



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TEMA:

**PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA
SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR, COMUNA VALDIVIA, SANTA ELENA.**

2021

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

AUTOR

DE LA CRUZ SUAREZ ROMEL ALDAIR

TUTORA

LIC. HERRERA PINEDA ISOLED, PHD

PERIODO ACADÉMICO

2021-1

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS**

Lcdo. Milton Marcos González Santos, MSc
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
ENFERMERÍA**

Lic. Aida García Ruiz, MSc
DOCENTE DE ÁREA

Lic. Herrera Pineda Isoled, PhD
DOCENTE TUTOR

Ab. Víctor Coronel Ortiz. Mgt
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 16 septiembre 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor/a del trabajo de investigación: PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR, COMUNA VALDIVIA, SANTA ELENA. 2021, elaborado por DE LA CRUZ SUAREZ ROMEL ALDAIR, de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.



LIC. HERRERA PINEDA ISOLED, PHD

DOCENTE TUTOR

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hijo, son los mejores padres.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de nuestra responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Romel Aldair de la Cruz S

DE LA CRUZ SUAREZ ROMEL ALDAIR

CI: 0922584156

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA	III
DECLARACIÓN.....	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. El problema.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	5
2. Objetivos del estudio.....	6
2.1 Objetivo General	6
2.2.2Objetivos Específicos.....	6
3. Justificación	7
CAPÍTULO II.....	9
4. Marco Teórico.....	9
4.1. Fundamentación referencial.....	9
4.2. Fundamentación teórica	11
4.2.1 percepción	11
4.2.2 Percepción de violencia psicológica	11
4.2.3 Adulto mayor	11

4.2.4 Salud mental del adulto mayor	11
4.2.3. Violencia	11
4.2.4 violencia psicológica	12
4.2.5 Gerontología	12
4.2.4 Geriatria	12
4.2.5 Abuso al adulto mayor	12
4.2.6 Causas.....	12
Consecuencias	13
4.2.7 Factores De Riesgo	13
4.2.8 Tipología de maltrato al adulto mayor.....	14
4.2.9Tipos de Abuso	14
4.3.0 Abuso en el adulto mayor con demencia	15
4.3.1Recomendaciones para prevenir el maltrato del adulto mayor en casa:	15
4.3.1 Técnicas psicoterapéuticas en los adultos mayores	16
4.3.2 Técnicas cognitivas: terapia racional emotiva.....	18
4.3.3 Técnicas de aprendizaje.....	19
4.3.4 Índice de Barthel	21
4.3. Fundamentación legal.....	23
Formulación de la hipótesis	30
Identificación y clasificación de variables	30
CAPÍTULO III.....	33
6. Diseño metodológico.....	33
6.3. Población y muestra.....	33
6.4. Tipo de muestreo	34
6.5 Técnicas recolección de datos	34
6.6. Instrumentos de recolección de datos	34

6.7. Aspectos éticos.....	34
CAPÍTULO IV	35
7. Presentación de resultados	35
7.1. Análisis e interpretación de resultados	35
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Bibliografía	41
9. Anexos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variable independiente ;**Error! Marcador no definido.**

Tabla 2: Operacionalización de variable dependiente ;**Error! Marcador no definido.**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de percepción de violencia psicológica por sexo	35
Gráfico 2 Distribución de percepción de violencia psicológica por sexo	36
Gráfico 3 Distribución de afecciones mentales ocasionadas por la violencia psicológica en el adulto mayor	37
Gráfico 4 Distribución por causante de violencia psicológica	38
Gráfico 5 Distribución tipo de violencia psicológica.....	42
Gráfico 6 Distribución tipo de violencia	42

RESUMEN

La violencia al adulto mayor es un acto u omisión o descuido que tiene como resultado un daño o abuso que pone en riesgo la integridad física, psicológica del adulto mayor, así como el principio de autonomía y respetos de sus derechos del individuo de 60 años o más, por lo general las principales causas son el maltrato físico y emocional, este estudio tiene como objetivo principal identificar la percepción de la violencia psicológica y su influencia en la salud mental del adulto mayor de la comuna Valdivia, Santa Elena; la metodología es de tipo cuantitativo debido a que se recogió información a través encuestas y datos epidemiológicos permitiendo obtener mayor información para el trabajo, descriptivo porque recoger información mediante una base científica con la finalidad de obtener resultados favorables para el estudio, transversal por que determina un periodo de tiempo específico para realizar la investigación, se utilizó una escala de valoración de Yesavage, utilizada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador para la detección de índices de violencia y depresión en el adulto mayor. Y la escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor para detectar los tipos de maltrato que sufre el adulto mayor; los resultados obtenidos evidencia que un 77.3% del total de la muestra investigada sufrieron de algún tipo de maltrato psicológico, la mayor parte de estos casos el 41.3% son ocasionados por familiares; se concluye que la violencia psicológica al adultomayor es evidente, la mayor cantidad de casos se presentan de forma intrafamiliar, desarrollando problemas en su salud mental generando cuadros depresivos, ansiedad y estrés.

Palabras claves.

Percepción de violencia psicológica, Maltrato psicológico, Salud mental, Adulto Mayor.

ABSTRAC

Violence against the elderly is an act or omission or neglect that results in harm or abuse that puts the physical and psychological integrity of the elderly person at risk, as well as the principle of autonomy and respect for their rights of the individual aged 60 or over. Moreover, in general, the main causes are physical and emotional abuse. The main objective of this study is to identify the perception of psychological violence and its influence on the mental health of the elderly in the Valdivia commune, Santa Elena; The methodology is quantitative because information was collected through surveys and epidemiological data, allowing more information to be obtained for the work, descriptive because collecting information through a scientific basis in order to obtain favorable results for the study, cross-sectional because it determines a Specific period of time to carry out the research, a Yesavage assessment scale was used, used by the Ministry of Economic and Social Inclusion of Ecuador for the detection of rates of violence and depression in the elderly. And the Geriatric scale of abuse of the elderly to detect the types of abuse suffered by the elderly; The results obtained show that 77.3% of the total investigated sample suffered from some type of psychological abuse, most of these cases 41.3% are caused by relatives; It is concluded that psychological violence to the elderly is evident, the greater number of cases occur intrafamily, developing problems in their mental health generating depressive symptoms, anxiety and stress.

Keywords.

Perception of psychological violence, psychological abuse, mental health, elderly.

INTRODUCCIÓN

La percepción en la violencia psicológica a los usuarios geriátricos es un problema que afecta el bienestar del adulto mayor, este fenómeno es considerado a nivel mundial como uno de las causas con menor interés de los casos, siendo su principal relación de signos y síntomas físicos y psicológicos identificados por los propios usuarios o sus familiares. (Henaó, 2020)

La vejez se basa en reconocer como un periodo de la vida, es decir que es un proceso progresivo e irreversible en el cual intervienen varios factores como biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El maltrato al adulto mayor es una de las mayores causas altamente invisibilizado debido a múltiples factores ocasionando repercusiones en la salud del anciano. (López M. , 2016)

En Latinoamérica existe el índice de tasa de abuso al adulto mayor caracterizado por las denuncias en las comisarías en sus localidades según la encuesta nacional de salud (ENUS) evaluó que el 2015 la prevalencia del maltrato físico al anciano era de 12,9% y se afirma que el maltrato en las mujeres es más recurrente, el porcentaje iba creciendo mediante conforme incrementada la edad llegando con una tasa de 38.6% esto ocurría en personas que tenían un bajo de recursos económicos, o personas que Vivian en zonas rurales. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016)

Anualmente la tasa de violencia o maltrato al adulto mayor son publicadas por el instituto nacional de medicina legal y ciencias forense, donde manifiestas que las víctimas son atacadas por un familiar obteniendo un valor de 99.86% y el 43.28 son hijos; además otros estudios en Ecuador, indican que existen más de 2.995 personas de la tercera edad que sufren violencia, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2019), adultos a partir de 66 años sufren de violencia con un valor de 62% de los adultos mayores han sido víctimas del maltrato físico, el 12% de violencia intrafamiliar, el 26% de violencia psicológica.

En la provincia de Santa Elena la investigación evidencio que un 73.3% de la población sufrió algún tipo de maltrato psicológico, el mayor grupo vulnerado se encuentran usuarios geriátricos que la mayor parte de sus actividades son intradomiciliarias por falta de infraestructuras adecuadas que acojan a los adultos mayores; estos datos servirán de base para

posteriores investigaciones y aplicaciones de estrategias en promoción de salud mental por parte de autoridades, estudiantes y profesionales; que busquen mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de los adultos mayores ayudándoles a alcanzar una vejez digna.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

La percepción de la violencia psicológica y la afección en la salud mental en grupos vulnerables es una problemática de salud pública a nivel mundial en el pleno siglo XXI, la Organización Mundial de la Salud (2020), indico que actualmente el 20% de adultos mayores tiene síntomas depresivos, pero solo son diagnosticados cerca del 5% de los casos. Una de las causas es la falta de criterio diagnóstico de estas afecciones mentales hace difícil comparar los índices de tasas de depresión entre países, a esto se adjunta las creencias culturales y los factores de riesgo que afectan en la expresión de los diferentes tipos de trastornos mentales.

A lo largo de la historia de la humanidad ha existido la violencia psicológica y física en la sociedad, siendo reconocida como un problema de la salud actual a finales del siglo pasado, generando un mayor interés en estudios durante la última década, debido al aumento de víctimas que provoca, a causa de suicidios, lesiones, accidentes, homicidios e incapacidades físicas que suelen ser provocadas. Entre las principales víctimas de la violencia se encuentran grupos vulnerables de la sociedad como adultos mayores, mujeres y niños que suelen ser atentados de forma intra o extra familiar, pero no suelen ser denunciados por vergüenza o sentimientos a sus familiares, lo que les genera a su vez afecciones psicológicas a la persona afectada. (Rodríguez & Gómez, 2018)

El maltrato psicológico aun sin violencia física, genera consecuencias graves desde el punto de vista emocional, los profesionales en psiquiatría logran diagnosticar cuadros psicóticos en los usuarios a causas del maltrato psicológico crónico, los adultos mayores sometidas a situaciones de violencia intrafamiliar llegan a presentar debilidades en su sistema inmune, física y psicológica aumentando la problemática de salud del paciente geriátrico. (Tabueña, 2016)

El envejecimiento acelerado del ser humano y el maltrato psicológico en grupos gerontológicos; como problema de salud pública son relevantes; generando grandes desafíos en la sociedad en general, demandando un cambio radical en políticas de salud, económicas y sociales a escala global, intentando interactuar con sectores gubernamentales, interdisciplinarios

e intrafamiliares, para sobrellevar las exigencias que impone el envejecimiento humano. (Mier, 2017)

Países como México en el año 2016 implementaron una encuesta con el fin de conocer cómo se veía afectado el adulto mayor, siendo el primer país en Latinoamérica en mostrar resultados fidedignos sobre el maltrato a personas geriátricas, donde el maltrato que tenía un índice de prevalencia elevado fue el psicológico con un 15,2%, seguido del económico 6,3% y físico con el 1,2%. (Ruelas & Pelcastre, 2016)

El maltrato psicológico aun sin violencia física, genera consecuencias graves desde el punto de vista emocional, los profesionales en psiquiatría logran diagnosticar cuadros psicóticos en los usuarios a causas del maltrato psicológico crónico, los adultos mayores sometidas a situaciones de violencia intrafamiliar llegan a presentar debilidades en su sistema inmune, física y psicológica aumentando la problemática de salud del paciente geriátrico. (Montero & Vega, 2017)

Entre otra de las causas que influyen en la aparición de estos trastornos según Cardona (2016), el 57% de los adultos mayores no tienen participación dentro del hogar a la hora de la toma de decisiones, provocando desinterés por las actividades, tristeza, estados depresivos, pérdida de confianza, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de muerte y en casos crónicos hasta el suicidio del anciano.

En países latinoamericanos como el Ecuador buscaron estrategias con el fin de brindar una mejor calidad de vida al adulto mayor de 65 años creando la propuesta Mis Mejores Años en el 2017; a pesar de todo el esfuerzo realizado en el transcurso de los años, no se ha podido completar el bienestar físico, psicológico y social que un adulto mayor necesita, a esto se sumó una problemática en el año 2020 con la aparición de la pandemia por covid-2019, lo que llevo a un confinamiento social en el país, generando la aparición de enfermedades psicológicas desencadenadas por el estrés y preocupación ante la problemática presentada. (Condo, 2020).

Según datos estadísticos del Ministerio de Inclusión Económica y Social (2016)-cerca de 2.975 adultos mayores viven en condiciones de pobreza y cerca del 6.000 en extrema pobreza. Los principales tipos de maltratos presentados en el Ecuador son el despojo de patrimonio,

abandono y maltrato psicológico a las personas de la tercera edad, la investigación realizada indica que 44% de los longevos han sido víctima de violencia, significando cerca de 493.363 adultos mayores han sido maltratados de forma física y psicológica.

En la provincia de Santa Elena, existe un gran índice de adultos mayores en su jurisdicción, lo cual se implementó la estrategia generada por el gobierno, pese a eso no existen los suficientes estudios para ver en el estado la salud psicológica de los adultos mayores ante esta problemática, a esto se suman sectores rurales de la provincia y la escases de recursos económicos generan preocupación en el usuario geriátrico de varias comunidades como el sector de Valdivia, donde los adultos mayores son víctimas del maltrato psicológico al no poder aportar con los recursos suficientes para mantener su hogar, a esto se suma la falta de centros gerontológicos en las zonas aledañas del cantón lo que dificulta el control psicológico de los usuarios.

La discriminación psicológica en el adulto mayor en sectores de la comuna Valdivia suelen ser de forma directa o indirecta por parte de los familiares, por lo general al ser una zona de escasos recursos, los adultos mayores son dejados solos en los domicilios sin el cuidado de algún familiar, en otros casos son obligados por parte de hijos a salir a mendigar para poder obtener beneficios económicos; lo que ocasiona una afección psicológica en los longevos del sector presentando en la mayor de los casos síntomas de estrés, depresión y en casos más extremos pensamientos suicidas.

El presente trabajo investigativo busca identificar el tipo de maltrato psicológico y cómo afecta la salud mental de los adultos mayores de la comuna Valdivia aportando una visión real de la problemática del sector, buscando la participación activa en prevención e identificación de estos casos. Además, al ser el primer estudio de la problemática en el sector, servirá como base para futuras investigaciones e intervenciones de las autoridades competentes.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la percepción de la violencia psicológica y cómo influye en la salud mental del adulto mayor en la comuna Valdivia, Santa Elena 2021?

2. Objetivos del estudio

2.1 Objetivo General

Identificar la percepción de la violencia psicológica y su influencia en la salud mental del adulto mayor de la comuna Valdivia, Santa Elena.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la percepción de la violencia psicológica y su influencia en personas geriátricas, según sexo y ocupación.
- Conocer las principales afecciones mentales ocasionadas por la violencia psicológica en el adulto mayor de la comuna Valdivia.
- Identificar el principal causante de violencia psicológica hacia las personas geriátricas en la comuna Valdivia.

3. Justificación

Este trabajo investigativo tiene como objetivo identificar la percepción del adulto mayor ante situaciones de violencia psicológica, a la vez conocer cómo afecta esta problemática en la salud mental del usuario geriátrico de la comuna Valdivia, cantón Santa Elena; con la finalidad de implementar estrategias que ayuden a estabilizar la parte emocional del adulto mayor que es víctima de maltrato psicológico, además servirá de línea base para el ámbito investigativo de futuras intervenciones para profesionales y autoridades del sector.

Según el instituto nacional de censo poblacional y vivienda (INEC), en el Ecuador existen 2.500 personas geriátricas que requieren de atención especializada para lograr mejorar el estado emocional del adulto mayor, debido a que las personas mayores a los 65 años suelen ser violentados sus derechos por parte de la comunidad donde residen o por sus propios familiares, donde no son tratados con dignidad y respeto, desestabilizando emocionalmente al longevo.

Otros estudios realizados en el Ecuador por el ministerio de inclusión económica y social (MIES), indican que 1 de cada 6 adultos mayores sufren algún tipo de violencia, colocándose en primer lugar el maltrato psicológico con datos estadísticos del 44% o 493.365 de los longevos fueron víctimas de algún tipo de maltrato psicológico, afectando directamente a la salud mental del usuario geriátrico aumentando casos de depresión, ansiedad y estrés.

Los adultos mayores son un grupo vulnerable expuesto a diferentes tipos de maltratos, principal el psicológico, se debe considerar que pese a que existen leyes que protegen a la persona geriátrica o estrategias implementadas por los gobiernos locales, no se logra satisfacer las necesidades de este grupo especial, por la falta de conocimiento por parte de familiares y personas de la comunidad al discriminar a la persona gerontológica, un ejemplo claro es el de las personas jubiladas que ante algunos sectores de la sociedad son discriminados por no aportar con la misma estabilidad financiera, este tipo de acciones acarrear un tipo de violencia psicológica, generando problemas en su salud mental, a esto se ve vinculado a enfermedades bases y preocupaciones personales aumentando el riesgo de trastornos psicológicos severos.

En la provincia de Santa Elena no existen estudios realizados de cómo afecta el maltrato físico, económico, y psicológico en la salud mental del adulto, generando un déficit en el cuidado del mismo, a esto se añade los pocos centros gerontológicos en la provincia, en especial en

sectores aledaños como la comuna Valdivia que no cuenta con una sede donde puedan receptor a los adultos mayores para una atención optima del adulto mayor.

Por otro lado, en la comuna no existen centro gerontológico adecuado para poder brindar una atención de calidad y calidez a los adultos mayores, dificultando al personal de salud poder identificar al usuario geriátrico víctima de violencia psicológica, ni poder ejecutar de forma adecuada intervenciones que incentiven a la población sobre la importancia del cuidado del adulto mayor, buscando mejorar calidad de vida de los ancianos de la comuna.

El propósito de este estudio es identificar la como afecta la violencia psicológica en la salud mental del adulto mayor para que futuros investigadores, de la provincia de Santa Elena o del Ecuador a intervenir en la población geriátrica, al ser un grupo vulnerable que es víctima de algún tipo violencia o maltrato psicológico de forma cotidiana y así tratar de reducir los daños psicológicos en el adulto mayor, logrando que el longevo goce de una vida digna, saludable y segura.

CAPÍTULO II

4. Marco Teórico

4.1. Fundamentación referencial

Según (Rodríguez, 2018), en la ciudad de Lima realizó un estudio sobre La Salud Mental Del Adulto Mayor en un Centro Hospitalario Del Distrito De San Juan De Lurigancho, el cual, fue basada en el método cuantitativo de corte transversal con diseño no experimental, de tipo descriptivo, con una población de adultos mayores de edades entre 65 a 85 años del centro hospitalario.

Este estudio consta con la participación de 168 adultos de ambos sexos, a través de la aplicación de un cuestionario de auto reporte de síntomas psiquiátricos en donde se obtuvo un porcentaje de 72,6% de pacientes con trastornos psicológicos avanzados, 41.1% se presentan en mujeres obtenido un nivel elevado, entre las edades de 74- 80 años siendo unas de las afectadas con un 29.8%. y un 18.6% de los pacientes presentaron síntomas como depresión, ansiedad.

(Arreaga, 2013) En la ciudad de México, se basó en el estudio tipos de maltrato y grado de funcionalidad familiar en adultos mayores en la unidad de medicina familiar, de la ciudad de Nezahualcóyotl, donde utiliza una metodología de tipo descriptivo de corte transversal con un estudio observacional, teniendo como población de muestreo 100 pacientes de ambos sexos

Se ejecutó una encuesta a 100 pacientes con familiares, donde se obtuvieron resultados de la encuesta usando la Escala de efectividad en el funcionamiento familiar. Los resultados fueron que el mantenimiento del sistema familiar se correlaciono positivamente con la capacidad funcional del adulto mayor, donde referían que el 30% de adultos mayores recibían maltrato familiar, el 15% maltrato por su cuidador y el 40% tenían buena comunicación con su familiar y cuidador.

(Pacheco, 2016) Realizó un estudio sobre la repercusión del Abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga. El presente trabajo es de tipo descriptivo, de corte transversal y con un enfoque cuantitativo, con un tipo de muestreo de 239 pacientes evaluados.

Este trabajo consta con la aplicación de un test de Yesavage y Pfeiffer donde se obtuvieron resultados con un alto índice de alteraciones emocionales y mentales causadas por el abandono familiar con datos estadísticos del 57% de la población evaluada se encuentra dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% de depresión establecida y un 9% se consideran estado emocional normal. Asimismo, en cuanto al deterioro cognitivo o mental en los adultos mayores, se describen: el 63% es severo, 17% moderado; un 11% normal y 9% tenían un deterioro leve.

(Abata & Guijarro, 2016) Elaboraron una investigación en la ciudad de Tulcán acerca de La Sobrecarga Del Cuidador Relacionado Al Maltrato Del Adulto Mayor; se basa un estudio de corte transversal, cuantitativo, de un muestreo no probabilístico, donde se evaluaron acerca de 491 adultos mayores de edad de 65 años por la escala psicométrica de maltrato en geriatría.

Teniendo como resultados de la muestra 491 pacientes que visitan el hospital Luis Gabriel Dávila, se captó a los adultos mayores y sus cuidadores directos, que cumplían con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en este estudio con la firma del consentimiento informado al realizar la escala se obtuvo una proporción esperada del 50% de maltrato en el adulto mayor, nivel de confianza del 95%, precisión absoluta del 5% y efecto de diseño de 1.5%

(Aquino & García, 2019), elaboró una investigación en la ciudad de Santa Elena con el tema de factores psicológicos asociados al abandono familiar en adultos mayores en la comuna San Pedro de método cuantitativo, correlacional, explicativo, de corte transversal consta con una población de 529 pacientes con una muestra de 61 participantes que fueron encuestados.

En los resultados obtenidos en base a la aplicación de la encuesta donde se puede observar el abandono al adulto mayor por parte de familiares o personas encargadas de su cuidado, ya sean ascendientes, descendientes, cónyuges o instituciones encargadas de velar por los derechos de las personas de la tercera edad en abandono.

La finalidad de este trabajo investigativo es lograr detectar como el adulto mayor percibe la violencia psicológica, para que en futuras investigaciones e intervenciones poder brindar cuidados específicos para disminuir el índice de maltrato psicológico a personas geriátricas, mejorando la calidad de adulto mayor.

4.2. Fundamentación teórica

4.2.1 Percepción

Se basa en el conjunto de proceso, mediante cual el usuario identifica, organiza e interpreta la información captada que proviene de los estímulos, sentimientos e pensamientos a partir de su experiencia previa de manera lógica y significativa. (Mercado, 2016)

4.2.2 Percepción de violencia psicológica

Se entiende como la predisposición para responder emocional, conductual y cognitivamente ante la percepción de acontecimientos violentos.

4.2.3 Adulto mayor

Según (Organización Mundial de la Salud, 2016), define el termino de adulto mayor se refiere al sexo hombre o mujer que sobrepase los 65 años de edad, donde existen cambios fisiológicos, psicológicos, socioeconómicos que afecta principalmente al deterioro física y mental, en el cual aparecen enfermedades crónicas degenerativas por el envejecimiento biológico.

4.2.4 Salud mental del adulto mayor

La salud mental incluye el bienestar emocional y psicológico del adulto mayor. Afecta la forma en que piensa, siente y actúa. También ayuda a determinar cómo se maneja el estrés, relaciones interpersonales y toma de decisiones. (Guajardo, Salud Mental Y Personas Mayores Reflexiones teórico-conceptuales, 2016)

4.2.3. Violencia

La violencia se define como aquella agresión física, como verbal que ejerce una persona o grupos de personas hacia otro individuo, sin su consentimiento ocasionando consecuencias como la conmoción, contusión, rasguño, dolor, daños psicológicos, trastornos del desarrollo y privación, siendo un acto relacional a su víctima que puede llegar a la muerte. (Martínez, 2016)

4.2.4 violencia psicológica

Toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de intimidación, manipulación, amenaza, humillación, aislamiento, o cualquier conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica. (flores, 2017)

4.2.5 Gerontología

Es la ciencia que estudia el envejecimiento del ser humano en las dimensiones biológicas, psicológicas, socioeconómicas y legales; en la actualidad la gerontología posee un compromiso humanista y social que atiende de forma directa e indirecta al adulto mayor en un contexto para la prevención de enfermedades y promoción para mejorar la calidad de vida del adulto mayor limitando daños en su salud física y mental; a través de un equipo multidisciplinario que oferta el sistema de salud pública y privada. (Tabloski, 2015)

4.2.4 Geriátrica

Es una especialidad de la rama de la medicina cuyo objetivo es estudiar las patologías o enfermedades que aquejan a los adultos mayores y su cuidado; esta ciencia considera el manejo del cuadro clínico con el fin de ayudar al tratamiento, prevención y rehabilitación del paciente geriátrico integrando a la familia y sociedad. (Eliopoulos, 2016)

4.2.5 Abuso al adulto mayor

Se define como maltrato a adulto mayor a la acción aislada o repetitiva de forma inapropiada que cause daño o malestar a la persona geriátrica; esta definición incluye actos de violencia o conducta criminal contra los adultos mayores, por parte del cuidador, amigos, nietos, trabajadores sociales, hijos y personal de salud. (Quintero, 2017)

4.2.6 Causas

Si entendemos por causa aquello que se define con relación a una cosa o suceso, en el maltrato psicológico pueden considerarse causas:

- Causar intencionalmente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales.
- Amenazas (de daño físico, de institucionalización), insultos, burla, intimidación, humillación, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, insultos, amenazas, actos que provoquen miedo, aislamiento
- Agresión verbal, silencios ofensivos, aislamiento social provocado, amenazas de abandono o institucionalización.
- La manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.
- Depresión y estrés.

Consecuencias

En cuanto a las consecuencias del maltrato psicológico, si entendemos por consecuencia el hecho que procede de una causa como efecto suyo⁶⁰, estarían:

- Ante la amenaza verbal: la angustia, pena, el sentimiento de indignidad, miedo, estrés, tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación, idea suicida, inhibición, somatización, pseudo-demencias, tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales.
- Respecto de los actos no verbales serían: la tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, ideación suicida, inhibición, somatización pseudodemencias. - Y en cuanto a las actitudes manipulativas, nos encontraríamos con: estrés, soledad, depresión, aceleración del proceso de demencia, miedo, angustia, inseguridad en sí mismo, duda permanente, indecisión. (Rueda, 2016)

4.2.7 Factores De Riesgo

- Escasas relaciones sociales.
- Excesiva dependencia de la persona maltratadora.
- Escaso contacto con el médico de cabecera.
- Poseer algún tipo de deficiencia cognitiva o física.

- El género, ser mujer. (Gasoar, 2019)
- Situación de estrés del agresor.
- Padecer una enfermedad degenerativa.
- Vivir dentro de una situación familiar conflictiva.
- Baja autoestima.
- Sumisión y dependencia.

4.2.8 Tipología de maltrato al adulto mayor.

Existe una clasificación que es aceptada por todos los expertos: -

- Maltrato físico.
- Maltrato psicológico.
- Maltrato sexual.
- Maltrato económico/financiero/material/patrimonial.
- Maltrato societario/estructural.
- maltrato por negligencia /abandono.

4.2.9 Tipos de Abuso

Abuso físico: El abuso físico se define como el daño o coerción física que causa lesión física o psicológica. Este puede incluir; infligir dolor físico o privar de forma intencionada, por parte del cuidador, de los servicios necesarios para mantener la salud física y mental. Algunos ejemplos específicos serían escoriaciones, laceraciones y cicatrices sin explicación en cara, cuello o tronco, así como dolor sin explicación o fracturas o múltiples traumatismos. Se deben considerar también lesiones a nivel genital que sugieran abuso sexual

Abuso psicológico: El abuso psicológico es la práctica de infligir angustia mental y sufrimiento, a través de agresiones verbales, insultos, amenazas, infantilización, humillación, así como el irrespeto a la privacidad o a sus pertenencias. El anciano psicológicamente agredido se siente con miedo, apatía y se le dificulta la toma de decisiones. Signos y síntomas de este pueden incluir evasión física, silencio inexplicable, disminución del contacto social, enojo, depresión o pérdida de peso.

Abuso económico: La OMS define abuso económico como la explotación o uso ilegal o indebido de los fondos u otros recursos de la persona anciana, En regiones donde la población en envejecimiento aumenta y así la transferencia de riquezas de una generación a otra, el problema toma mayor importancia con aumento concomitante de reportes. Respecto a su incidencia o prevalencia no hay suficiente información, aunque en Australia y otros países se reporta una cifra de 0.5 a 5% en personas de edad avanzada.

Maltrato por negligencia: Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar cualquier parte de las obligaciones o deberes del adulto mayor, de forma voluntaria o involuntaria, incluye no aportar medidas económicas o cuidados básicos como la alimentación, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, medidas de confort, recreación, seguridad personal, la compra de la medicación, prótesis, lentes, audífonos, bastones, otros, incluidas en una responsabilidad implícita o acordada, la negligencia puede ser activa y pasiva.

Abandono: Deserción o abandono por un individuo que ha asumido el papel del cuidador o por la persona que tiene la custodia física. Algunos autores incluyen el abandono como una forma de negligencia del cuidador.

4.3.0 Abuso en el adulto mayor con demencia

El abuso en personas con deterioro cognitivo y demencia que viven en su hogar no es infrecuente. Cuidar de personas con deterioro cognitivo en el hogar es una tarea pesada y estresante para una familia, y el incremento de esta población está convirtiendo este problema en uno más difícil. La carga severa de ser cuidador se asocia con efectos negativos en la salud del cuidador y en ingreso temprano de pacientes con demencia a hogares de ancianos. (Guajardo & Abulseme, 2016)

Modelo sociológico: Este modelo pone el énfasis en las condiciones sociales, valores, prácticas culturales, como factores que estimulan la violencia social y el maltrato a los mayores.

4.3.1 Recomendaciones para prevenir el maltrato del adulto mayor en casa:

- Túrnete con otros familiares para cuidar al adulto mayor
- Propicia el contacto del adulto mayor con varias personas y salidas con frecuencia

- Facilita al adulto mayor un cuaderno donde pueda escribir sus vivencias y expresar sus preocupaciones
- Bríndale acceso telefónico y los números de una persona de confianza en caso de emergencia
- Recuérdales a los cuidadores sus derechos y obligaciones

Es importante que los familiares y cuidadores sigan estas pautas para prevenir el maltrato o abuso, que afecta, de acuerdo a las estadísticas mundiales, a 1 de cada 10 adultos mayores; mientras que a nivel regional se habla de un 30% al 40% de abuso en este grupo etario.

4.3.1 Técnicas psicoterapéuticas en los adultos mayores.

- **Respiración**

Un adecuado control de la respiración es una de las estrategias más sencillas para manejar los aumentos en la activación fisiológica. Una respiración adecuada hace posible una mejor oxigenación del organismo, con el consiguiente incremento del porcentaje de oxígeno en la sangre, lo que, por un lado, favorece un mejor funcionamiento de los tejidos y órganos corporales, y por otro, un menor gasto energético, en especial un menor trabajo cardíaco; esto dificulta la aparición de fatiga, así como la de malestar o incomodidad. Por el contrario, una respiración inadecuada que consiga un menor volumen de oxígeno en cada inspiración puede suponer un menor porcentaje de oxígeno en la sangre, dificultando la correcta oxigenación de los tejidos y provocando un mayor trabajo cardíaco (hay que hacer llegar más cantidad de sangre al estar ésta menos oxigenada) y una intoxicación general del organismo mayor.

Los ejercicios dirigidos a mejorar la respiración permiten aprender a controlarla y en consecuencia favorecen la aparición de los beneficios asociados a una buena oxigenación, entre ellos, además de ayudar al control de la activación fisiológica, la reducción de la tensión muscular, la irritabilidad, la fatiga, la ansiedad, etc, en general ayudan a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar. Obviamente, dado que los pulmones no pueden moverse, la forma de respirar depende directamente del movimiento de los músculos intercostales y del diafragma, que permiten que se expandan los pulmones y pueda entrar aire en ellos. En esto consiste el aprendizaje de una respiración adecuada, y es necesario aprender a hacerlo también con zonas

más inferiores como la estomacal y la ventral, es decir, utilizando también los músculos abdominales. El entrenamiento empieza por dividir la respiración en tres partes (ventral, estomacal y pectoral) para llegar a una respiración continua y profunda.

- **Relajación**

Por otra parte, aunque se tienda a definir la relajación por referencia exclusivamente a su correlato fisiológico (ausencia de tensión muscular), realmente constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan, siendo partes integrantes del proceso como causa y como producto.

La activación fisiológica es inespecífica, siendo su principal mecanismo de acción la activación del sistema nervioso simpático: la rama simpática del sistema nervioso autónomo es la responsable de los cambios fisiológicos presentes en las emociones; su función es preparar al organismo desde el punto de vista energético; proporcionándole el aporte sanguíneo necesario para actuar de forma adaptativa ante las demandas ambientales. Por el contrario, en los estados de tranquilidad y quiescencia (como en el caso de la relajación) el nivel de activación fisiológica se supone mínimo, siendo su principal mecanismo de acción la activación del sistema nervioso parasimpático, cuya función es de riesgo contrario, conservar la energía del organismo. Ambas ramas actúan según el principio de inhibición recíproca, así cuando una se activa, la otra se inhibe y viceversa.

En realidad, la relajación no es un estado general caracterizado por un nivel de activación fisiológica mínima, sino un estado específico caracterizado por un patrón de activación fisiológica distinto u opuesto al de las emociones intensas. De esta manera si sus músculos están relajados, se sentirán relajados.

De entre las muchas ventajas que se derivan de la relajación, he aquí una muestra de ellas:

- Al reducir la ansiedad reduce problemas de conducta que son consecuencias de aquélla, y al reducir estas conductas socialmente inaceptables puede producir también un mayor sentimiento de normalidad, mejorando al autoconcepto y proporcionando un mayor sentimiento de autoestima.

- Ayuda a reducir conductas que interfieren durante el aprendizaje.
- Aumenta el bienestar físico (al tensar y destensar los músculos) incrementando el tono muscular y desarrollando un mejor control sensoriomotor.
- Puede dar por resultado un mejor auto concepto y un mayor sentimiento de autoestima, dado que los ancianos muestran frecuentemente respuestas de turbación y timidez cuando se ven expuestos a la observación de otros ancianos, si tienen que escenificar o practicar una situación en público.

Su entrenamiento consiste en aprender a relajar los músculos de todo el cuerpo por partes, pero progresivamente; para ello se van tensando y destensando deliberadamente, ya que la base de la técnica es precisamente aprender a distinguir las sensaciones de tensión de las de relajación, es decir, darse cuenta de cuándo un músculo está tensado o agarrotado y aprender a relajarlo o distenderlo. (Cuenca, 2016)

4.3.2 Técnicas cognitivas: terapia racional emotiva.

El tema central de esta terapia es que los diferentes tipos de ideas irracionales básicas (mitos o estereotipos para los ancianos) y las creencias que de ellas se derivan son el origen básico de la mayoría de las perturbaciones emocionales. Por una vez que un ser humano se crea todos los sinsentidos que incluyen esas ideas, inevitablemente, tenderá a sentirse inhibido, hostil, defensivo, culpable, ansioso, agresivo, ineficaz, inactivo, descontrolado o desgraciado. Por otro lado, si pudiera liberarse de estos pensamientos ilógicos fundamentales sería muy difícil para él llegar a sentirse tan alterado emocionalmente o mantener esta perturbación durante un período de tiempo largo.

Así pues, el objetivo de la terapia es inducir al anciano a que deje estos pensamientos irracionales, así como también los comportamientos autodestructivos consigo mismo y en sus relaciones con los demás y a potenciar al máximo su forma racional de pensar y de crecer.

Dado que el pensamiento crea la emoción, la metodología básica de la TRE consiste en que dentro de una técnica verbalmente activa y didáctica el terapeuta utilice plenamente el método socrático de discutir para debatir las creencias irracionales del anciano. Primero hay que lograr

que las identifique o reconozca, después las examine y por fin las abandone, adaptándose a sus déficits cognitivos y siendo lo más claro y simple posible. (Velázquez, 2918)

4.3.3 Técnicas de aprendizaje

- **Modelado**

Consiste en presentar una serie de escenas en vivo representadas por el psicoterapeuta o por algún miembro del grupo. A través de esta escenificación se expone a la persona la conducta objetivo de entrenamiento, permitiéndole el aprendizaje observacional de ese modelo de actuación.

- **Ensayo de conducta**

Se invita a los participantes del grupo a que representan escenas cortas que simulen situaciones de la vida real. La persona describirá brevemente la situación, el problema que le preocupa y las personas implicadas. Se elige a alguien que simule a la/s persona/s de la vida real. Al final se evalúa entre toda la efectividad de la respuesta. También en la utilización de estas técnicas de modificación de conducta (tales como el entrenamiento en asertividad, correr riesgos en vivo, etc.) la mayoría de las veces son más eficaces si se llevan a cabo en grupo

- **Instrucciones**

Se proporciona información sobre el programa de entrenamiento. Se aporta a la/s persona/s información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su ejecución y el criterio; esto es, incidimos en aspectos mejorables de la conducta realizada. Se expresa cuál puede ser la conducta más apropiada

- **Retroalimentación**

Después de cada representación se ayuda al anciano, entre todos, a que descubra el desarrollo de su actuación. Es importante que escuche las opiniones de todos y que éstas sean positivas y se presenten de forma beneficiosa. Una opinión negativa debe seguirse de un comentario relacionado a cómo solucionar un fallo específico. Éste también un valioso feedback al aceptarse como son sin importarles ya tanto «si actúan bien o mal.

- **Reforzamiento**

Después de la evaluación de las conductas se aporta refuerzo social (halago, aprobación, aliento). Su función es aumentar la frecuencia de esa respuesta. Se debe enseñar a que la misma persona se auto recompense..

- **Habitación y generalización**

Responder de igual forma ante situaciones parecidas a las entrenadas de una manera automática. Sería la extensión a la vida cotidiana de las habilidades aprendidas como una costumbre o actitud más ante las situaciones interrelacionadas diarias.

En definitiva, consideramos que las técnicas psicoterapéuticas, en concreto los programas de entrenamiento en habilidades sociales, son eficaces para corregir o al menos mejorar en gran medida problemas cognitivos y emocionales, especialmente la depresión. Pueden ser, por tanto, una herramienta muy útil para el médico de Atención Primaria y para el gerontólogo al efecto de paliar este tipo de trastornos tan comunes en la población anciana. El saber proporciona en última instancia un ideal de vida correcto que permite al anciano discriminar y modificar en consecuencia actitudes y conductas incompatibles con su salud y su bienestar psicofísico.

La clínica, la observación rigurosa y el seguimiento de los ancianos sometidos a este tipo de intervención psicoterapéutica nos indican que existe una serie de efectos terapéuticos fundamentales. La pertinencia de estas técnicas es indiscutible. Sin embargo, hay que subrayar que exige mucho tiempo, esfuerzo y motivación para conseguir movilizar el dinamismo psíquico del anciano anquilosado muchas veces en un lento languidecer y declinar psíquico.

Detención y manejo del maltrato al adulto mayor.

- La visión de “cero tolerancias” a la discriminación al adulto mayor debe de ser apoyada como una estrategia objetiva de la administración del hospital.
- Se debe de promover cursos que permitan el conocimiento, habilidades y actitudes que apoyen la “cero tolerancia” a la discriminación.
- Creación de un equipo interdisciplinario en urgencias para identificar a los pacientes con alto riesgo de complicaciones.

- Manejo conjunto de pacientes geriátricos en los servicios de cirugía ortopédica, cirugía vascular, cirugía cardíaca y cuidados oncológicos.
- Un equipo geriátrico especializado en pacientes con problemas de conducta secundario a delirium o demencia.
- Programa de soporte nutricional que incluya la preparación, presentación y asistencia al momento de la alimentación del adulto mayor.
- Un sistema de asistencia personalizada para el adulto mayor para que pueda navegar los servicios del hospital.

4.3.4 Índice de Barthel

Evalúa diez actividades básicas, tiene una puntuación total de 100 que implica la máxima independencia y una mínima de 0 o máxima dependencia, se clasifican en tres categorías según la puntuación obtenida: dependencia leve (igual o mayor de 65 puntos), dependencia moderada (45 a 60), dependencia grave (menor de 45 puntos).

Los cambios en la capacidad funcional se producen de 5 en 5 puntos, aunque no supone la misma pérdida de funcionalidad una disminución de 5 puntos en pacientes con alto grado de independencia que en aquellos con menor grado de independencia. Tiene un alto grado de concordancia con otras escalas, como el índice de Katz, aunque posee la ventaja de tener una mayor sensibilidad al cambio y de que evalúa cada actividad por separado. Se trata, por tanto, de una escala con alto poder predictivo tanto de deterioro funcional al ingreso, como de recuperación funcional al alta de un proceso agudo.

4.3.5 Índice de Katz

Valoración de actividades de la vida diaria, el mide seis actividades básicas: baño, vestido, uso del retrete, movilización, continencia y alimentación. Estas se agrupan en siete grupos de A a G, de mayor independencia a mayor dependencia, respectivamente.

Actividades instrumentales (o intermedias) de la vida diaria son actividades más complejas, y su realización conlleva un mayor nivel de autonomía son más útiles en la detección de los primeros grados deterioro funcional, están destinadas a la interacción con el entorno e

implican la capacidad de tomar decisiones y de solucionar problemas de la vida cotidiana, dependen no sólo de la situación mental del paciente, sino del entorno social en el que viva.

4.3.6 Índice de Lawton y Brody

La escala más utilizada es el índice de Lawton y Brody, consta de ocho parámetros cada una de ellas puntúa con un punto, de forma que una puntuación de 8 supone la máxima independencia y una puntuación de 0 la máxima dependencia: uso de teléfono, realización de compras, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte y manejo de medicación y asuntos económicos. 6-9 Esta escala tiene un factor predictivo de deterioro funcional durante la hospitalización, también tiene sus limitaciones, en los pacientes institucionalizados, donde tareas como el cuidado del hogar o preparar la comida las realiza el centro, aunque el paciente sí que fuera capaz de realizarlas, es más adecuada su aplicación a las mujeres, que son las que tradicional y socialmente realizan las tareas del hogar y por ello puntúan más alto que los varones a igualdad de capacidad funcional. 6-10

Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, transporte, viajes, trabajos, participación en grupos, contactos sociales o relaciones interpersonales, son extremadamente variables de una persona a otra, por lo que no pueden usarse escalas de valoración. Aunque no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto, casi siempre son las primeras en alterarse en cualquier enfermedad en personas de todas las edades.

Teoría de Hildegard Peplau

Peplau define a la enfermera como una persona capaz de desarrollar y potenciar habilidades que le permiten mantener una relación con el individuo o persona, de tal manera que éste afronte sus problemas personales y logre conseguir un estado de salud favorable, esto es un proceso en conjunto y de apoyo, cuyo objetivo es resolver una situación o problema. (Zuñiga, 2016)

Peplau considera que el proceso de enfermería conlleva una serie de pasos que van en secuencia y van centradas en las interacciones terapéuticas, además se enfatiza en las relaciones

interpersonales del paciente, en el cual, los adultos mayores y cuidadores aprenden de su relación a partir de aspectos básicos como la observación, comunicación y clarificación de problemas.

Teoría de Marjory Gordon.

La Teoría de Marjory Gordon define los patrones funcionales como las actividades que debe desarrollar el ser humano para alcanzar su total plenitud como persona, contribuyendo al bienestar físico, psicológico y social a lo largo de su vida alcanzando todo el potencial humano, esto proporciona un marco de valoración con dependencia a la edad, al nivel de cuidado o de la patología que aflige. (Castillo & Muñoz, 2017)

Los patrones funcionales son primordiales para poder realizar una correcta valoración de enfermería y así poder central el cuidado enfermero en problemas a mejorar de una persona, ya que esta identifica la necesidad que posee el humano, en el caso de adultos mayores a necesidades que necesita cumplir con el fin de alcanzar su bienestar biopsicosocial.

4.3. Fundamentación legal

Constitución de la República del Ecuador 2008

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
- El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
- La jubilación universal.
- Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
- Exenciones en el régimen tributario.
- Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.

- El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
3. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
4. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
5. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
6. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
7. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

8. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

LEY DEL ANCIANO VIGENTE

Art. 1.- Objeto. El objeto de esta Ley es promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas adultas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada, expresados en la Constitución de la República, instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes conexas, con enfoque de género, movilidad humana, generacional e intercultural.

Art. 2.- Ámbito. Esta Ley será aplicable para las personas adultas mayores ecuatorianas y extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano. Las personas adultas mayores ecuatorianas en situación de movilidad humana que se encuentren en el exterior serán sujetas de protección y asistencia de las misiones diplomáticas y oficinas consulares del Ecuador.

Art. 3.- Fines. La presente Ley tiene las siguientes finalidades:

- Crear el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Impulsar el cumplimiento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación.
- Orientar políticas, planes y programas por parte del Estado que respondan a las necesidades de los adultos mayores y promuevan un envejecimiento saludable.
- Promover la corresponsabilidad y participación del Estado, sociedad y familia, para lograr la inclusión de las personas adultas mayores y su autonomía, teniendo en cuenta sus experiencias de vida y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.
- Garantizar y promover la integración, participación ciudadana activa e inclusión plena y efectiva de las personas adultas mayores, en los ámbitos de construcción de políticas públicas, así como en actividades políticas, sociales, deportivas, culturales y cívicas.

- Establecer un marco normativo que permita el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.
- Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento.
- h) Promover la eliminación de todas las formas de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso por razones de la edad, en contra de las personas adultas mayores, en el marco de las competencias de los integrantes del Sistema de conformidad con la legislación vigente.

Art. 4.- Principios fundamentales y Enfoques de atención. Para la aplicación de la presente Ley, se tendrán como principios rectores:

- Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual o colectiva.
- Igualdad formal y material: Todas las personas adultas mayores son iguales ante la ley y gozarán de su protección y beneficio sin discriminación alguna. Se garantizará el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de satisfacciones necesarias para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción de ninguna naturaleza, respetando los enfoques de género, generacional, intercultural, movilidad humana, territorial y de integralidad de derechos.
- Integración e inclusión: Se garantiza de manera progresiva la incorporación de las personas adultas mayores, en las actividades públicas y privadas que sean de su interés, valorando y respetando la diversidad humana con el objetivo de convivir, contribuir y construir oportunidades reales para el ejercicio de sus derechos.
- En caso de duda razonable sobre el alcance de las disposiciones legales o reglamentarias, estas se aplicarán en el sentido más favorable a la protección de las personas adultas mayores. En caso de existencia de dos normas de la misma jerarquía, aplicables a un determinado caso, se optará por la más favorable a la persona adulta mayor, la cual se aplicará íntegramente.

- No discriminación: Se prohíbe toda discriminación o distinción no razonable contra las personas adultas mayores, ni deberá estar sujeta a acciones u omisiones que tengan como efecto anular, excluir o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra circunstancia de la vida pública o privada.
- Participación Activa: Se procurará la intervención protagónica de las personas adultas mayores, en todos los espacios públicos de toma de decisiones, en el diseño, elaboración y ejecución de planes, programas y proyectos que sean de su interés. El Estado proveerá los mecanismos y medidas necesarias para su participación plena y efectiva, con valoración especial sobre sus vivencias y conocimientos, en el desarrollo social, económico, cultural y político del Estado.
- Responsabilidad social colectiva: Será obligación solidaria del Estado, sociedad y la familia respetar los derechos de las personas adultas mayores, así como generar condiciones adecuadas y eficaces para el desarrollo de sus proyectos de vida, y de manera preferente cuando se encuentren en condición de vulnerabilidad.
- Principio de Protección: Es deber del Estado brindar garantías necesarias para el pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores. Todos los ciudadanos están obligados a prestar a las personas adultas mayores la protección oportuna, adecuada, prioritaria y especializada, para la garantía y eficacia de sus derechos, así como aportar a la efectiva tutela cuando estos han sido vulnerados.

Del derecho a la vida digna

Art. 16.- Derecho a la vida digna. Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal.

Para asegurar el derecho a una vida digna, a todas las personas adultas mayores se les asegurará el cuidado y protección de sus familiares, para lo cual, en caso de no existir consenso entre los obligados, el juez de familia, mujer, niñez y adolescencia, dispondrá su custodia y regulará las visitas.

En todos los casos se respetará la opinión de la persona adulta mayor, cuando esté en capacidad de emitirla. El Juez podrá impartir medidas de protección hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, de conformidad a lo establecido en la presente Ley y su Reglamento.

Del derecho a la independencia y autonomía

Art. 17.- Independencia y autonomía. Se garantizará a las personas adultas mayores el derecho a decidir libre, responsable y conscientemente sobre su participación en el desarrollo del país y la definición de su proyecto de vida conforme a sus tradiciones y creencias. Las personas adultas mayores, tendrán el derecho a acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales, recreativas y a desarrollar sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario permitiéndole fomentar su autonomía personal.

Las personas adultas mayores de pueblos y nacionalidades tienen derecho a su independencia y autonomía, en el marco del goce de su identidad cultural conservando sus formas de convivencia y organización social. La pensión jubilar de las personas adultas mayores será inembargable, salvo para el pago de pensiones por alimentos.

La autoridad nacional encargada de la inclusión económica y social, diseñará, implementará y ejecutará planes, programas y proyectos que permitan a las personas adultas mayores alcanzar autonomía e independencia en la toma de decisiones y la realización de sus actos, mediante el apoyo solidario de sus familias, comunas, comunidades y la sociedad. Los gobiernos autónomos descentralizados tendrán la misma responsabilidad respecto a la implementación y ejecución de las políticas públicas diseñadas para este fin, en los diferentes niveles de gobierno.

Derecho a la libertad personal

Art. 18.- De la libertad personal. El Estado garantizará que ninguna persona adulta mayor sea privada de su libertad de manera ilegal o arbitraria.

Derecho a la cultura, deporte y recreación

Art. 19.- Derecho a la cultura. Las personas adultas mayores tienen derecho a acceder, aportar, participar y disfrutar de las actividades culturales, artísticas y espirituales, en el marco de la diversidad. Para la generación de estas medidas las entidades del Sistema Nacional de Cultura y los gobiernos autónomos descentralizados, impulsarán la participación de las organizaciones de personas adultas mayores, en la planificación y realización de proyectos culturales y de divulgación, contando además con el apoyo de la sociedad. Art. 20.- Deporte, recreación y turismo.

El Estado a través de las autoridades nacionales rectoras del deporte, turismo y los gobiernos autónomos descentralizados dentro del ámbito de sus competencias, crearán programas que generen espacios para estimular el desarrollo de las potencialidades y capacidades físicas, deportivas, recreativas y turísticas de las personas adultas mayores.

Formulación de la hipótesis.

Los adultos mayores perciben la violencia psicológica de forma negativa ocasionando afecciones en la salud mental, afectando la calidad de vida de las personas geriátricas de la comuna Valdivia.

Identificación y clasificación de variables

Variable dependiente: Percepción de la violencia psicológica.

Definición Operacional

<i>Hipótesis</i>	<i>Variable dependiente</i>	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Técnica
<i>Los adultos mayores perciben la violencia psicológica de forma negativa ocasionando afecciones en la salud mental, afectando la calidad de vida de las personas geriátricas de la comuna Valdivia.</i>	Percepción de la violencia psicológica.	Se entiende como la predisposición para responder emocional, conductual y cognitivamente ante la percepción de acontecimientos violentos.	Percepción positiva	Bienestar emocional	Observación directa e indirecta mediante datos estadísticos y encuestas.
				Satisfacción de vida	
				Desinterés de actividades	
			Percepción negativa	Estado de ánimo negativo	
				Insatisfacción de vida	
				Pensamientos negativos	

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Elaborado por: De la Cruz Suarez Romel

Variable independiente: salud mental de los adultos mayores.

HIPÓTESIS	Variable Independiente	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Técnica
LOS ADULTOS MAYORES PERCIBEN LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE FORMA NEGATIVA OCASIONANDO AFECIONES EN LA SALUD MENTAL, AFECTANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS GERIÁTRICAS DE LA COMUNA VALDIVIA.	Salud mental de los adultos mayores.	La salud mental incluye el bienestar emocional y psicológico del adulto mayor. Afecta la forma en que piensa, siente y actúa. También ayuda a determinar cómo se maneja el estrés, relaciones interpersonales y toma de decisiones.	Afecciones psicológicas	Depresión Ansiedad Trastornos del sueño	Observación directa e indirecta mediante datos estadísticos y encuestas.
				Estrés	Riesgos de suicidio

Elaborado por: De la Cruz Suarez Romel

CAPÍTULO III

6. Diseño metodológico

Cuantitativo

El presente estudio, tiene un enfoque cuantitativo debido a que se recolectará datos epidemiológicos sobre las principales causas y efecto del maltrato psicológico en adultos mayores proporcionando datos precisos, analíticos y medibles, el cual, servirá en la elaboración de cuadros y tablas estadísticas para su comprensión.

Descriptivo

Este proyecto investigativo es de tipo descriptivo debido a que se detalla y analiza los datos obtenidos mediante el conocimiento científico con la finalidad de obtener resultados favorables que sean relevantes en la investigación.

Transversal

Es de corte transversal porque la recolección de datos está determinada para un periodo de tiempo específico entre junio a Octubre del 2021.

6.3. Población y muestra

Población

La población para la realización de este trabajo investigativo consta de 150 adultos mayores que residen en la comuna Valdivia de la provincia de santa Elena.

Muestra

El total la muestra consta de 75 adultos mayores que residen comuna Valdivia en el periodo de tiempo de enero a Septiembre del 2021, los cuales serán elegidos a través de criterios de inclusión y exclusión.

6.4. Tipo de muestreo

Por conveniencia con criterio de inclusión, Criterios de exclusión

- Adultos mayores que asisten a la comuna de Valdivia
- Mujeres y hombre de edad de 70 a 83 años
- Pacientes que sufren de maltrato verbal

6.5 Técnicas recolección de datos

Instrumento de medición datos, midiendo en forma cuantitativa los datos obtenidos.

6.6. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó una encuesta de la escala geriátrica del maltrato al adulto mayor validada MAIS y la escala de Yesavage para la recolección de datos a pacientes geriátricos.

6.7. Aspectos éticos

Se elaboró una carta de permiso para la comuna de Valdivia, con el objetivo de tener la apertura en los barrios del sector, a su vez se elaboraron consentimientos informado que fueron entregado a cada uno de los participantes con la finalidad de poder adquirir información clara y real, respetando el derecho de confidencialidad a cada uno de los adultos mayores.

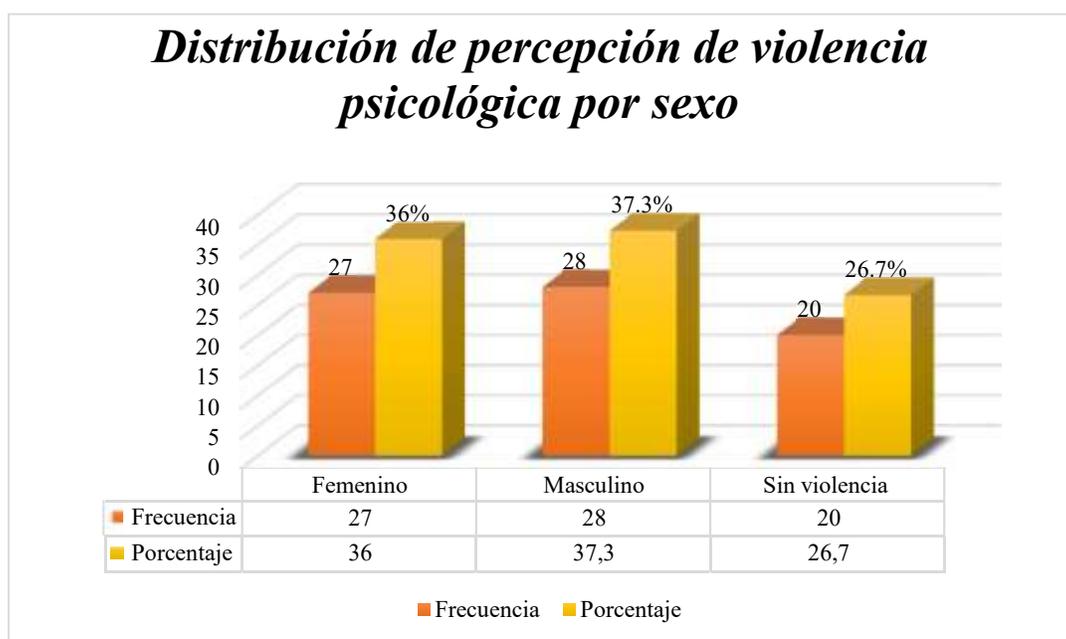
CAPÍTULO IV

7. Presentación de resultados

7.1. Análisis e interpretación de resultados por la escala geriátrica del maltrato al adulto mayor y la escala de Yesavage

Una vez aplicados los instrumentos de recolección de datos a los adultos mayores que residen en la comuna Valdivia, se realizaron las respectivas tabulaciones de la información obtenida junto con análisis respectivo para dar respuesta a los objetivos

Gráfico 1 Distribución de percepción de violencia psicológica por sexo



planteados.

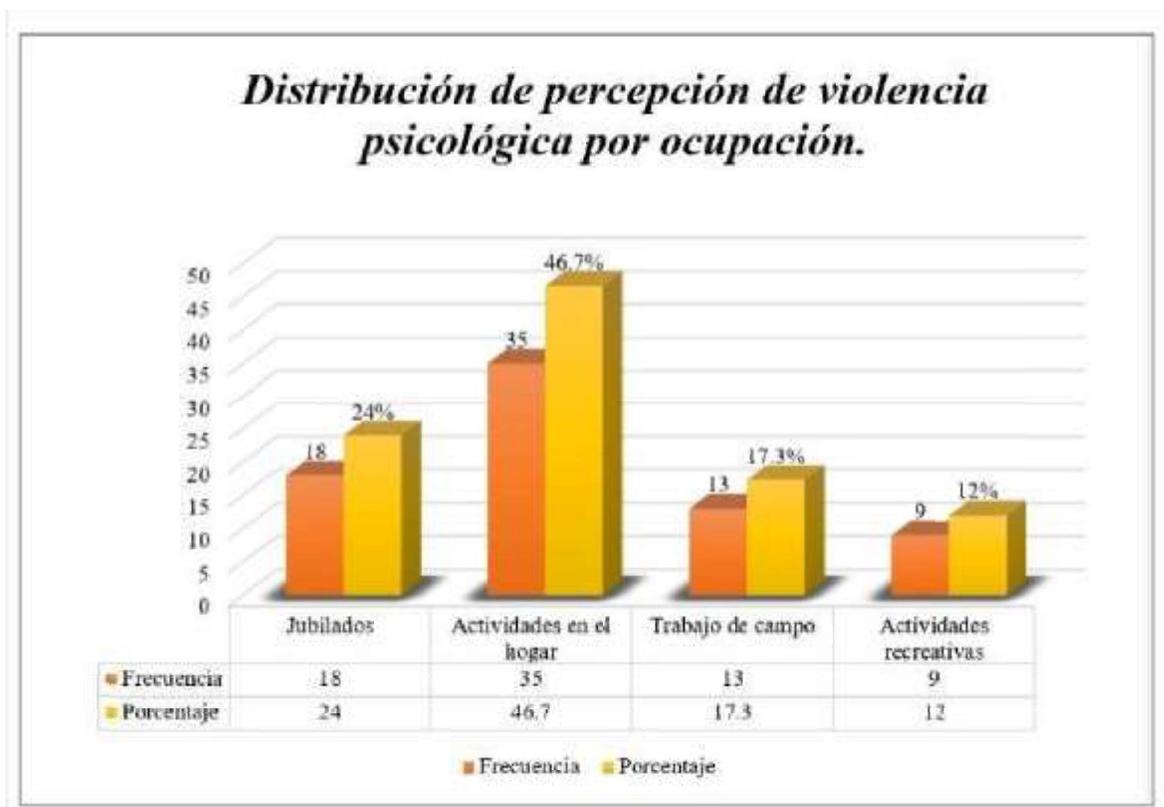
Elaborado por: De la Cruz Suarez Romel

Fuente: Población adulta mayor de comuna Valdivia

Se logró determinar la percepción de violencia psicológica por sexo, donde, el género masculino es el que más han sufrido algún tipo de maltrato psicológico con un 37,3%, seguido del sexo femenino con un 36% de las participantes fueron violentadas de forma psicológica, mientras que un 26,7% no percibieron ningún tipo de maltrato psicológico por parte de sus familiares o personas de su comunidad. Tal como lo indico (Escalona, 2017) en su estudio donde, logro identificar el 55% de los usuarios adultos

mayores fueron violentados de forma psicológica por familiares o alguna institución donde se les brindaba cuidados específicos.

Gráfico 2 Distribución de percepción de violencia psicológica por ocupación



Elaborado por: De la Cruz Suarez Romel
Fuente: Población adulta mayor de comuna Valdivia

La percepción de la violencia psicológica por parte de los adultos mayores se ve vinculado a las actividades que la persona realice de forma cotidiana, donde el 46,7% de los participantes la mayor parte de su tiempo la dedicaban a realizar actividades dentro del hogar, seguidos de personas jubiladas con un 24%, mientras que el 17,3% de los usuarios encuestados indicaron realizar trabajos de campo fuera del hogar y tan solo un 12% indicaba poder realizar actividades recreativas, como lo indico la (Organización Mundial dela Salud, 2021), en su estudio describe que el 77.5% de los adultos mayores fueron víctimasde algún tipo de maltrato psicológico relacionado al confinamiento social por la pandemia

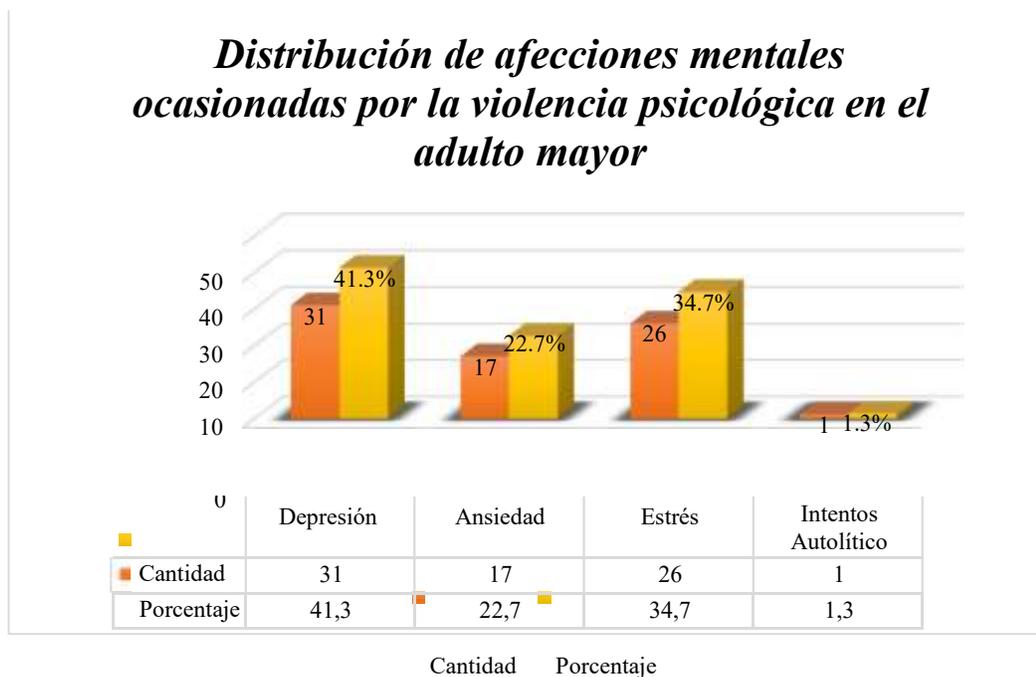
por Covid-19, lo que limitó actividades cotidianas de los adultos mayores, esto aumentó los casos de violencias psicológicas dentro de los hogares.

Gráfico 3 Distribución de afecciones mentales ocasionadas por la violencia psicológica en el adulto mayor

labora
do por:
De la Cruz
Suarez
Romel

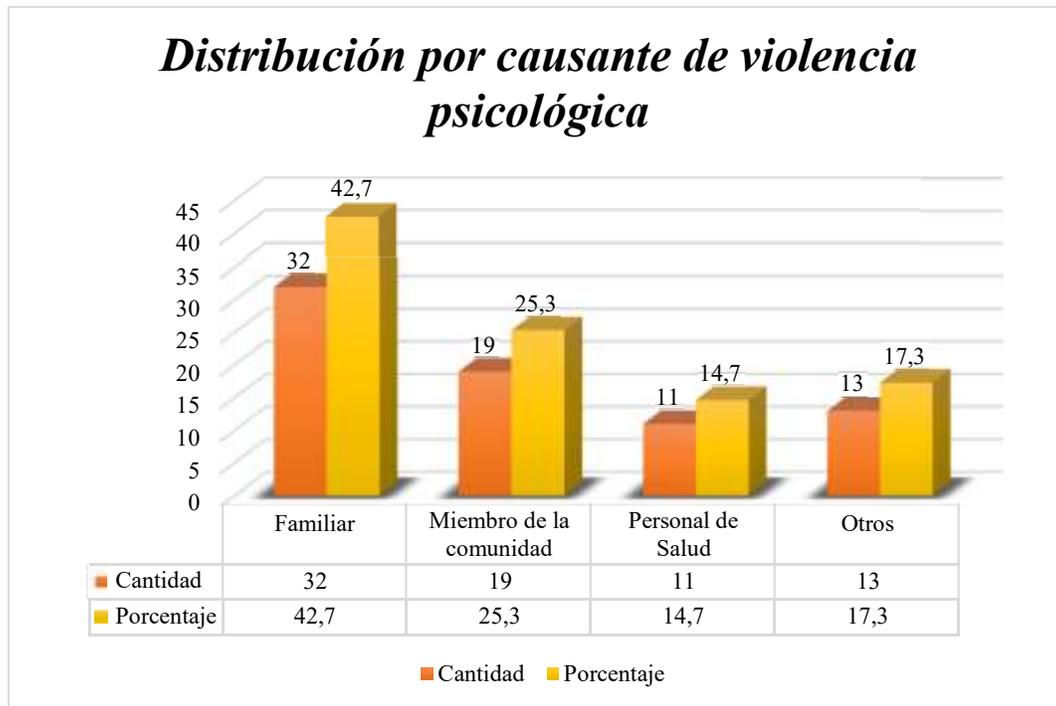
Fuente:
Población
adulta

mayor de
comuna
Valdivia



En el siguiente gráfico se logra apreciar cuáles fueron las principales afecciones psicológicas que aparecieron en los adultos mayores participantes; donde, el 41.3% de ellos generaron síntomas depresivos, tras experimentar algún tipo de maltrato psicológico, seguido de un 34.7% de los usuarios desarrollaron cuadros de estrés y el 22.7% trastornos de ansiedad; mientras que el 1.3% tuvo afecciones psicológicas severas al realizar intento autolítico; Estudios como el de (Sinchire, 2017), el cual demostró que el 64% de los participantes tuvieron síntomas de depresión ocasionados por violencia psicológica que recibían los usuarios gerontológicos dentro de sus domicilios o por parte de la comunidad.

Gráfico 4 Distribución por causante de violencia psicológica



Elaborado por: De la Cruz Suarez Romel

Fuente: Población adulta mayor de comuna Valdivia

El maltrato psicológico hacia los adultos mayores es ocasionado por varios participantes entre los cuales la familia se coloca en primer lugar de causar algún tipo de maltrato psicológico con un 42.7%, seguido de los miembros de la comunidad con un 25,3% y otro grupo de personas se ubica en el tercer lugar con un 17,3%. Otro lugar donde se genera violencia psicológica hacia los adultos mayores es en instituciones de salud por parte de su personal o su cuidador con un 14,7%. Este estudio se asemeja con el de (Agudelo & Cardona, 2020), donde se evidencia que el principal causante de violencia psicológica a los adultos mayores es intrafamiliar con 53% lo que les ocasiona afecciones en su salud mental a la persona geriátrica al no saber cómo afrontar este tipo de situaciones.

Conclusiones

La percepción de la violencia psicológica y su afección a la salud mental del adulto mayor es una problemática de salud pública a nivel mundial, de acuerdo a los datos obtenidos a través de los antecedentes de investigación de este estudio; se logra evidenciar la problemática social está presente en el 37.3% de la población masculina y un 36% del género femenino, lo que indica que el 73.3% del total de la muestra investigada sufrió algún tipo de maltrato psicológico, de los cuales el 46.7% se dedicaba a actividades dentro del hogar. Según la escala de valoración de Yesavage, utilizada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador para la detección de índices de violencia y depresión en el adulto mayor.

Con la escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor nos permitió identificar cual es el tipo de violencia que se frecuenta más en el adulto mayor se evidencio que existe, la muestra de estudio, desarrollo afecciones en la salud mental tras presentar índices de maltrato psicológico, donde el 41.3% de la muestra generaron cuadros depresivos, el 34.7% síntomas de estrés, un 22.7% signos de ansiedad, mientras que el 1.3% intento autolítico, a esto se suma las preocupaciones de vida, junto a cambios en las características biopsicosociales del adulto mayor que se convierten en factores de riesgos severos para complicaciones en la salud mental.

La violencia psicológica al adulto mayor es evidente, gracias a las escalas de valoración aplicadas se logró evidenciar que el mayor de los casos de maltrato psicológico se presenta de forma intrafamiliar con un 42.7% de la muestra participante indico que en algún momento los familiares los agredieron a tal punto que se vio afectado su salud mental; a su vez otro grupo demostró que el 25.3% fueron violentados por miembros de la comunidad, y el 14.7% fueron agredidos por sus cuidadores o por personal de salud en diferentes tipos de instituciones.

Recomendaciones

Se recomienda a instituciones públicas o privadas gestionar estrategias de apoyo a grupos vulnerables como los adultos mayores, con el fin de ayudar a la adaptación del envejecimiento a la población geriátrica y a familiares a través de talleres de participación ciudadana mediante charlas educativas, terapias familiares, etc.; también planificar y facilitar espacios donde se puedan compartir con los adultos mayores de forma extra domiciliaria que ayuden a entender la importancia del cuidado a las personas geriátricas hacia las nuevas generaciones.

Al personal de salud implementar y ejecutar actividades de promoción en salud mental del adulto mayor que permita alcanzar el bienestar biopsicosocial; logrando en esta población vulnerable puedan recibir servicios de calidad orientados a la realización humana para que puedan disfrutar de una vida saludable, activa y segura con el fin que gocen un envejecimiento digno.

A los estudiantes universitarios y profesionales se invita a direccionar trabajos investigativos a los adultos mayores y su bienestar emocional desde una perspectiva integral centrándose en las necesidades de esta población vulnerable, contribuyendo a la comprensión del envejecimiento, planes de intervención a las familias, comunidad implementando estrategias que mejoren la calidad de vida del usuario geriátrico.

Bibliografía

Libros

- Andrade, F., & Alejo, O. (2018). Método inductivo y su refutación deductista
- Arreaga, R. (2013). *TIPOS DE MALTRATO Y GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR*. México: México.
- Castillo, F., & Muñoz, A. (2017). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Cuba: Eliener. Obtenido de <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- Cuenca, D. (2016). Psicoterapia en el anciano. 23. doi:<https://www.vitalzheimer.com/psicoterapia-en-el-anciano/>
- Eliopoulos, C. (2016). *Enfermería Gerontológica 8va Edición*. Madrid : Wolters.
- Escalona, J. (2017). La violencia psicológica al anciano en la familia. *Psicología para América Latina*, 112-123.
- Estrada, J. (2016). *Metodología De La Investigacion Científica*. Buenos Aires: Pac (Publicaciones Administrativas Y Contables Jurídicas).
- flores, J. (2017). *Violencia Psicológica*. Chile : Unidad de Cuidaod .
- Gasoar, A. (2019). *PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO*. Santiago de Chile: elenier.
- Guajardo, G. (2016). *Salud Mental Y Personas Mayores Reflexiones teórico-conceptuales*. Chile: Elanier. Obtenido de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56111.pdf>
- López, M. (2016). *Texto Básico de Geriatria y Gerontología*. Mexico: Managua. Obtenido de

<https://repositorio.unan.edu.ni/3947/1/TEXTO%20BASICO%20DE%20GERIATRIA%20Y%20GERONTOLOGIA.pdf>

Parraguez, S., Chunga, G., Flores, M., & Romero, R. (2017). *El Estudio y la Investigación Documental: Estrategias Metodología y Herramientas TIC*. Perú: EMDECOSEGE.

Tabloski, P. (2015). *Enfermería Gerontológica*. Madrid: Pearson. Obtenido de <http://docshare01.docshare.tips/files/26020/260202689.pdf>

Velázquez, M. (2018). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. Mexico: Ianier . Obtenido de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf

Zuñiga, A. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana*, 80. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>

Revista científica

Alquinga, A. (2016). *El abandono del Adulto Mayor, vulnera los Derechos del Buen Vivir en la zona de Quitumbe del Distrito Metropolitano de Quito, en el año 2016*. QUITUMBE.

Arcos, O. (13 de Abril de 2018). *Rol de los Profesionales de Enfermería en el Sistema de Salud Colombiano*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

Arreaga, R. (2013). *TIPOS DE MALTRATO Y GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR*. México: México.

Cardona, D. (2016). Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. *scielo*, 5.

Cuenca, D. (2016). Psicoterapia en el anciano. 23. doi:<https://www.vitalzheimer.com/psicoterapia-en-el-anciano/>

Henao, A. (2020). Violencia Contra las Personas Mayores: Percepciones de Actores de Redes de Apoyo Social . *Revista Espacion*, 16.

Sitio web

Abata, A., & Guijarro, V. (2016). *SOBRECARGA DEL CUIDADOR RELACIONADO AL MALTRADO DEL ADULTO MAYOR EN USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12672/Trabajo%20de%20titulacion%20%28Dra%20Abata%20y%20Dra%20Guijarro%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De La Cruz, J. (2016). *Repositorio Universidad Ricardo Palma*. Obtenido de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/537/Kaway_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019 de noviembre de 2016). *Instituto nacional de Estadísticas y censos*. Obtenido de <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018*. Quito: INEC Ecuador.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense. (13 de Agosto de 2015). *violencia en la mujer y el adulto mayor*. Obtenido de <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386132/4.3+Violencia+mujer+violencia+adulto+mayor+mujer+Septiembre+2016+-2017+-2018.jpg/f095b06c-aade-a855-bba6-1b7ea577eb52?version=1.0&t=1575578348345>

Llumiguano, J., & Guairacaja, M. (2020). *Repositorio de Universidad Nacional De Chimborazo*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6764/1/TESIS%20Llumiguano%20%20Jessica%20Marisol%20Y%20Guairacaja%20Marco-MED.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). adulto mayor. *Organización Mundial de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Salud Mental. *Organización Mundial de la Salud*, 5. Obtenido de https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=EAIaIQobChMIheSSpK3J8AIVGKjICh0iEwjeEAAYASAAEgJu2vD_BwE

Organización Mundial de la Salud. (15 de Junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Organización Mundial de la Sañud. (2016). adulto mayor . *Organización Mundial de la Sañud*.

Pacheco, M. (2016). *REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA*. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9878/1/TESIS%20MANUEL%20ANIBAL%20PACHECO%20SANCHEZ.pdf>

9. Anexos

Anexo 1: Evidencia fotográfica

Socialización de tema a investigar con grupo de adultos mayores de la comuna Valdivia.



Aplicación de instrumento para recopilar información para trabajo investigativo.



Tabulación de información obtenida para posterior análisis.



nexo 2: Instrumento

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional Dirección de la Población Adulta Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹

FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)					
Nombre del Usuario:			Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad:	Sexo:	Ocupación:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:	

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no

9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:

FIRMA DEL EVALUADOR

INSTRUCTIVO:²

Puntuación total: 15 puntos

PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

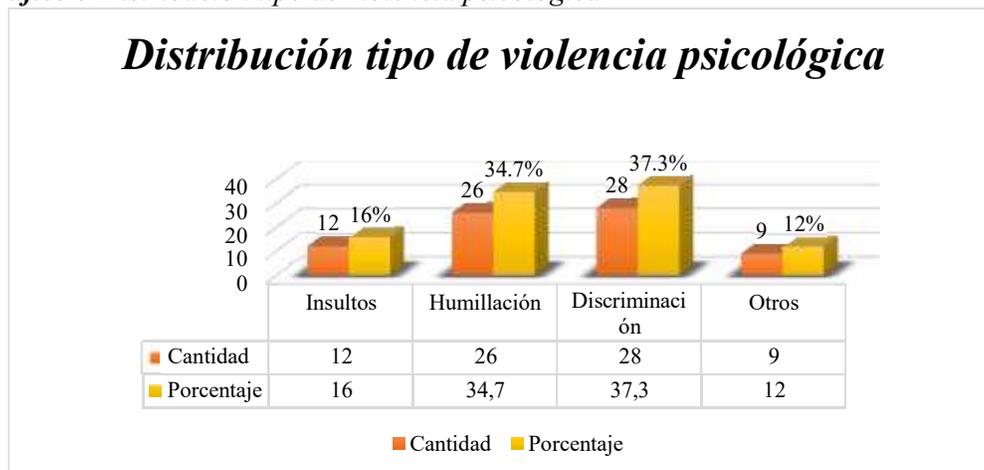
Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor					
Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.					
	A Si su respuesta es sí pise el 1	B ¿Esto ocurrió...	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D Quién fue el responsable? PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...	0 No 1 Si → * No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4 ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9 ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10 ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17 ¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maltrato: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> /22				

Obtenido de: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3d-ESCALA-GERIA%CC%81TRICA-DE-DEPRESIO%CC%81N-DE-YESAVAGE.pdf>
<http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v22n41/0124-0137-psico-22-41-00006.pdf>

validado por el ministerio de inclusión económica y social del ecuador MIES

Anexo 3: Análisis e interpretación de datos

Gráfico 5 Distribución tipo de violencia psicológica

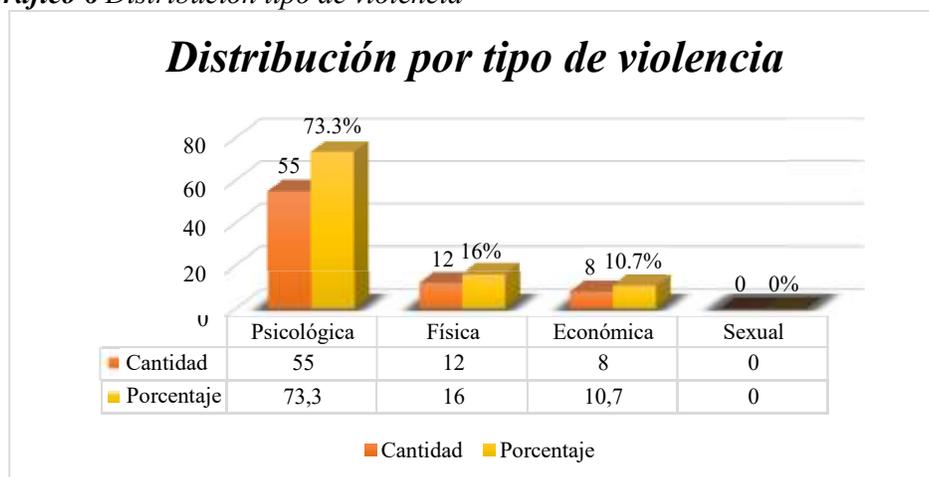


Elaborado por: De la Cruz Suarez Romel

Fuente: Población adulta mayor de comuna Valdivia

Entre los principales tipos de maltratos psicológicos encontrados en la población investigada se encuentran la discriminación de los adultos mayores con un 37.3%, seguido de humillaciones con un 34.7%, los insultos con un 16% y otros tipos de maltratos psicológicos con un 12%.

Gráfico 6 Distribución tipo de violencia



Elaborado por: De la Cruz Suarez Romel

Fuente: Población adulta mayor de comuna Valdivia

En el siguiente gráfico se da a conocer la distribución por tipos de violencia, donde la psicológica es la principal con el 73.3%, seguida de la violencia física con un 16%, por otro lado, el maltrato económico se encuentra en tercer lugar con un 10.7%, mientras que nadie de la muestra encuestada indico recibir algún tipo de violencia sexual.

Anexo 4: Autorización de la carrera de enfermería



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

Oficio N° 625-CE-UPSE-2021
La Libertad, 08 de septiembre de 2021

Señor Licenciado
Adolfo Muñoz Yagual, **PRESIDENTE**
COMUNA VALDIVIA
En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciado en Enfermería al estudiante:

N°	TÍTULO	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CEDULA
1	PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MATOR, COMUNA VALDIVIA, SANTA ELENA, 2021.	DE LA CRUZ SUÁREZ ROMEL ALDAIR	0922584156

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que el Sr. De la Cruz Romel proceda al levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



ALICIA GABRIELA
CERCADO MANCERO

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.

DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA

Archivo
ACM/PRS



Recibido
15/09/2021
Mancero
10/11/19

Dirección: Campus matriz, La Libertad - prov. Santa Elena - Ecuador
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 2-761732
www.upse.edu.ec

Anexo 5: Carta de confidencialidad

Santa Elena, 08 Septiembre del 2021

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado
Lic. Adolfo Muñoz Yagual
Presidente de la comuna Valdivia

En su despacho:

Por medio de la presente, yo **DE LA CRUZ SUAREZ ROMEL ALDAIR** portador/a de la Cédula de Identidad **0922584156** ciudadano/a mayor de edad y en plena facultades mentales, me comprometo con esta casa de salud a no divulgar, ni utilizar en mi conveniencia personal la distinta información facilitada por el establecimiento, no proporcionaré a otras personas o instituciones ni de manera verbal, ni escrita, ya sea directa o indirectamente información sobre la identidad de los pacientes ni información alguna que pueda perjudicar los intereses de este nosocomio, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará investigación realizada.

En constancia de mi compromiso firmo el presente documento.

Atentamente,



IRE. DE LA CRUZ SUAREZ ROMEL
C.I. 0922584156

Anexo 7: Certificado antiplagio



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 19 de septiembre del 2021

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado: *Percepción de la violencia psicológica y su influencia en la salud mental del adulto mayor, comuna valdivia, Santa Elena.2021*, elaborado por el estudiante: *Romel Aldair de la Cruz Suarez* estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez *analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración*, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el **1 %** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,


ISOLEO DEL
VALLE HERREÑA
Lcdo. *Herrera Pineda, PhD*
Tutor de trabajo de titulación

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena
Correo: biblioteca@upse.edu.ec



Reporte Urkund.

Original

Document Information

Analyzed document	Urkund trabajo estudiante Romel Suarez.docx (D112957856)
Submitted	9/20/2021 4:31:00 AM
Submitted by	Isabel Herrera
Submitter email	hherrera@upse.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	hherrera.upse@analysis.arkund.com

Fuentes de similitud

Sources included in the report

W	URL: http://www.scielo.org.co/pdf/rmp/v38n2/2256-3334-rmp-38-02-e33289.pdf Fetched: 9/20/2021 4:32:00 AM	1
W	URL: http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22568/1/1-UCI-0007-CPS-305.pdf Fetched: 7/17/2021 10:22:20 AM	1
W	URL: http://dspace.ucsuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/LIPIKOVLECTORIBODES20INVESTIGACIONESB3N.pdf Fetched: 12/4/2020 13:38:11 PM	1