mayor parte de su vida, donde los hombres de la familia brindaban la protección económica y social; esto las orilló a asumir un papel mayormente pasivo. Además las amas de casa que no cuentan con un ingreso económico propio, deben acudir al Establecimiento de Salud cuando se encuentran enfermas esperando el beneficio del Seguro Integral de Salud, tanto en consulta médica, medicinas, análisis de laboratorio; que ellas asumen como un favor, no denunciando la posible agresión que pueden sufrir por parte del Personal de Salud por miedo a que no les brinden estos beneficios.

En cuanto a la religión, en la presente investigación el 92,5% de las adultas mayores encuestadas tienen como religión católica, cabe indicar que es la religión católica la que predomina en el distrito de Huambos, porque fue fundada por el padre español Juan Ramírez con el nombre de San Juan Bautista de Huambos.

Tabla 3: Dimensión de Infantilización de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020

Infantilización	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿El personal de salud le preguntó sobre su enfermedad descortésmente o al familiar que le acompaña?	64	86,5	10	13,5	74	100,0
¿El personal de salud cuando le habló le hizo sentir como si fuera una niña?	28	37,8	46	62,2	74	100,0
¿El personal de salud le hizo sentir incapaz de seguir una indicación médica?	46	62,2	28	37,8	74	100,0
¿El personal de salud le hizo pasar vergüenza por las cosas que usted dice o hizo?	58	78,4	16	21,6	74	100,0

En la dimensión de infantilización, los valores más resaltantes son: 62,2% de las adultas mayores refieren durante la atención de salud que el personal les habló como a niñas. El 37,8% señala que les hicieron sentir incapaces de seguir una indicación médica. El 21,6% que pasaron vergüenza por lo que dijeron o hicieron y 13,5% que les preguntaron sobre su enfermedad de forma descortés.

Los resultados son similares a los de Ayala, J., donde 83,33% de los adultos mayores manifestaron haber recibido palabra humillantes, el 33,33% una inadecuada atención y decisiones sobre la propia salud y el 100% gritos (17). Asimismo, Caballero, J., en su investigación hace mención que una de las categorías de violencia institucionalizada a los adultos mayores es la Infantilización, tratar al paciente como si fuera un niño (a) irresponsable en el que no se puede confiar (21).

Las adultas mayores participantes refieren que el personal de salud durante la consulta las hizo sentir como si fueran unas niñas, al no llamarles por su nombre, sino usando diminutivos como viejita, madrecita, abuelita; estos sobrenombres provocan incomodidad y molestia en las usuarias, en este sentido Burgos, M. Paravic, T., menciona que tratar de hija, abuela a quienes no lo son nuestros, el entrar a una sala sin saludar, retirarse sin despedirse, son situaciones que generan males e incomodidad en los adultos mayores (2).

Se debe considerar que muchas veces el personal de salud llama así a las adultas mayores por cariño o para mostrar afecto, pero ellas tienen derecho a ser llamadas por su nombre, de otro lado, la gran mayoría de las encuestadas manifestaron que les han hecho sentirse incapaces de seguir una indicación médica, cuando el personal las toma por olvidadizas, o con poco entendimiento al ser analfabetas. Al llegar a la edad adulta, hay envejecimiento de las capacidades intelectuales, existiendo la pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativa se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo (26).

También sintieron vergüenza por lo que dijeron o hicieron no teniéndoles paciencia para escuchar sus dudas, preocupaciones o miedos, asumiendo que debían entender todas las indicaciones de forma inmediata sin darles oportunidad a preguntar nuevamente. Les preguntaron sobre su enfermedad descortésmente a ellas o a sus familiares; por ser consideradas como personas mayores para ellas el respeto, amabilidad, paciencia y la cortesía son fundamentales al momento de ser tratadas porque así fueron educadas y así les gustaría ser tratadas.

El personal de salud es fruto de la tradición cultural, no necesariamente juzga de manera negativa las actitudes que dan soporte al abuso contra la mujer. La actitud que se tiene hacia la violencia de género puede ser potencialmente nocivas, algunas mujeres señalan haber sido doblemente victimizadas: por parte del abusador, y también por parte del personal de salud que las responsabiliza del maltrato (22).

La violencia en la salud es invisible porque el personal de salud no percibe su actuar como agresión, se asume que la violencia puede ser física, sexual y psicológica, y se desconoce sobre las agresiones en los establecimientos de salud; de otro lado, las adultas mayores que toda su vida fueron victimizadas aceptan la violencia como algo normal, no buscando ayuda por miedo a que esta empeore.

Tabla 4: Dimensión de Despersonalización de violencia en la atención de salud que

se brinda a las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020

Despersonalización	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿El personal de salud la jaló bruscamente sin tener en cuenta su edad?	68	91,9	6	8,1	74	100,0
¿El personal de salud realizó comentarios hirientes sobre su salud?	62	83,8	12	16,2	74	100,0
¿El personal de salud se burló de su enfermedad o dolencia?	68	91,9	6	8,1	74	100,0

En la dimensión de despersonalización; el 16,2% de las adultas mayores participantes, mencionaron que el personal de salud hizo comentarios hirientes sobre su salud; mientras que el 8,1% de refirieron que el personal de salud que las atendió, las jalaron bruscamente sin tener en cuenta su edad y se burlaron de su enfermedad o dolencia.

Los resultados guardan similitud con el estudio de Burgos, M. Paravic, T., en su investigación menciona que el paciente ha pasado a un lamentable según plano, donde la actitud humanizante que debe de caracterizar la relación entre prestadores y usuarios se ha ido deteriorando, tornándose esta fría e impersonal, pasando a una atención despersonalizada y falta de privacidad (2). Ayala J., en su investigación encontró que el 83,33% de los adultos mayores fueron empujados (17).

Caballero, J., en su investigación hace mención que una de las categorías de violencia institucionalizada a los adultos mayores es la despersonalización, proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente (21).

Las adultas mayores refieren comentarios hirientes sobre su salud, les hizo sentir vulnerables, esta situación es similar a la violencia psicológica pudiendo llegar a generar un gran daño a la salud emocional de las participantes; asimismo mencionaron que las jalaron sin tener en cuenta su edad y se burlaron de su enfermedad, similar a la violencia física, cuando se jala bruscamente al paciente, utilizando la fuerza física para obligarlos hacer lo que no quieren, causarles dolor sin tener en cuenta su edad y con la violencia psicológica, correspondiente a agresiones verbales o gestuales destinados a

humillar a los ancianos o aislarlos de la vida social, en este sentido Lujan, M., menciona que las adultas mayores son más vulnerables a sufrir abusos y malos tratos tanto físicos como psicológicos. Si los actos de violencia permanecen impunes, su invisibilidad no contribuye a la comprensión de las violaciones de los derechos humanos y los modos de corregirlos. Si no se responsabiliza a los agresores, la impunidad intensifica la subordinación de quienes sufren violencia, enviando un mensaje erróneo a la sociedad, de que la violencia es inevitable y aceptable y esto significa su normalización (40).

El abuso físico o la violencia física son expresiones que se refieren al uso de la fuerza física para obligar a los ancianos a hacer lo que no quieren, lastimarlos, causarles dolor, discapacidad o la muerte (10).

Muchas de las veces el Personal de Salud, enfrenta problemas como: estrés laboral, agotamiento, trabajar en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación y los problemas psicológicos del personal (23).

El personal del centro de salud de Huambos puede mostrar indiferencia al no estar atento a las distintas manifestaciones de los pacientes, brindar una atención deteriorada con falta de empatía y cordialidad, dando paso a conductas o situaciones inadecuadas como: jalarles bruscamente, realizar comentarios hirientes que son consideradas como violentas por los pacientes. En ocasiones pueden no ser conscientes del trato que brindan por lo cual suele ser necesario una evaluación o auditoria de su interrelación con la paciente.

Tabla 5: Dimensión de Deshumanización de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020

Deshumanización	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿El personal de salud la desvistió bruscamente durante la atención de salud?	62	83,8	12	16,2	74	100,0
¿El personal de salud comentó sobre su problema de salud en voz alta, con otros pacientes o personal de salud?	53	71,6	21	28,4	74	100,0
¿El personal de salud le tocó sus partes íntimas sin su consentimiento?	74	100,0	0	0,0	74	100,0

En la tabla 5, en relación a la dimensión de deshumanización; 28,4% de las adultas mayores que fueron atendidas en el Centro de Salud de Huambos refieren que el personal de salud comentó sobre su problema de salud en voz alta, con otros pacientes o personal de salud. El 16,2% informa que el personal de salud que las atendió, las desvistió bruscamente durante la atención de salud.

Los resultados encontrados en la investigación son similares a los de Ayala, J., quien encontró que 61,11% de los adultos mayores sufrieron desatención por sus cuidadores (17). Caballero, J., hace mención que una categoría de violencia institucionalizada a los adultos mayores es la deshumanización, no solo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidad de su propia vida (21).

Las adultas mayores entrevistadas informan sobre brusquedad del personal durante el examen físico; los eventos descritos por las participantes pueden relacionarse con la sobrecarga laboral del profesional de salud que atiende, la atención en salud suele realizarse de manera rápida, llegando a desvestir a la adulta mayor de manera brusca, quizás por la premura del tiempo el trabajador no se percata del hecho. La intimidad y reserva son importantes para las usuarias, y cuando su problema de salud es de conocimiento de personas extrañas crea molestia y vergüenza.

Muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o

físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo (28).

El Decreto Supremo N°008-2016-MIMP que aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021. Menciona que dicho plan tiene un ámbito de protección más amplio al de la ley N°30364 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar (11); cuando las adultas mayores desconocen las leyes que las protegen de la violencia y no piden ayuda; dicho decreto supremo promueve el cambio de los patrones socioculturales que producen una desigualdad de poder entre el personal de salud y las usuarias en la atención de salud se produce de la misma manera al no brindar una atención humana, sino privarles de la autonomía para asumir el control de su vida.

La actitud de deshumanización del personal del Centro de Salud de Huambos puede ser el resultado de la escasa formación recibida en cuanto a la calidez y cuidado humano que deben brindar a los pacientes en especial los más vulnerables como las adultas mayores. Pueden mostrar actitudes de frialdad con la adulta mayor angustiada, ignorando sus dolencias, preocupaciones o miedos atribuyendo estos malestares como una forma de llamar la atención.

Tabla 6: Dimensión de Victimización de violencia en la atención de salud que se brinda a las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020.

Victimización	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
¿El personal de salud le negó algún medicamento porque no confía en usted?	51	68,9	23	31,1	74	100,0
¿El personal de salud se burló de usted por su aspecto físico?	72	97,3	2	2,7	74	100,0
¿El personal de salud se burló de usted por su vestimenta?	71	95,9	3	4,1	74	100,0
¿El personal de salud la jaló o empujó para conducirla a otro lugar?	67	90,5	7	9,5	74	100,0
¿El personal de salud no le hizo caso cuando usted hablaba?	46	62,2	28	37,8	74	100,0

Respecto a la dimensión de victimización; el 37,8% de las adultas mayores mencionan que, el personal de salud no les prestó atención cuando hablaban. El 31,1% que les negaron algún medicamento por que no confían en ellas. Y 2,7% refieren que, el personal de salud se burló de su aspecto físico.

Los resultados son similares a los de Ayala, J., quien encontró que 61,11% de los adultos mayores habían sido ignorados repetidamente (17). Caballero, J., hace mención en una categoría de violencia institucionalizada a los ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales (21).

Son similares los resultados que se encontraron en el estudio ya que la inadecuada atención da a entender que las adultas mayores no son atendidas en base a sus necesidades y/o dolencias y que muchas veces debido a su avanzada edad es que el personal de salud no confía que las adultas mayores sean responsables para seguir una indicación médica, dando dicha indicación al familiar que los acompaña. La ancianidad es una etapa caracterizada por diversos cambios que afronta el adulto mayor, cambios del rol individual y laboral, llegan a ser dependientes de sus familiares debido a las pérdidas intelectuales que presentan.

La forma de su vestimenta y de su aspecto físico de las adultas mayores no debe de ser

un indicador para rechazarles una atención de calidad, sino ayudarles. Lujan, M., refiere que se deben defender los derechos de las personas, respetar sus costumbres y creencias; dada la vulnerabilidad de las personas mayores, condición que se genera a causa de los malos tratos a los que están expuestas (40).

Las adultas mayores manifestaron que, se sentían ignoradas cuando el personal de salud que les atendía no les hacían caso cuando hablaban sobre su enfermedad y/o dolencia, distrayéndose con su celular o no dándoles prioridad en la atención, asimismo guarda relación con la violencia por negligencia, que es el rechazo u omisión de la atención necesaria para las adultas mayores. Según Burgos, M., las personas deben cumplir con numerosas tareas en las distintas etapas de la vida; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad. La enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud (2).

Por su parte la Organización Panamericana de Salud, indica que uno de los factores que se relaciona con la violencia en la salud, son las dificultades en la interacción entre el personal de salud y los pacientes por ejemplo: falta de comunicación, usuarios agresivos, diferentes culturales (23).

En la vejez las capacidades intelectuales van disminuyendo conllevando a las adultas mayores a una memoria de corto plazo; el personal de salud asume con desconfianza el cumplimiento de las indicaciones médicas entregando las medicinas algún familiar. Sin tener en cuenta los sentimientos de la paciente, ya que indirectamente se ejerce violencia, haciéndolas sentir inferior.

Son evidentes las actitudes negativas del personal del Centro de Salud de Huambos; que desconfianza de la capacidad de entendimiento de la adulta mayor al no brindarles algún medicamento por miedo a que esta lo pierda, se olvide de la indicación médica o consuma en sobre dosis; mostrando desprecio por su forma de vestir o aspecto físico, no tolerando alguna falta o equivocación de la adulta mayor, sino juzgándolas de manera negativa debido a que el personal de salud no siente empatía por ellos y no observa más allá de lo que se ve.

Tabla 7: Atención de salud según características sociodemográficas de las adultas mayores en el Centro de Salud de Huambos – Chota, 2020

Características sociodemográficas	Violencia				Total	
	Ausencia		Presencia		n	%
	n	%	n	%		
Edad						
60 a 69 años	7	18,4	31	81,6	38	100,0
70 a 79 años	0	0,0	16	100,0	16	100,0
De 80 a más años	0	0,0	20	100,0	20	100,0
Estado civil						
Soltera	2	11,8	15	88,2	17	100,0
Casada	3	11,5	23	88,5	26	100,0
Conviviente	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Viuda	1	4,2	23	95,8	24	100,0
Divorciada	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Grado de instrucción						
Analfabeta	0	0,0	30	100,0	30	100,0
Primaria incompleta	3	11,1	24	88,9	27	100,0
Primaria completa	1	11,1	8	88,9	9	100,0
Secundaria incompleta	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Secundaria completa	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Superior incompleta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Superior completa	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Ocupación						
Ama de casa	3	4,7	61	95,3	64	100,0
Comerciante	2	28,6	5	71,4	7	100,0
Otras	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Religión						
Católica	7	10,1	62	89,9	69	100,0
Nazarena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otras	0	0,0	4	100,0	4	100,0
Ninguna	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Total	7	9,5	67	90,5	74	100,0

La característica sociodemográfica de la edad asociado con la presencia o ausencia de violencia, indica que hay presencia de violencia en salud; siendo el 81,6 % de la edad de 60 a 69 años y el 100% de las edades de 70 a 79 años y de 80 años a más. En el estado civil el 95,8% de las adultas mayores son viudas. 88,5% casadas, 88,2% solteras y el 80,0% convivientes.

En cuanto al grado de instrucción, la violencia en salud se manifiesta al 100,0% en las adultas mayores que son analfabetas, 88,9% con primaria, el 80,0% con secundaria incompleta. La ocupación guarda similitud con la presencia o ausencia de violencia en salud, donde el

95,3% de las adultas mayores son amas de casa, el 71,4% son comerciantes y el 33,3% tienen otras ocupaciones. Mientras en la religión el 89,9% de las adultas mayores son católicas.

Así mismo en el estudio de Velez, Y., encontró que la edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación se relacionan con el maltrato al adulto mayor; siendo que el 90,67% de adultos mayores de 80 años a más presentan maltrato físico de nivel bajo, 75,46% son de sexo femenino; 89,58% con primaria completa; 86,00% dedicados a labores de autosostenimiento (41). Se ha demostrado que las adultas mayores de todos los niveles socioeconómicos, étnicos y religiosos son vulnerables a la violencia en la vejez, ya que es en este ciclo de la vida en donde se ven más vulnerables para afrontar una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y sociales (10).

Gallegos, R., menciona que el adulto mayor cuenta con una edad cronológica de 60 años o más, que se encuentra en el ciclo vital de la vejez misma que es un periodo de la vida que debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales y familiares que modifican la percepción de sí mismo y va enfrentando el envejecimiento conforme va avanzando su edad (25). Es decir; a mayor edad, mayor presencia de violencia en la atención de salud, por ser anciana la mujer es más dependiente y tiende a presentar más problemas de salud, cuando están enfermas y acuden a un Centro de Salud cambian su entorno y se enfrentan a uno desconocido sintiéndose vulnerables, con miedo, vergüenza que van aumentando a la medida que son atendidas de forma descortés y deshumanizada a los que se ven sometidas durante su atención.

A menor grado de instrucción mayor porcentaje de violencia, siendo abandonadas por sus hijos, discriminadas por no tener educación; llegan a creer que por ser mujeres no pueden reclamar sus derechos; ocultando que están siendo víctimas de violencia en salud tratan de mantener oculta una realidad que les avergüenza. Muchas veces cuando son víctimas de violencia en su hogar y piden ayuda al personal de salud, estos tienden a juzgar de manera negativa las actitudes que dan soporte a la violencia; es aquí en donde la adulta mayor en vez de recibir ayuda se siente doblemente victimizada, por parte del abusador y también por parte del personal de salud.

Lujan, M., menciona que es precisamente el tipo de educación no formal, familiar y social la que sienta las bases para la desvalorización y la violencia; moldea la personalidad cuando

se les inculca a las mujeres la sumisión, se omite enseñarles, por ello no conocen sus derechos y no defienden su dignidad como persona (40).

Las adultas mayores en condición de viudez, son más vulnerables a la violencia en salud por estar desamparadas; teniendo en cuenta los cambios por cuales tienen que pasar como es el rol individual, siendo conscientes que están en su última etapa de vida y que la muerte está cerca, enfrentándose también a muchas pérdidas, muerte de su cónyuge, amigos, familiares, hijos lejos de su hogar (27), pasan por una gran tensión emocional con sentimientos de soledad, sin tener a quien acudir y pedir ayuda cuando pasen por momentos difíciles o cuando se sienta agraviadas.

La mayoría de adultas mayores que realizan labores en el hogar padecen de violencia en salud, dando a entender que la labor que realizan en el hogar donde habitan no es valorada, teniendo en cuenta que muchas de las adultas mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolores crónicos y fragilidad, todo esto hace que las adultas mayores sientan que su trabajo ya no tiene valor y dejan que les den malos tratos. Si a esto súmanos que existe escasez de apoyo institucional para las víctimas de violencia y que al buscar apoyo en dichas instituciones estas se encuentran impregnadas de mitos y estereotipos culturales y no tienen una idónea formación en el tema de violencia, no podrán ayudarlas y la violencia continuara (19).

La religión que profesan las adultas mayores también se hace presente, la mayoría es de religión católica, en donde se les enseña que la mujer debe de estar sujeta a su marido y obedecerles en todo, cargando su cruz para librarse de sus pecados. Sin embargo, esta enseñanza si no es bien explicada puede ser malentendida dado que pueden llegar a pensar que deben de soportar malos tratos por parte de sus familiares o personas que los rodean como un castigo de Dios por haber pecado; aceptando todo sin buscar ayuda con la excusa que tienen que expiar sus pecados para ser perdonadas. Bronfenbrenner, U., menciona que el sistema de creencias da origen a los conceptos de los diferentes roles familiares, derechos y responsabilidades de cada miembro de la familia. De esta manera una persona socializada con esta creencia justificará el uso de la fuerza para castigar “transgresión” a quien no ha respetado las reglas (18).

CONCLUSIONES

1. La gran mayoría de las adultas mayores del C.S. Huambos, han sido víctimas de violencia en el establecimiento de salud, cuando: recibieron una atención inadecuada o sus necesidades no fueron satisfechas, recibieron un trato injusto, las trataron como si fueran unas niñas, comentaron su problema de salud con otros pacientes; demostrando así que las adultas mayores han sido víctimas de violencia en la atención de salud.
2. Respecto a las características sociodemográficas de las adultas mayores víctimas de violencia predomina, las edades de 60 a 69 años, se destaca que las adultas mayores están casadas, la mayoría no tiene instrucción, son amas de casa y profesan la religión católica.
3. La violencia en salud se presentó en todas las dimensiones: Infantilización (cuando el personal de salud hace sentir a la adulta mayor como incapaz de informar, entender y ejecutar las indicaciones médicas). Despersonalización (asumir a la adulta mayor como carente de autonomía y capacidad de decisión). Deshumanización (falta de respeto por la intimidad y pudor de la paciente). Victimización (atender a la usuaria con indiferencia).
4. Se ha demostrado que las adultas mayores de todos los niveles socioeconómicos, étnicos y religiosos son vulnerables a la violencia, ya que es en este ciclo de la vida en donde se ven más vulnerables para afrontar una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y sociales.

RECOMENDACIONES

A partir del presente estudio se recomienda:

1. A los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud de Huambos, que mejoren la atención de salud hacia las adultas mayores según sus necesidades, que no solo se centren en tratar la enfermedad sino que brinden un cuidado holístico - biopsicosocial, no perdiendo la esencia del cuidado humanizado y teniendo en cuenta que las adultas mayores son personas vulnerables que requieren de mucha paciencia y comprensión.
2. Realizar capacitaciones permanentes al personal que labora en dicha institución, con la finalidad de dar a conocer como debe ser el trato que deben de brindar; facilitar cursos de especialización en pacientes geriátricos y gerontológicos relacionados con el proceso de envejecimiento y buen trato.
3. Instruir a las adultas mayores que no solo se considera como violencia a la física, social, emocional, económica, negligencia y abandono; sino que también existe otros tipos de violencia en salud como son: la infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización. Así mismo, promover talleres preventivo – promocionales a favor de la población de estudio, con la finalidad de mejorar su bienestar biopsicosocial.
4. Profundizar más en el tema violencia en salud, tomando en cuenta los resultados encontrados en la presente investigación como base para nuevos estudios, ya que por ser un tema poco tratado este tipo de violencia pasa desapercibida y es considerada como la gran desconocida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento [Internet]. 2020 [citado 12 de mayo del 2021]. Disponible desde: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. Burgos, M. Paravic, T. Violencia Hospitalaria en pacientes. Cienc. enferm. 2003. [citado 12 de mayo del 2021]. Disponible desde: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002
3. Varela, L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. Perú med. exp salud pública [Internet]. Abril de 2016 [citado el 5 de enero del 2020] Disponible desde: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001
4. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores [Internet]. 2018 [citado 16 de diciembre de 2019]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
5. Ruiz, R. Situación de la población adulta mayor [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2019 [citado 10 de diciembre de 2019] Disponible desde: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adultomayorjunio.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas de la población adulta mayor [Internet]. 2021 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible desde: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Cajamarca2.html>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Cajamarca; 2018 [citado 15 de diciembre de 2019] Disponible desde: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-194-2018-inei.pdf>
8. Dirección Subregional de Salud. Dirección de Estadística e Informática. Chota: DISA; 2019.
9. Menéndez, I., Rebollo, P., Fernández, E. Guía clínica de Violencia de género [Internet]. 2014 [citado 20 de diciembre de 2019; actualizado 22 Julio del 2021]. Disponible desde: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/violencia-genero/>

10. Minayo, M. Violencia y Salud. En: Temas de Salud. 20^{va} ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132p.
11. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021 [Internet]. Diario oficial El Peruano. 26 de julio de 2016 [citado el 20 de enero del 2020] Disponible desde: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/procesos/DS-008-2016-mimp-PlanNacionalContraViolenciaGenero.pdf
12. Cañazaca F. Personas Adultas Mayores en el Perú y la necesidad de garantizar sus derechos. IDEHPUCP. 2018 [citado 16 de diciembre de 2019]. Disponible desde: <http://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/personas-adultas-mayores-en-el-peru-y-la-necesidad-de-garantizar-sus-derechos-por-francisco-mamani/>
13. Cotrina, J. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y sexual. Lima-Perú: Centro de Emergencias Mujer; 2019.
14. Adams, Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Rev. Med Clin Condes. 2012 [actualizado 8 de enero del 2015; citado el 23 de diciembre del 2019] Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702778>
15. Pillemer, K; Moore, D. Tipo de maltrato en el adulto mayor institucionalizado. 2015 [citado el 23 de diciembre del 2019] Disponible desde: <https://es.scribd.com/document/170170022/Maltrato-AdultoM-13>
16. Ruiz, N. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? [Internet]. 2011 [citado el 4 de mayo del 2020] Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3435570>
17. Ayala, J. Presencia del maltrato en los adultos mayores de los Centros del Cuidado del Adulto Mayor 2019. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería [citado 1 de octubre del 2020] Disponible desde: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17911/Disertaci%c3%b3n%20Valeria%20Ayala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Brofenbrenner, U; Ceci, S. Naturaleza Reconceptualizada: un modelo bioecológico. Revista Psychological. 1994.

19. Ferreira, G.B. Hombres violentos. Mujeres maltratadas: aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. 2.ª ed. Buenos Aires: sudamericana; 1995 [citado 23 de septiembre de 2019]. Disponible desde: <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=51698>
20. Rivera, V: "Maltrato en el adulto mayor: estudio exploratorio y una propuesta de intervención desde la perspectiva del trabajo social " Universidad de Valparaíso. 2012. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702778>
21. Caballero, J. Consideraciones sobre el maltrato al anciano [Internet]. Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000 [citado el 23 de diciembre del 2019] Disponible desde: <https://es.scribd.com/document/170170022/Maltrato-AdultoM-13>
22. Villanueva, M; Rojas, M; Castilla, J; Torres, E; Gonzales, A; Ferrucci, H. Capacidad resolutive de establecimientos de salud en la detección de la violencia de género. 2018 [citado el 2 de octubre del 2020] Disponible desde: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5543/Violencia-de-genero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. OPS. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 14 de febrero de 2020] Disponible desde: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
24. Zavaleta, M. Problemática social de los adultos mayores: Definición de adulto mayor. 2012 [citado 22 de septiembre de 2019]. Disponible desde: <http://problematikaadultosmayores.blogspot.com/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html>
25. Gallegos, R. Problemática social de los adultos mayores [Internet]. Blogspot. 2012 [citado 22 de septiembre de 2019]. Disponible desde: <http://problematikaadultosmayores.blogspot.com/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-rocio.html>
26. Barbara, P. Homeier, editor. Envejecimiento del Organismo. En: Manual Merck. 3ª ed. España: Océano; 2018. p. 2297-724.

27. Martínez-Argüello P. Manual autocuidado del adulto mayor. Nicaragua: INSS; 2006 [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible desde: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf
28. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. 2020 [citado 4 de mayo de 2020]. Disponible desde: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
29. OMS. La salud mental y los adultos mayores 2017 [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
30. ASALE, R. RAE. Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [citado 1 de mayo de 2020]. Disponible desde: <https://dle.rae.es/edad>
31. Eustra. Institución Vasco de Estadística. Nivel de instrucción]. 2020 [citado 3 de marzo de 2020]. Disponible desde: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_136/elem_2376/definicion.html
32. Álvarez, L. Cargos u ocupaciones y puesto de trabajo [Internet]. GestioPolis. 2005 [citado 3 de marzo de 2020]. Disponible desde: <https://www.gestiopolis.com/cargos-ocupaciones-puesto-trabajo/>
33. Voltaire. Diccionario Filosófico. Religión. 1764 [citado 3 de marzo de 2020]. Disponible desde: <http://www.filosofia.org/mon/reldios.htm>
34. Huilca, I. Ley 30819: sanciones más claras contra feminicidio, lesiones, agresiones y maltrato. IndiraHuilca.pe. 2018 [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible desde: <http://www.indirahuilca.pe/ley-30819-sanciones-feminicidio-lesiones/>
35. Hernández - Sampiere, R. Metodología de la investigación. 6.ª ed. México: McGRAW HILL / INTERAMERICANA; 2014. Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Axiologicas/Metodologia_de_la_investigacion.pdf
36. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Enfermeras, conceptos éticos aplicados a la enfermería. 2000 [citado 5 de enero de 2020]. Disponible desde: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. 2020. [citado 5 de julio

del 2021]. Disponible desde:
<https://www.radionacional.com.pe/noticias/locales/inei-en-el-peru-hay-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores>

38. Aguilar, V. Prevalencia de sospecha de maltrato en el adulto mayor y factores vinculados.2014 [citado 5 de julio del 2021] Disponible desde:
<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis1.pdf>
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2020 [citado 5 de julio del 2021]. Disponible desde: <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
40. Lujan, M. Violencia contra las mujeres y alguien más [Tesis Doctoral] Valencia:Universidad de Valencia; 2013
41. Velez, Y. Factores personales del adulto mayor que influyen para que reciba maltrato familiar, Hospital Yunguyo puno 2019 [citado 11 de julio del 2022]. Disponible desde:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10774/UPvemuya.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

ANEXO N° 01



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Escuela Académico Profesional de Enfermería

VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE HUAMBOS - CHOTA, 2020

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

INSTRUCCIONES

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

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. EDAD:

- 60 a 69 años ()
- 70 a 79 años ()
- ≥ 80 años ()

2. ESTADO CIVIL:

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Viuda ()

- Divorciada ()

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- Analfabeta ()
- Primaria completa () Primaria incompleta ()
- Secundaria completa () Secundaria incompleta ()
- Superior completa () Superior incompleta ()

4. OCUPACIÓN

- Ama de casa ()
- Comerciante ()
- Otras ()

5. RELIGIÓN

- Católica ()
- Nazarena ()
- Otras ()
- Ninguna ()

Gracias por su participación.



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Enfermería

VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS
 SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE
 HUAMBOS - CHOTA, 2020

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

INSTRUCCIONES

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

I. DIMENSIONES DE VIOLENCIA HACIA LA ADULTA MAYOR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Quando va al establecimiento de salud y es atendido por el médico, enfermera (o), Obstetrix:

VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD			
1.1 INFANTILIZACIÓN.- <i>tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.</i>		SI	NO
1	¿El personal de salud que la atendió le preguntó sobre su enfermedad descortésmente a usted o al familiar que le acompañó?		
2	¿El personal de salud que la atendió, cuando le habló, la hizo sentir como si fuera una niña?		
3	¿El personal de salud que la atendió la hizo sentir incapaz de seguir una indicación médica?		
4	¿El personal de salud que la atendió la hizo pasar vergüenza por las cosas que usted dice o hizo?		

1.2 DESPERSONALIZACIÓN: <i>proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares de la paciente.</i>		SI	NO
1	¿El personal de salud que la atendió la jaló bruscamente sin tener en cuenta su edad?		
2	¿El personal de salud que la atendió realizó comentarios hirientes sobre su salud?		
3	¿El personal de salud que la atendió se burló de su enfermedad o dolencia?		
1.3 DESHUMANIZACIÓN. - <i>no solo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidad de su propia vida.</i>		SI	NO
1	¿El personal de salud que la atendió la desvistió bruscamente durante la atención de salud?		
2	¿El personal de salud que la atendió comentó sobre su problema de salud en voz alta, con otros pacientes o personal de salud?		
3	¿El personal de salud que la atendió le tocó sus partes íntimas sin su consentimiento?		
1.4 VICTIMIZACION: <i>ataques a la integridad física y moral de la adulta mayor mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.</i>		SI	NO
1	¿El personal de salud que la atendió le negó algún medicamento porque no confía en usted?		
2	¿El personal de salud que la atendió se burló de usted por su aspecto físico?		
3	¿El personal de salud que la atendió se burló de usted por su vestimenta?		
4	¿El personal de salud que la atendió la jaló o empujó para conducirla a otro lugar?		
5	¿El personal de salud que la atendió no le hizo caso cuando usted hablaba?		

Gracias por su participación.

ANEXO N° 02

CONSTANCIA DE EVALUACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Yo, Martha Esther Rodríguez Tejada. Identificado (a) con el DNI N° 26635075.

Ejerciendo actualmente: como Profesional Independiente.

Por medio de la presente hago constar que he revisado el Instrumento de Recolección de información del Proyecto de Investigación titulado: **VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE HUAMBOS - CHOTA, 2020**, de la Estudiante de Enfermería: **Tarrillo Bustamante Neily Nardely** y Asesorado por la **Dra. Yrene Yupanqui Vásquez**.

Efecto de su aplicación y luego de realizar las observaciones pertinentes formulo las siguientes apreciaciones:

CARACTERÍSTICAS	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				X
Redacción de los ítems			X	
Amplitud del contenido		X		
Claridad y precisión				X
Pertinencia			X	

Fecha: Cajamarca, 11 de octubre de 2020

.....
FIRMA

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

N°	ÍTEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura	X	
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima	X	
3	El grado de complejidad de los ítems es aceptable	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y compatibles.	X	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación.	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
9	El instrumento de validación abarca las variables e indicadores	X	
10	Los ítems permitirán constatar la hipótesis	X	

Sugerencias:

Se han realizado sugerencias para mejorar la redacción y claridad de las preguntas de la 5 a la 9.

Pregunta 5. ¿La han humillado o burlado de usted? si () no ()

Pregunta 6 ¿La han tratado con indiferencia o le han ignorado, dando preferencia a otras personas? si () no ()

Pregunta 7. ¿Le han hecho sentir miedo? si () no ()

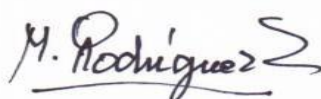
Pregunta 8. Tipo de afrontamiento de la violencia:

No hizo nada ()

Se quejó a la Dirección - Jefatura del ES ()

Pregunta 9. Agresor.

Cajamarca, 11 de Octubre del 2020



M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada

ANEXO N° 03

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Estadística de fiabilidad y confiabilidad mediante la prueba estadística de Alfa de Crombach.

N° de elementos	Alfa de Crombach
15	0.70

ANEXO N°04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificada conDNI N°....., de..... años de edad, certifico que he sido informada con claridad y veracidad debida respecto a los beneficios que generará mi participación en la investigación; es por ello que mediante el presente manifiesto que estoy participando voluntariamente en la realización de dicha encuesta sobre: “Violencia en la atención de salud y características sociodemográficas de las adultas mayores. Centro de Salud de Huambos - chota, 2020”

Huambos,..... dedel 2020.

FIRMA

ANEXO N° 5



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Enfermería

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Chota, 08 de octubre del 2020

Srta. M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada.
Magister en Investigación y Docencia

Presente:

Por la presente reciba usted un saludo cordial y fraterno a nombre de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca; luego para manifestarle que estoy desarrollando la tesis titulada “VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE HUAMBOS - CHOTA, 2020”

Por lo que conocedores de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUCIO DE EXPERTOS, para la validación del instrumento “DIMENSIONES DE VIOLENCIA HACIA LA ADULTA MAYOR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD” de la presente investigación.

Agradeciendo por anticipado su gentil colaboración como experta me suscribo de usted.

ATENTAMENTE

.....

TARRILLO BUSTAMANTE, Neily Nardely



Document Information

Analyzed document	TESIS NARDELY TARRILLO BUSTAMANTE .doc (D131965583)
Submitted	2022-03-29T22:54:00.0000000
Submitted by	Yrene
Submitter email	cyupanquiv@unc.edu.pe
Similarity	10%
Analysis address	cyupanquiv.undc@analysis.urkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Nacional de Cajamarca / PROYECTO NARDELY TARRILLO (URKUND).doc	 47
	Document PROYECTO NARDELY TARRILLO (URKUND).doc (D89104115)	
	Submitted by: cyupanquiv@unc.edu.pe Receiver: cyupanquiv.undc@analysis.urkund.com	
SA	GRUPO4_SEMINARIO2.pdf	 1
	Document GRUPO4_SEMINARIO2.pdf (D118407945)	

ANEXO N° 7



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 1I – 101 Teléfono N° 076-599227



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS REVISADA EN EL SOFTWARE ANTIPLAGIO URKUND DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

El director (a) de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

La Tesis Titulada **VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADULTAS MAYORES. CENTRO DE SALUD DE HUAMBOS - CHOTA, 2020**, siendo la autora la **Bachiller en Enfermería NEILY NARDELY TARRILLO BUSTAMANTE**, ha sido revisada en el Software Antiplagio **URKUND** de la Universidad Nacional de Cajamarca, obteniendo el puntaje del 10% de similitud, considerado dentro de los parámetros. Teniendo como Asesora. **Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 29 de marzo del 2022.

