

## INTRODUCCION

El envejecimiento es un fenómeno o problema mundial cuyas consecuencias hay que analizarlas y tratarlas a partir de la situación económica, social y cultural en particular de cada país, más aun en nuestro país el tratamiento de ella es poco al no existir una consciencia real del problema por parte de toda la sociedad actual, como también por la falta de políticas sociales que tratan el tema abarcando lo multidisciplinario en todo sentido **(4)(5)**.

La vejez es vista generalmente como un período de declive físico y mental, a las personas se les califica como “viejas” al ser percibidas de manera estereotipada y considerando que ellas sufren de enfermedades, soledad, tristeza, abandono, etc.; las propias personas ancianas o Adultos Mayores participan y aceptan dichas creencias más su autopercepción va cambiando paulatinamente al considerar que las otras personas son las viejas y no ellas, rechazando el calificativo de viejos para sí.**(19)(22)**.

Esto sucede al haber asimilado que las personas ancianas son decadentes en lo económico, y en lo social; lo anterior se produce por los cánones impuestos por la sociedad actual con respecto a la belleza, juventud, productividad, y consumo en donde los individuos diferentes no tienen una cabida en esta sociedad competitiva. Por dicho motivo algunos Adultos Mayores tienden a identificarse con el rol que la sociedad le

asigna y/o impone en esta etapa de su vida con el objeto de ser aceptados e integrados socialmente **(19)(22)**.

La manera en que el Adulto Mayor enfrente este momento de su vida, depende tanto de lo interno, del nivel de madurez que alcanza en el desarrollo personal unido a los vínculos afectivos que ha sido capaz de conformar en la familia, trabajo y en la comunidad tanto religiosa, social, política u otras. Dentro de la crisis se distingue la de tipo externa constituida por el ambiente social y físico en donde el Adulto Mayor se mueve, vive, con los recursos con que cuenta, la posibilidad de entrega ya sea en un trabajo remunerado como también en una actividad de servicio, la que reporta enormes beneficios personales y colectivos, a pesar de que sea de tipo gratuito o por solo hecho de ayudar a los demás **(19)(21)**.

Si bien la tercera edad y/o el período de adultez mayor muchas veces se relaciona con las pérdidas a nivel físico, intelectual, social y emocional entre otras hay que focalizarse en los logros y adquisiciones que están presentes en esta edad; ellos permiten generar y mantener un dialogo intergeneracional de carácter dinámico, enriquecedor y creativo a la vez estableciendo un logro real a través de una nueva madurez característica del Adulto Mayor; por lo cual consiguen tener una valorización distinta tanto de hechos, personas y de las relaciones sociales. Por todo esto aumentan su capacidad y percepción psicosocial y cultural al vincularse a diferentes grupos de edades **(20)**.

Se denomina adultos mayores a la población comprendida a partir de los 60 años a más. Según Medellín la edad adulta es la etapa en la cual los individuos han logrado un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en sí mismos, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más dependencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas **(14)**.

Al definir la salud del Adulto Mayor no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores. Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos Persona adulta mayor autovalente: Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición **(25)**.

Persona adulta mayor frágil: se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a

discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición. Persona adulta mayor dependiente o postrada: se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición **(2)**.

Existen diferentes teorías sobre los aspectos biológicos, los cuales se resumen, en el daño molecular acumulado ya la regulación del envejecimiento genéticamente determinada. Los daños moleculares se asocian a continuas alteraciones del Ácido Desoxirribonucleico (ADN), Ácido Ribonucleico (ARN), las proteínas y los lípidos, causando envejecimiento y lesión celular. Este proceso es influido por agentes exógenos tales como el medio ambiente, además de los agentes intrínsecos **(3)**.

El término de Maltrato al Adulto Mayor, por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA); es concebido como una acción u omisión que produce daño a un adulto mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona, el maltrato puede realizarse de manera intencionada, como también puede ocurrir por

desconocimiento de manera no intencionada. El daño producido a un adulto mayor puede ser de orden físico, psíquico y/o patrimonial **(9)**.

El maltrato contra el adulto mayor ocurre probablemente desde hace siglos, recién en los últimos veinte años han aparecido publicaciones al respecto. Por lo mismo ya no se puede aceptar que este tema sea aún desconocido por los miembros del equipo de salud y público en general. Adquiere, además, cada día mayor relevancia por el número creciente de personas afectadas y por las consecuencias inherentes que estos malos tratos conllevan. Las primeras publicaciones al respecto en el ámbito médico aparecieron en el año 1975 cuando se describió el síndrome del “*samarreo del anciano o abuelita golpeada*” o “*Granny Battering*”, demostrándose además que era un problema substancial **(9)**.

La inicial incredulidad respecto a los reportes sobre abuso en el adulto mayor fue posteriormente reemplazada por un creciente interés sobre el tema. Es así como en Estados Unidos se ha legislado al respecto y la comunicación de los casos es obligatoria en casi todos los países cuando el abuso ocurre dentro del hogar y en todos los estados cuando tiene lugar dentro de instituciones **(9)**.

La Asociación Americana de Medicina define el maltrato del adulto mayor como todo acto u omisión que resulte en daño o amenaza de daño a la salud o bienestar de la persona. El maltrato incluye abuso físico o

sexual, abuso psicológico, explotación (mal uso de recursos financieros de la persona), abuso médico (retener o administrar inadecuadamente los tratamientos médicos) y negligencia (deprivación del cuidado necesario) **(9)**.

Algunos estudios evidencian lo antes mencionado, así; en Costa Rica, el reporte de maltrato, negligencia y abandono es relativamente bajo, aspecto que limita la comprensión de esta realidad. Aun así existe consenso entre las instituciones públicas y privadas que atienden población de 60 años y más, para admitir que los datos disponibles son apenas la punta del iceberg. Jiménez 1998, en su estudio “Maltrato en la Persona Adulta Mayor en Costa Rica”, que concluye que 3 de cada 10 adultos mayores presenta factores de riesgo de maltrato, negligencia y o abandono.

Así mismo En la República Mexicana, se realizó un estudio entre junio del 2004 y Agosto del 2005, con adultos mayores (60 años a más) que residían en colonias marginadas de los municipios de Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. La muestra estuvo conformada por 799 adultos mayores, de los cuales 394 fueron hombres (49%) y 405 mujeres (51%). Concluyendo que el 23% de las mujeres y el 9% de los hombres encuestados reportaron haber sido víctimas de maltrato.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del 2002, encontró en la ciudad de Lima que la prevalencia de maltrato hacia el adulto mayor fue de 24,5%; el 9,8% recibe maltrato de forma sistemática, es decir una a dos veces por mes. Las formas más frecuente de maltrato son los insultos, agresiones verbales u ofensas (20,9%), seguidas de golpes, puñetes o empujones (9,6%), chantaje , manipulación o humillaciones 6% y situación de abandono 6% **(9)**.

Las Cifras de maltrato hoy en día hacia los adultos mayores crecen en nuestro país. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) presentó cifras indignantes, donde se da cuenta que, durante el año 2009 se atendieron en los Centros Emergencia Mujer 1,632 casos de violencia contra adultos mayores, y en el año 2010 un total de 1,928 casos. Esto representa el 4% de la totalidad de casos que reciben dichos servicios a nivel nacional. Dentro de las estadísticas, son los hijos u otros familiares directos, los sindicados como principales agresores **(10)**.

Los Tipos de maltrato que el MIMP ha sistematizado en relación al maltrato de personas adultas mayores son: violencia familiar, que incluye la física, psicológica y violencia sexual; el maltrato físico: es toda forma de castigo corporal se manifiesta mediante el golpe o daño físico, tales como pellizcos, jalones de pelo o cualquier lesión en el cuerpo,

abuso sexual: al realizarse un acto de naturaleza sexual contra la voluntad de la persona adulta mayor.

Maltrato emocional o psicológico: comprende desde insultos, burlas, rechazo, desvalorización y/o ausencia de expresiones positivas hacia el adulto mayor, maltrato por descuido o por abandono. También llamado maltrato por negligencia, se producen cuando no se atienden las necesidades de alimentación, salud y afecto que las personas adultas mayores requieren y se merecen **(9)(10)**.

Todas estas formas de maltrato en su mayoría son ejercidas por familiares cercanos al adulto mayor, generándole sentimientos contradictorios, de afecto, de rechazo y dependencia emocional ante quien ejerce la violencia hacia él. La observación sensible, la escucha atenta y la actitud receptiva son algunos de los recursos con que contamos para identificar a un adulto mayor maltratado **(10)**.

Causas del maltrato se encuentran el carácter dominante del agresor, los celos, la actitud controladora, motivos económicos y sociales, la falta de comunicación entre los ancianos y sus agresores, la falta de paciencia, la falta de conciencia de lo que significan los ancianos, la sobrecarga física o emocional de su cuidador, el uso desmedido del alcohol, la incapacidad emocional de parte del cuidador que se vuelve agresor, etc **(11)**.



Para poder hacer frente a este tipo de problema que acarrea nuestra sociedad, es necesaria la ayuda de la familia, los amigos, profesionales, etc. Las posibles soluciones para este problema son las siguientes: revalorar el aporte de los adultos mayores en la familia y sociedad, crear ambientes seguros donde los ancianos se sientan útiles y productivos donde reine el afecto, respeto hacia ellos y donde puedan desarrollar su autoestima de manera adecuada **(11)**.

Autoestima es el concepto que tiene el adulto mayor de sí mismo, el grado de valoración que le da a sus propias capacidades y a su existencia, está en relación con la necesidad de sentirse bien y satisfecho consigo mismo, es la necesidad de valoración propia y de ser valorado por los demás **(6)**.

La Autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando las actitudes que este mantiene hacia sí mismo son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Por lo mismo que las actitudes se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivos – emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad. Por eso también, un adecuado nivel de autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer

frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida; no decaerá su ánimo fácilmente **(23)(24)**.

Dentro de los tipos de Autoestima tenemos: Autoestima alta; cuando el adulto mayor tiene confianza de sí mismo, se siente a gusto, útil, satisfecho, exitoso y piensa en forma positiva. Autoestima baja; cuando el adulto mayor no tiene confianza en sí mismo, se siente aburrido, inútil, insatisfecho, frustrado y piensa en forma negativa. La autoestima es un conjunto de fenómenos cognitivos y emocionales que concretan la actitud hacia uno mismo y la forma que una persona se juzga, manifestándose en su forma de ser, de actuar, comprende juicio de valores y contravalores que posee todo ser humano y que se logra con la interacción de las personas que las rodean especialmente familiares y amigos, también está en relación con la necesidad de sentirse bien y satisfecho de uno mismo, es la necesidad de valoración propia y de ser valorado por los demás **(23)(24)**.

La percepción viene a ser el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Es la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La percepción incluye la búsqueda de la obtención y el procesamiento de información. Las palabras clave para definir la percepción son selección y organización. Es común que personas diferentes perciban en forma distinta una situación, tanto en términos de

lo que perciben en forma selectiva como en la manera en que organizan e interpretan lo percibido.

Las personas reciben estímulos del ambiente a través de los cinco sentidos: tacto, olfato, gusto, vista y oído. En algún momento específico todos presentan atención en forma selectiva a ciertos aspectos del medio y pasan por alto de la misma manera otros. El proceso de selección de una persona comprende tanto factores internos como externos, filtrando las percepciones sensoriales y determinando cuál recibirá la mayor atención. Después, la persona organiza los estímulos seleccionados en patrones significativos.

La forma en que las personas interpretan lo que perciben también varía en forma notable. La interpretación de una persona de los estímulos sensoriales que recibe, conducirá una respuesta, sea manifiesta (acciones) o encubierta (motivación, actitudes y sentimientos) o ambas. Cada quien selecciona y organiza los estímulos sensoriales de manera diferente y, por lo tanto, llega a interpretaciones y respuestas diversas. La diferencia de percepción ayudan a explicar por qué las personas se comportan en forma distinta en la misma situación. Con frecuencia se perciben las mismas cosas de manera divergente y las respuestas de comportamiento dependen, en parte, de éstas **(6)(21)(22)**.

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad. El número total de personas mayores que viven en los países en desarrollo también aumentará en una proporción similar para 2025, llegando a 850 millones de personas, es decir, 12% de la población total del mundo en desarrollo. En todo el mundo, un millón de personas cumplen 60 años en un mes cualquiera, y de esa cifra, el 80% corresponde al mundo en desarrollo **(9)**.

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

Por lo general, el maltrato se clasifica en las categorías siguientes:

- Maltrato físico: causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.
- Maltrato psíquico o emocional: infligir sufrimiento psíquico.
- Abuso económico o material: explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.
- Abuso sexual: mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor.
- Descuido: negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor, o no cumplirla. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor.

Para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves. Se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables que los adultos más jóvenes, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes. Muchos ancianos sobreviven con ingresos limitados, de modo que la pérdida de una suma de dinero, por pequeña que sea, puede tener un impacto significativo. Posiblemente vivan aislados, solos o atribulados por alguna enfermedad, y en ese caso están más expuestos a convertirse en blanco de algún fraude **(10)(13)**.

Que si no es abordado a tiempo puede producir una serie de consecuencias por eso creemos firmemente que el maltrato del adulto mayor debe ser tipificado como delito y una necesidad imperiosa en el Perú, que propicien una protección de calidad de vida en el adulto mayor en nuestra sociedad existen actitudes negativas frente al proceso de envejecimiento y por ende frente a las personas mayores de 60 años o adultos mayores. En el ámbito familiar estas actitudes van desde la sobreprotección hasta el maltrato en todas sus variantes, que por lo general no es denunciado por las víctimas en tanto significa un enfrentamiento con los agresores que usualmente son sus propios hijos o familiares de los que dependen afectiva y/o económicamente **(10)**.

La comunicación que hace ésta familia con el anciano es a veces con lenguajes distintos y/o a niveles diferentes; también los hábitos y costumbres que el anciano asume en su vida son motivo de desacuerdo tales como los valores, normas, horarios, aficiones, comidas, diversiones, amigos y su identidad **(9)**.

La familia o algunos de sus miembros ante la incapacidad de comprender y aceptar la situación real del anciano pueden entrar en conflicto sobre el permitir continuar o no, la convivencia con el anciano. La necesidad que tiene el anciano de ser aceptado y amado por la familia, de recibir afecto en el momento en que disminuyen sus capacidades físicas y mentales, se le motiva muchas veces para asumir papeles que no le

corresponden a cambio recibir afecto y atención. Debe compartir para hacerse merecedor de reconocimiento y afecto, ya que en muchas ocasiones son víctimas de diferentes tipos de maltratos en especial el maltrato psicológico sin ser percibido por su propia familia u otros cuidadores que conlleva a degradar su personalidad **(9)(10)(11)**.

Después de revisar las diferentes investigaciones relacionadas con nuestro tema, encontramos algunas de importancia, a pesar de ello, no todas coinciden con las variables formuladas en el presente trabajo, pero sirven de guía para su ejecución, a continuación mencionamos algunas de ellas:

Margot Cubas, Guisella Vásquez en 2010, en su estudio sobre Factores Biopsicosociales y Nivel de Autoestima del Adulto Mayor donde obtuvieron los siguientes resultados que el 55.79% de los participantes están en el rango de 60 a 69 años de edad, el sexo más frecuente fue el femenino en un 64.38%; las relaciones intrafamiliares predominantes fueron buenas 47.21%, el 45.07% tenía actividades recreativas regulares y el 54.10% tenían pareja. El 54.94% de los adultos mayores presentan en su mayoría un nivel bajo de autoestima. El nivel de autoestima disminuye cuando las actividades recreativas y las relaciones intrafamiliares son deficientes.

El nivel de autoestima es más alto cuando el adulto mayor tiene pareja y buenas relaciones intrafamiliares. Los factores estado conyugal y

relaciones intrafamiliares al relacionarlos con el nivel de autoestima de los adultos mayores son estadísticamente significativos. A diferencia de los factores edad, sexo y actividades recreativas que no fueron estadísticamente significativos al relacionarlos con el nivel de autoestima **(9)**.

Durante las últimas décadas la disminución mundial de la natalidad y la morbilidad ha llevado progresivamente al incremento de la población adulta mayor. En América Latina y el Caribe se estima que la población de adultos mayores es de aproximadamente 42 millones y medio y llegará a 96 millones para el 2025 **(5)**.

En el Perú la población adulta mayor se viene incrementando desde hace tres décadas, se calcula que para fines del año 2025 representará el 13.27% de la población nacional. A nivel de la Provincia de Trujillo la población adulta mayor de 60 a más años es de 84, 494 habitantes de la población total y en el Distrito Trujillo corresponde a 83, 806 habitantes de la población total; según INEI, en el último censo del año 2007 **(10)(11)**.

Los adultos mayores poseen un perfil de problemas y necesidades muy particulares por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen aspectos intrínsecos del envejecimiento: mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, alta



prevalencia de enfermedades crónico degenerativas(entre las que hay que considerar depresión y demencia), que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; por otro lado y como aspectos extrínsecos están la falta de recursos económicos, el débil soporte familiar, el abandono , el maltrato y el escaso o casi nulo soporte social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas **(10)(11)**.

En el ámbito familiar el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce contra los adultos mayores es el maltrato psicológico hasta en un 95%. Siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), humillación y desvalorización (66.3%), amenazas de muerte (40%), y rechazo (48.8%). Cuando el anciano identifica las reacciones que su comportamiento produce en otras personas, puede tener sentimientos de culpa por molestar al otro o adoptar posiciones de sometimiento con el fin de no obstaculizar, o rebelarse asumiendo conductas agresivas **(9)**.

A ello se suma la comunicación familiar inadecuada con el adulto mayor que es a veces con lenguajes distintos y/o a niveles diferentes que conlleva a sentirse fuera de contexto; también los hábitos y costumbres que el Adulto mayor asume en su vida son motivo de desacuerdo tales como los valores, normas, horarios, aficiones, comidas, diversiones, amigos y su identidad. La familia o algunos de sus miembros ante la incapacidad de comprender y aceptar la situación real del anciano

pueden entrar en conflicto sobre el permitir continuar o no, la convivencia con el **(3)(8)**.

La necesidad que tiene el anciano de ser aceptado y amado por la familia, de recibir afecto en el momento en que disminuyen sus capacidades físicas y mentales, se le motiva muchas veces para asumir papeles que no le corresponden a cambio de recibir afecto y atención. Debe compartir para hacerse merecedor de reconocimiento y afecto, sin ser percibido por su propia familia u otros cuidadores que conlleva a degradar su personalidad. Por ello los adultos mayores podrían percibir o no algunas actitudes de sus hijos o familiares como parte de la convivencia o como verdadera agresión hacia ellos **(3)(8)**.

Por lo que vemos en noticieros, revistas; casos de maltrato, donde aparecen diferentes mensajes denegados de familias y/o cuidadores, recomendándoles el buen trato que hay que dar al adulto mayor. Sin embargo todo este trabajo no ha logrado concientizarlos, no parecen producir resultados concretos ni duraderos, y lo que es más triste, no existen mecanismos efectivos para ayudar y proteger a los ancianos de malos tratos. A pesar de la existencia de leyes, el maltrato del adulto mayor aún no ha sido incorporado como delito, la violencia de los hijos hacia sus padres es considerada como falta y la sanción a ellos son insidiosos e irrelevantes **(3)(8)**.

La enfermera por ser una profesional de la salud debe promover la interacción entre adulto mayor y familia para mejorar la salud psíquica del paciente, elevando su autoestima que interfiere con el desarrollo de su personalidad y la vulnerabilidad a los diferentes factores descritos anteriormente.

La enfermera por ser una profesional competitiva y que tiene como característica el liderazgo debe reforzar sus conocimientos para que brinde un cuidado holístico y de calidad al adulto mayor porque a pesar de su edad son vulnerables ante cualquier episodio y necesitan de mucho amor y afecto, para lo cual la familia es un pilar muy importante **(2)**.

El rol de la enfermera ante el cuidado del adulto mayor requiere ser transdisciplinario, que incluya no sólo la recuperación sino también la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar **(5)(2)**.

La enfermera como profesional se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor ya sea de manera individual, social y familiar; lo cual permite valorar el grado de conocimiento de parte de los cuidadores formales e informales con la finalidad de destacar el grado de confianza del adulto mayor ante su cuidador lo que va a ser sentirse seguro de sí mismo, tener una

adecuada autoestima, ya que es la primera prioridad para que este ser humano se sienta pleno, autorrealizado y seguro de sí mismo lo que permitirá evitar ser maltratado; ya que si no tiene una adecuada autoestima se convertirá en víctima de su perpetrador, y peor aún sin darse cuenta que es una víctima **(2)(4)(5)**.

El presente trabajo se justifica porque busca conocer la situación de los Adultos Mayores, ya que estos experimentan una serie de cambios, vivencias y experiencias, que los hace ser un grupo particular en nuestra sociedad. Lo ideal es siempre prevenir, para ello hay que anticiparse antes de la crisis. Las actividades de prevención deben incluir educación poblacional masiva, consejos prácticos a los familiares y adultos mayores, asistencia individualizada.

Por otra parte se brindan una serie de criterios para conocer, comprender y ayudar a ellos, porque es fundamental que se sientan integrados a su realidad, como también que se le conozca mejorando así la relación dentro de la sociedad al ser una problemática social de gran importancia tanto en Perú como en el resto del mundo. Así también pretende demostrar los motivos que originan el maltrato en los adultos mayores y las consecuencias que podrían tener a corto y largo **(5)(6)**.

Por último, cabe resaltar que es un tema actual de salud pública, en que la investigación gerontológica en Enfermería debe jugar un rol muy

importante para un mejor diagnóstico y así poder fortalecer una adecuada educación, para concientizar y sensibilizar al público en general respecto a este grupo etáreo y así poder lograr una adecuada calidad de vida en esta etapa.

Así mismo es de gran importancia el estudio de la autoestima en los adultos mayores y como es que ellos pueden percibir las diversas formas de maltrato. De tal modo que la enfermería profesional se inserte de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer desde el pregrado los fundamentos que sustenten el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores formales e informales, por tal razón nos decidimos a analizar e investigar esta problemática existente en nuestra sociedad actual.

**¿Cuál es la relación entre el Nivel de Autoestima y la percepción del maltrato en el Adulto Mayor? que acude al Hospital de Especialidades Básicas - La Noria - Trujillo 2012.**

**Objetivos:****Objetivo General:**

Determinar la relación entre el nivel de autoestima del adulto mayor y su percepción del maltrato. Hospital de Especialidades Básicas - La Noria - Trujillo 2012.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de autoestima del adulto mayor que acude al Hospital de Especialidades Básicas – La Noria.
- Identificar la percepción de maltrato del adulto mayor que acude al Hospital de Especialidades Básicas – La Noria.

**Hipótesis:**

El nivel de autoestima del adulto mayor tiene relación directa con la percepción del maltrato.

## **II. MATERIAL Y METODO**

### **2.1. MATERIAL:**

#### **2.1.1. Población de estudio:**

Constituida por 60 Adultos Mayores de 60 a más años de edad inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Hospital de Especialidades Básicas - La Noria - Trujillo – La Libertad.

#### **2.1.2. Criterios de Inclusión y Exclusión:**

##### **Criterios de Inclusión.**

- Adultos Mayores autovalentes inscritos en el Programa del adulto mayor.
- Adultos Mayores que se encuentren lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.

##### **Criterios de Exclusión.**

- Adultos mayores que no deseen participar en la presente investigación.

### 2.1.3. Unidad de Análisis:

La unidad de Análisis estuvo constituida por cada adulto mayor inscrito en el programa, que reúne los criterios de inclusión.

## 2.2. METODO:

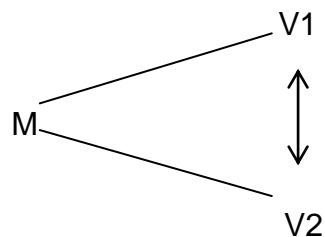
### 2.2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio de investigación es un diseño no experimental de corte transversal y tipo descriptiva – correlacional.

### 2.2.2. El diseño de investigación.

V1=Nivel de Autoestima.

V2= Percepción del Maltrato.



**DONDE:**

**M:** Muestra

**V1:** Nivel de Autoestima



## V2: Percepción del Maltrato

### 2.2.3. Operacionalización de Variables

**Variable Independiente (X1): Nivel de autoestima del adulto Mayor.**

– **Definición Conceptual:**

Autoestima es el concepto que tiene el adulto mayor de sí mismo, el grado de valoración que le da a sus propias capacidades y a su existencia, está en relación con la necesidad de sentirse bien y satisfecho consigo mismo, es la necesidad de valoración propia y de ser valorado por los demás **(6)**.

**Nivel de Autoestima alta:** Es cuando el adulto mayor tiene confianza de sí mismo, se siente a gusto, útil, satisfecho, exitoso y piensa en forma positiva.

**Nivel de Autoestima baja:** Cuando el Adulto Mayor no tiene confianza en sí mismo, se siente aburrido, inútil, insatisfecho, frustrado y piensa en forma negativa.

– **Definición Operacional:**

Esta se evaluó de acuerdo al puntaje dado en el cuestionario de autoestima siendo un total de 20 puntos, considerando:

**Autoestima alta:** Es cuando el adulto mayor alcanza un puntaje: de 11 – 20 puntos.

**Autoestima baja:** Cuando el adulto mayor alcanza un puntaje: de 0 – 10 puntos

**Variable Dependiente (X2): Percepción del maltrato.**

- **Definición Conceptual:**

Capacidad del adulto mayor para captar a través de los sentidos las diversas formas de maltrato que en su mayoría son ejercidas por personas cercanas a él, generándole sentimientos contradictorios, de afecto, de rechazo y dependencia emocional ante quien ejerce el maltrato hacia él.

- **Baja percepción:** es cuando el adulto mayor tiene un nivel óptimo de respuestas emocionales positivas y ambiente social favorable.
- **Moderada percepción:** cuando su percepción del maltrato del adulto mayor es limitada.

- Alta percepción: cuando el adulto mayor tiene respuestas emocionales negativas y ambiente social negativo.

- **Definición Operacional:**

- Baja Percepción: Puntaje: de 21 – 30 puntos.
- Moderada Percepción: Puntaje: de 11 – 20 puntos.
- Alta Percepción: Puntaje: de 1 – 10 puntos.

**2.2.4. Instrumentos de recolección de datos:**

Para la recolección de datos del presente estudio de investigación se utilizó 2 cuestionarios, el primero para medir el nivel de autoestima que consta de 10 ítems. **(anexo N° 1)**.

El segundo cuestionario estuvo formulado con el propósito de determinar la percepción de Maltrato de los adultos mayores y consta de 10 subcategorías como: Afecto, comunicación, toma de decisiones **(Anexo N° 2)**.

**Escala de Valoración:**

En relación al cuestionario sobre Nivel de Autoestima cada respuesta correcta equivale a 2 puntos, haciendo un total de 20.

En el caso de los Ítems 4, 6, 8, 9 y 10 se consideran una puntuación inversa, obteniéndose un puntaje total de 20 Puntos para el instrumento mencionado (**Anexo N° 3**).

Siempre.....2

A veces.....1

Nunca.....0

La calificación del cuestionario sobre Percepción del Maltrato se logró en base a los puntajes que resultaron de los 10 ítems formulados en el instrumento propuesto por las investigadoras, considerando las alternativas de frecuencia:

Si.....3

A veces.....2

No.....1

En el caso de los Ítems 5, 7, 8 y 10 Se consideraron una puntuación inversa, obteniéndose un puntaje total de 30 Puntos para el instrumento mencionado (**Anexo N° 4**).

## **Confiabilidad y Validez del Instrumento.**

### **Confiabilidad:**

Se obtuvo a través de la prueba piloto aplicada a 20 adultos mayores haciendo uso de la fórmula de Alfa de Cronbach, la confiabilidad fue de 0.75.

### **Validez:**

La validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos. **(Anexo N° 5).**

## **2.2.5. Procedimientos para Garantizar Aspectos Éticos en las Investigaciones con Sujetos Humanos.**

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se les entrevistó en forma personalizada para darles a conocer los objetivos de la investigación. Además se les brindó la información que consideraron necesaria, procediendo a dar su autorización firmando una “carta de consentimiento informado”.

Se enfatizó que la información obtenida estuvo manejada a través de los principios éticos de anonimato y confidencialidad y que la información fue para uso exclusivo de este estudio.

### **2.2.6. Método y Análisis de Datos.**

Los datos recolectados a través de los instrumentos mencionados fueron procesados de manera automatizada utilizando el Software SPSS Versión 15.0. Los resultados se ilustran mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos gráficos de frecuencia absoluta y relativa porcentual. La asociación de datos se logró aplicando la prueba de Independencia de Criterios Chi Cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia estadística se clasificó con  $p < 0.05$ .

# **III. RESULTADOS**

## TABLA N° 01

*Nivel de Autoestima del Adulto Mayor Inscrito en el Hospital de Especialidades  
Básicas - La Noria - Trujillo 2012*

---

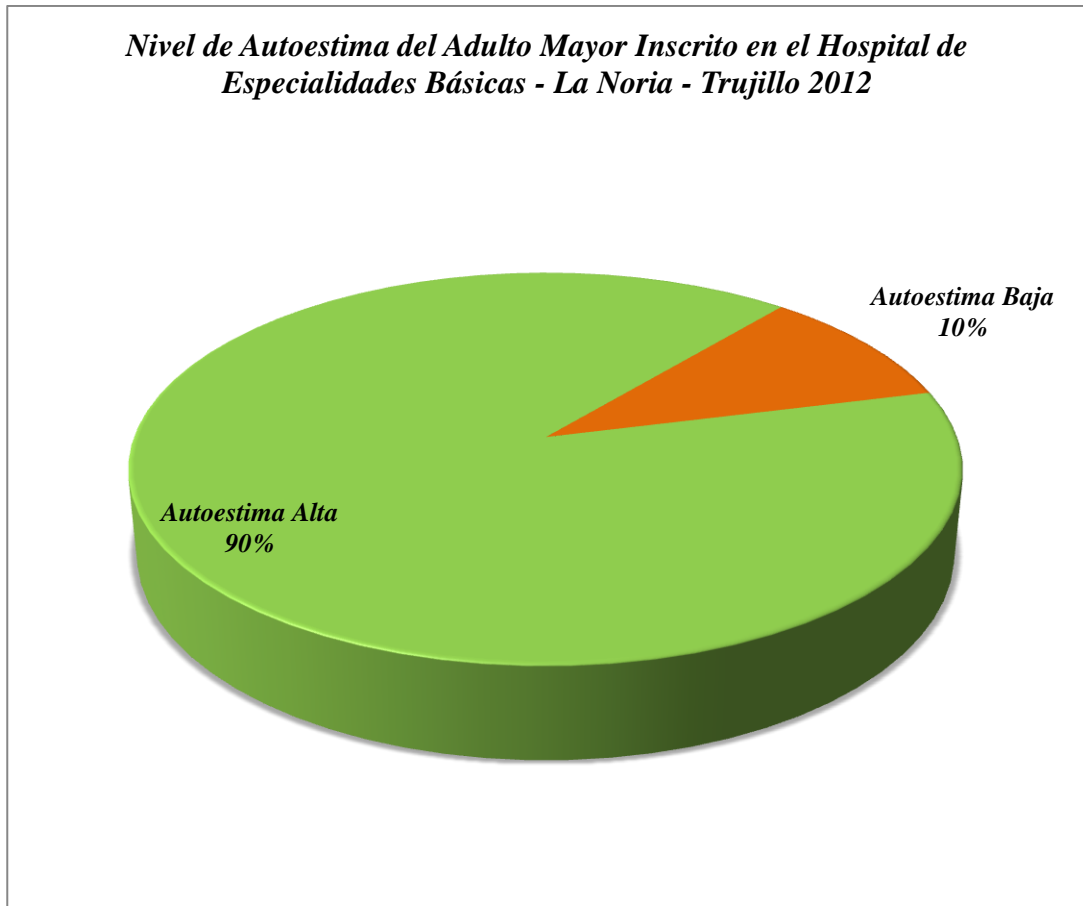
<i>Nivel de Autoestima del Adulto mayor</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
<i>Autoestima Baja</i>	<i>6</i>	<i>10.0</i>
<i>Autoestima Alta</i>	<i>54</i>	<i>90.0</i>
<i>Total</i>	<i>60</i>	<i>100.0</i>

---

**Fuente:** Aplicación del Instrumento N° 01



## GRAFICO N° 01



Fuente: Aplicación del Instrumento N° 01

**TABLA N° 02**

*Percepción del Maltrato por el Adulto Mayor Inscrito en el Hospital de  
Especialidades Básicas - La Noria - Trujillo 2012*

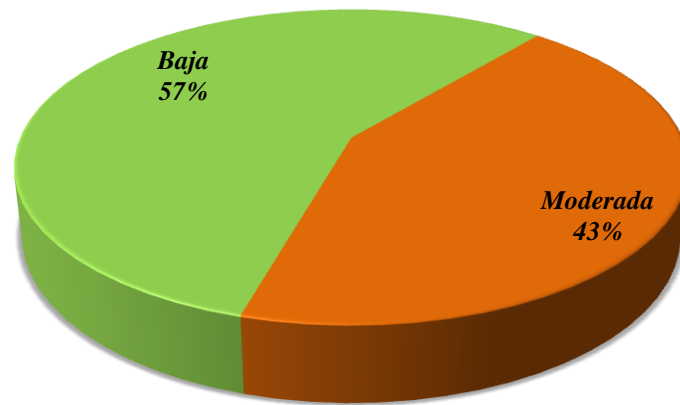
---

<i>Percepción del Maltrato</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
<i>Alta</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>
<i>Moderada</i>	<i>26</i>	<i>43.3</i>
<i>Baja</i>	<i>34</i>	<i>56.7</i>
<i>Total</i>	<i>60</i>	<i>100.0</i>

---

## GRAFICO N° 02

*Percepción del Maltrato por el Adulto Mayor Inscrito en el Hospital de Especialidades Básicas - La Noria - Trujillo 2012*



**TABLA N° 03**

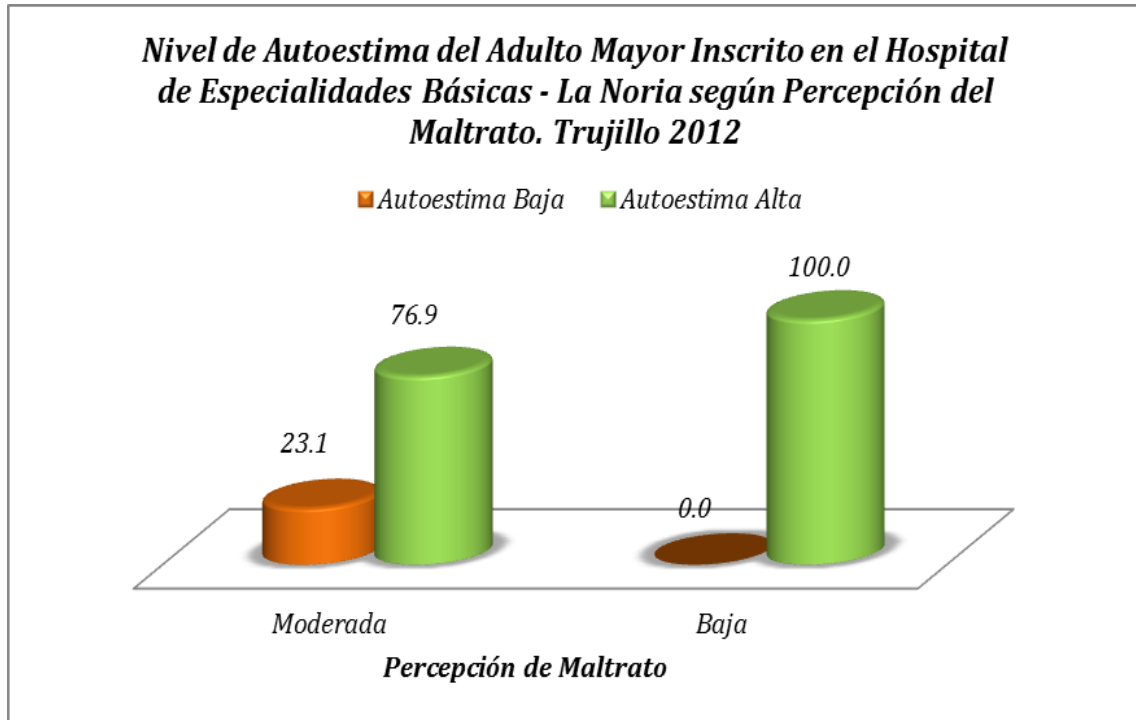
*Nivel de Autoestima del Adulto Mayor Inscrito en el Hospital de Especialidades  
Básicas - La Noria según Percepción del Maltrato - Trujillo 2012*

<i>Percepción del Maltrato</i>	<i>Nivel de Autoestima del Adulto Mayor</i>				<i>Total</i>
	<i>Autoestima Baja</i>		<i>Autoestima Alta</i>		
	<i>ni</i>	<i>%</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>	
<i>Alta</i>	0	0.0	0	0.0	0
<i>Moderada</i>	6	23.1	20	76.9	26
<i>Baja</i>	0	0.0	34	100.0	34
<i>Total</i>	6	10.0	54	90.0	60

**$X^2$**        **$P$**   
**8.718**      **0.003**

**Fuente: Instrumento N° 01 / Instrumento N° 02**

### GRAFICO N° 03



Fuente: Instrumento N° 01 / Instrumento N° 02

#### IV. DISCUSION

**La tabla N°1**, muestra los niveles de autoestima del adulto mayor inscritos en el Programa del Adulto Mayor en el Hospital de especialidades básicas La Noria; se observa que el 90% de los adultos inscritos tienen una alta autoestima y solo el 10% presentan una baja autoestima. Estos resultados difieren significativamente con los reportados por Becerra y Julca (2006) quienes en su estudio “Nivel de autoestima Relacionado a Algunos Factores Biopsicosociales del Adulto Mayor y Actitud Hacia los Cambios del Envejecimiento Hospital de Apoyo Chepén” encontraron que el 48% presentaron una autoestima alta;

Una investigación más reciente realizada por Caffo Mendoza y Casavale Quilcat (2009) titulado “Nivel de Adaptación a los Cambios Biopsicosociales del Adulto Mayor”; reportó que en adultos del sector Torres de San Borja distrito de Moche provincia de Trujillo, el 60% de los adultos tenían una autoestima alta que se asemeja a los resultados encontrados en la presente investigación.

Una investigación reciente realizada por Cubas López y Vásquez Carrasco (2010) titulado “Factores Biopsicosociales y Nivel de Autoestima del Adulto Mayor”, difieren significativamente con los hallazgos de la presente investigación. Ellas encontraron que el 45% de los adultos presentan una baja autoestima.

Siendo de gran importancia que el 90% de adultos mayores presente un nivel de autoestima alta, ya que es muy favorable para cada uno de ellos ya que esto les permitirá obtener una mejor calidad de vida teniendo así una vejez tranquila.

**La tabla N°2**, muestra que la percepción del maltrato por el Adulto Mayor Inscrito en el Hospital de Especialidades Básicas - La Noria, es baja en un 56.7%; sin embargo, existe un 43.3% restante que manifiesta una percepción de maltrato moderada. Los resultados mostrados escasamente pueden ser comparados dado que no se ha encontrado bibliografía reciente sobre maltrato en el adulto mayor sin embargo, el maltrato puede darse en términos de apoyo familiar en la que sí existe investigaciones al respecto, por citarse Casamayor Vilca y Tacanga Inca (2008) en su investigación titulada "Autocuidado y Apoyo Familiar del Adulto Mayor Hospital Leoncio Prado Huamachuco", que muestran que existe un bajo apoyo familiar hacia el adulto mayor en un 60% de los casos evaluados.

**La Tabla N° 3** muestra que del cien por ciento de adultos que perciben un Nivel de maltrato Moderado (26) el 23% de ellos presentan autoestima baja y un 77% presentan autoestima alta; mientras que del cien por ciento que percibe un Nivel de Maltrato Bajo (34), todos alcanzaron un nivel de autoestima alta. Al parecer cuanto menor es la percepción del maltrato mejor es la autoestima. Esta relación es corroborada por la prueba de independencia chi cuadrado que nos arroja

un valor de  $p$  menor que 0.05 ( $p = 0.003$ ); es decir es estadísticamente significativa.

Cabe resaltar que mientras más baja sea la percepción del maltrato en los adultos mayores su nivel de autoestima va en aumento, lo que es muy favorable para este grupo etáreo pues estos resultados probablemente se debe a que estas personas viven dentro de un grupo familiar donde además de recibir cariño tiene la oportunidad de tomar decisiones, asumir responsabilidades y cumplir una función social creativa tanto dentro de su familia como en su comunidad, esto se manifiesta en ellos a través de las diferentes actividades que realizan tanto domésticas como productivas, las que además de brindarles ingresos económicos también permiten que se sientan personas útiles, influyendo positivamente en su autoestima.

Habría también que precisar que la relación entre el Nivel de Autoestima con la Percepción del Maltrato en un Adulto Mayor es muy importante en esta etapa ya que una Autoestima Alta contribuye al desarrollo de una vida plena y satisfactoria y esto le permitirá un buen desenvolvimiento en las diferentes actividades que se dan y que les toca vivir y muy por el contrario una presencia de baja autoestima no permitirá un buen desenvolvimiento como persona en dichas situaciones propias de la edad que atraviesa.



## V. CONCLUSIONES

Según los resultados de la presente investigación se concluye en lo siguiente:

- Los niveles de autoestima del adulto mayor inscritos en el Programa del Adulto Mayor en el Hospital de especialidades básicas La Noria; se observa que el 90% de los adultos inscritos tienen una alta autoestima y el 10% alcanzó un nivel de autoestima baja.
- La Percepción del Maltrato por el Adulto Mayor Inscrito en el Hospital de Especialidades Básicas - La Noria, es baja en un 56.7%, existiendo un 43.3% que manifiesta una percepción de maltrato moderada.
- Del cien por ciento de adultos que perciben un Nivel de maltrato Moderado el 23% de ellos presentan autoestima baja y un 77% presentan autoestima alta; mientras que del 100% que percibe un Nivel de Maltrato Bajo, todos alcanzaron un nivel de autoestima alta.

## VI. RECOMENDACIONES

En base a los resultados y conclusiones del presente estudio de investigación, se plantea las siguientes recomendaciones:

- Fomentar la creación de nuevos espacios culturales, recreativos y ocupacionales para los adultos mayores con participación interdisciplinaria y enfatizan la importancia que son para la sociedad y así generar una mejor calidad de vida.
  
- Realizar estudios de investigación en los adultos mayores tomando como referencia los instrumentos utilizados por las autoras del presente trabajo.

## VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. BECERRA, ANITA y JULCA, LYS. Nivel de autoestima Relacionado a Algunos Factores Biopsicosociales del Adulto Mayor y Actitud Hacia los Cambios del Envejecimiento Hospital de Apoyo Chepén. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Perú, 2006.
2. CASAMAYOR, DIANA y TACANGA, MARTHA. Autocuidado y Apoyo Familiar del Adulto Mayor Hospital Leoncio Prado Huamachuco. Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería Universidad Nacional de Trujillo, Perú, 2008.
3. GONZALES, DORA. Psiquiatría Geriátrica En Toro, Ricardo y Yepes, Luis:” Fundamentos de medicina Psiquiatrita”, 3ª. Ed. Medellín. Colombia. Ed. Corporación para Investigación Biológica. 1997. pp. 312,314,327.
4. DU GAS, BEVERLY: Tratado de Enfermería Practica 4ª.ed. McGraw – Hill Interamericana. México. pp. 198,643.
5. LONG, B (1998): Enfermería Médico Quirúrgico. 3ra. Edición. Editorial Harcout Brace. España.pp.46y 76.
6. PAPALIA, P (1997): Desarrollo Humano 6ta. Edición Editorial McGraw Hill Interamericana. Colombia.pp.468 – 469.

7. DECALMER, P., GLENDENNING, F. "El maltrato a las personas mayores". Ed. Piados Barcelona, 2000.
8. KOSBERG, J.: "Prevención del Maltrato de Mayores", en Iborra Marmolejo. 1era. Edición. Editorial Ariel, Barcelona. 2005.
9. EL MALTRATO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES [monografía en Internet]. 2008 [Accesado 11 de febrero del 2012]. Disponible en: [http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/1\\_maltrato.htm](http://www.mimdes.gob.pe/pncvfs/1_maltrato.htm).
10. CAUSAS DEL MALTRATO DE ANCIANOS [monografía en Internet]. 2007 [accesado 11 de febrero del 2012] Disponible en: <http://www.compendio de enfermeria.com/maltrato-en-el-adulto-mayor>.
11. CUBAS, MARGOT y VASQUEZ, GUISELLA. Factores Biopsicosociales y Nivel de Autoestima del Adulto Mayor. Tesis para Optar el Título de Licenciada em Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Perú, 2010.
12. CAFFO, JESSICA y COSVALENTE, Cynthia. Nivel de Adaptación a los Cambios Biopsicosociales del Adulto Mayor. Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Perú, 2009.
13. GUÍA DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN PERSONAS MAYORES [Guía en Internet]. 2007 [accesado 18 de febrero del 2012] Disponible en:

[http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload\\_img/Guia\\_sobre\\_Maltrato\\_al\\_Adulto\\_Mayor\\_2007.pdf](http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Guia_sobre_Maltrato_al_Adulto_Mayor_2007.pdf)

14. MEDELLIN, G. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. Tomo I. Universidad del Valle. Editora Guadalupe. 1995
15. LEITON, Z. Y COL. Perfil del adulto mayor en la provincia de Trujillo, 1ª ed. Lima: Universidad Nacional de Trujillo. 2001.
16. MARRINER, ANN. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera edición. Harcourt Brace. España. 1994.
17. MONTORIO, I. IZAL, M (editores). Intervención Psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. España. Edit. Síntesis S.A.1999.
18. MORFI, R. Atención del personal de Enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba Revista Cubana de Enfermería [accesado 18 de febrero del 2012]. Enero- Marzo 2007.
19. BAZO, M. La sociedad anciana. Editorial Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, España. 1990
20. MIRA y LÓPEZ E. Hacia una vejez joven, Psicología y Psicoterapia de la ancianidad. Editorial Kapelurz. Buenos Aires, Argentina, 1961.

21. SKINNER, B. F. y VAUGHAN, M. Disfrutar la Vejez. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Práctica, Barcelona. España 1986.
22. ZINBERG, N. E. y KAUFMAN; N. Psicología Normal de la Vejez. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina 1989.
23. BRANDEN, N. Los Seis Pilares De La Autoestima. Editorial Paidós Ibérica. Bs. Aires, Argentina 1994.
24. BRANDEN, N. La Psicología de La Autoestima. Editorial Paidós Ibérica. Bs. Aires, Argentina 2001.
25. STAAB, A y HODGES, L. Enfermería Gerontológica. México. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana 1998.

**ANEXOS**



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

(ANEXO 1)

**CUESTIONARIO N°I**

**I- Nivel de Autoestima:**

**INSTRUCCIONES:** Estimado señor(a), a continuación le voy a leer 10 preguntas con respecto a su forma de pensar y sentir. Pido su participación y colaboración para responder en forma veraz las preguntas que se detallan a continuación, sin antes hacer de su conocimiento que dicho cuestionario será solo de uso para esta investigación, cuente usted con la completa discreción de mi persona; teniendo en cuenta : (S) =Siempre,(AV) = A veces o (N) = Nunca).

<b>ITEMS</b>	<b>S</b>	<b>AV</b>	<b>N</b>
1. Cuando estoy triste o preocupado busco distracción.			
2. Siento que mi familia me brinda cariño, comprensión y respeto.			
3. Siento que puedo desempeñar actividades y tareas en mi casa.			
4. Pienso que he fracasado.			
5. Siento que soy útil y necesario para la sociedad.			
6. Siento que los demás me consideran como una persona inútil o una carga.			
7. Estoy satisfecho conmigo mismo.			
8. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso.			
9. Siento vergüenza de mí mismo.			
10. Pienso constantemente en la muerte.			



## ANEXO Nº 2

- Calificación del Cuestionario Nivel de Autoestima.

	S	AV	N
1. Cuando estoy triste o preocupado busco distracción.	2	1	0
2. Siento que mi familia me brinda cariño, comprensión y respeto.	2	1	0
3. Siento que puedo desempeñar actividades y tareas en mi casa.	2	1	0
4. Pienso que he fracasado.	0	1	2
5. Siento que soy útil y necesario para la sociedad.	2	1	0
6. Siento que los demás me consideran como una persona inútil o una carga.	0	1	2
7. Estoy satisfecho conmigo mismo.	2	1	0
8. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso.	0	1	2
9. Siento vergüenza de mí mismo.	0	1	2
10. Pienso constantemente en la muerte.	0	1	2

### PUNTAJE:

SIEMPRE (S)..... (2)

A VECES (AV)..... (1)

NUNCA(N)..... (0)

Puntaje..... 20 puntos.

### CALIFICACIÓN:

Autoestima Bajo ----- 0 - 10 puntos

Autoestima Alto ----- 11 - 20 puntos



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**(ANEXO N° 3)**

**CUESTIONARIO N°II**

**II. PERCEPCIÓN DEL MALTRATO:**

**INSTRUCCIONES:** Estimado señor (a), a continuación le leeré unas 10 preguntas acerca de cómo percibe el afecto, comunicación, etc. Por parte de sus familiares (incluyendo a todos los que viven con usted). Conteste con sinceridad y sin temor porque es anónimo y confidencial de uso exclusivo solo para el desarrollo de la Siguiete investigación, teniendo en cuenta: (S) = Siempre, (AV) = A veces o (N) = No).

	<b>Si</b>	<b>Av</b>	<b>No</b>
1. Recibe muestras de cariño como: caricias, besos, abrazos por parte de sus familiares.			
2. Sus familiares le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesita algo.			
3. Existe confianza en su familia para hablar de los temas que a Ud. le molestan.			
4. Sus familiares le toman en cuenta al momento de tomar decisiones.			
5. Siente que sus familiares se avergüenzan de usted.			
6. Usted y su familia realizan actividades recreativas, por lo menos 2 veces al mes.			
7. Siente que depende de sus familiares económicamente.			
8. Siente que es una carga para su familia.			
9. Sus familiares están pendientes de usted en todo momento (sano o enfermo).			
10. Su familia le maltrata física o verbalmente.			

(ANEXO N° 4)

- **Calificación del cuestionario de percepción del maltrato.**

	<b>Si</b>	<b>Av</b>	<b>No</b>
1. Recibe muestras de cariño como: caricias, besos, abrazos por parte de sus familiares.	3	2	1
2. Sus familiares le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesita algo.	3	2	1
3. Existe confianza en su familia para hablar de los temas que a ud. le molestan.	3	2	1
4. Sus familiares le toman en cuenta al momento de tomar decisiones.	3	2	1
5. Siente que sus familiares se avergüenzan de usted.	1	2	3
6. Participa de actividades recreativas, por lo menos dos veces al mes.	3	2	1
7. Siente que depende de sus familiares económicamente.	1	2	3
8. Siente que es una carga para su familia.	1	2	3
9. Sus familiares están pendientes de usted en todo momento (sano o enfermo).	3	2	1
10. Siente que su familia le maltrata ya sea físicamente o psicológicamente.	1	2	3

SI-----3

A veces (AV) -----2

NO-----1

Puntaje..... 30 Puntos.

**CALIFICACIÓN:**

- **Baja Percepción:** Puntaje: de 21 – 30 puntos.
- **Moderada Percepción:** Puntaje: de 11 – 20 puntos.
- **Alta Percepción:** Puntaje: de 1 – 10 puntos.

## ANEXO N° 05

### Solicitud de Emisión de Juicio de Experto

Trujillo, 26 de Junio del 2012

Oficio s/n  
Dr. Fernando Padilla  
Director del Hospital de Enfermedades Básicas La Noria  
Presente.-

**Asunto: Solicita Autorización de Ejecución de Proyecto/Aplicación de Tesis y Emitir Opinión de Juicio de Experto**

#### De mi especial consideración:

Es grato dirigimos a usted para poder saludarlo y a la vez hacer de su conocimiento que como Bachilleres en Enfermería hemos tenido el interés y motivación de realizar un trabajo de investigación en el área del Adulto mayor el mismo que tiene por título: **“NIVEL DE AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DEL MALTRATO”**, en el Área del adulto Mayor del hospital de Especialidades Básicas La Noria - Trujillo 2012. Con el propósito de obtener el Título de Licenciadas en Enfermería.

Por ello, me dirijo a su persona para solicitarle su autorización para ejecutar nuestro Proyecto y Aplicación de tesis en este hospital. Así mismo la emisión de Juicio de Experto acerca del instrumento perteneciente a nuestro Proyecto de Investigación para su revisión, corrección y formulación de las recomendaciones que se crean convenientes por los siguientes profesionales de salud: Enf. Susy Yupanqui, Dra. Yesenia Polo, Ps. Mónica León y Enf. Julissa Avedra; quienes son parte del equipo del adulto Mayor.

Atentamente,

---

Anamelva Rubio Layza

---

Elizabeth Valderrama Montenegro

Se adjunta 01 instrumentos de Recolección de datos.  
3 sobres manila con el instrumento para la emisión de juicio de expertos.

## ANEXO N°6

### Consentimiento informado

Yo,.....,

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: .....

Firma del participante: .....