



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE
DESARROLLO INTEGRAL DE LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:
Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con
mención en psicología clínica

Autora

Villanueva Valencia, Michell

Asesor

Vallejos Flores, Miguel Angel
ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado

Pinto Herrera, Florita
Del Rosario Pacherras, Orlando
Salas Asencios, Elmer Amado

Lima - Perú

2025



VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DE LIMA METROPOLITANA

INFORME DE ORIGINALIDAD

30% INDICE DE SIMILITUD	27% FUENTES DE INTERNET	6% PUBLICACIONES	13% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	tabasco.gob.mx Fuente de Internet	1%
2	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA Trabajo del estudiante	1%
6	pesquisa.teste.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	1%
8	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
9	revistaamc.sld.cu Fuente de Internet	1%
10	tiptiktak.com Fuente de Internet	1%
11	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
13	repositorio.udem.edu.mx Fuente de Internet	1%

repositorio.utesup.edu.pe



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE
DESARROLLO INTEGRAL DE LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Psicología de los Procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en
psicología clínica

Autora:

Villanueva Valencia, Michell

Asesor:

Vallejos Flores, Miguel Angel

ORCID: 0000-0002-6380-3412

Jurado:

Pinto Herrera, Florita

Del Rosario Pacherres, Orlando

Salas Asencios, Elmer Amado

Lima - Perú

2025

Pensamientos

“Somos lo que hacemos cada día;
de modo que la excelencia no es un
acto, sino un hábito”.

Aristóteles

“Saber envejecer es la mayor de las
sabidurías y uno de los más difíciles
capítulos del gran arte de vivir”.

Enrique Federico Amielutor

Dedicatoria

Este trabajo de investigación lo dedicó a los docentes más preciados en mi etapa de formación. A mi familia, mi madre, hermanos, abuelita y abuelito quienes me criaron y hoy me iluminan desde el cielo. Asimismo, por la temática, está dirigida para aquellos adultos mayores que hoy necesitan ser visibilizados respecto a sus dificultades presentes, con el fin de contribuir en mejorar su calidad de vida.

Agradecimientos

A mi madre, mi soporte, mi guía, el ruido imparable en mi camino y modelo de fortaleza, quien a la distancia o cercanía siempre me brinda su apoyo. A Juan, mi hermano Roly y hermanita Fernanda, quienes hoy comprenden que todo sacrificio tiene recompensa y que los logros personales se disfrutan en conjunto. A mi familia materna, tíos que supieron estar en los momentos más difíciles.

A mi asesor, Miguel Ángel Vallejos Flores. Usted formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite. Gracias por sus orientaciones.

A mis docentes, gracias porque sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mi transitar profesional.

ÍNDICE

Resumen.....		viii
Abstract.....		ix
I. INTRODUCCIÓN.....		1
1.1. Descripción y formulación del problema.....		4
1.2. Antecedentes.....		7
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales.....</i>		<i>7</i>
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales.....</i>		<i>14</i>
1.3. Objetivos.....		19
<i>1.3.1. Objetivo general.....</i>		<i>19</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos.....</i>		<i>19</i>
1.4. Justificación.....		20
1.5. Hipótesis.....		21
<i>1.5.1. Hipótesis general.....</i>		<i>21</i>
<i>1.5.2. Hipótesis específicas.....</i>		<i>21</i>
II. MARCO TEÓRICO.....		22
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....		22
III. MÉTODO.....		30
3.1. Tipo de Investigación.....		30
3.2. Ámbito temporal y espacial.....		30
3.3. Variables.....		30
3.4. Población y muestra.....		33
3.5. Instrumentos.....		34
3.6. Procedimientos.....		37
3.7. Análisis de datos.....		38

3.8. Consideraciones éticas.....	39
IV. RESULTADOS.....	40
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	44
VI. CONCLUSIONES.....	47
VII. RECOMENDACIONES.....	48
VIII. REFERENCIAS.....	49
IX. ANEXOS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de variables.....	31
Tabla 2	Descripción de adultos mayores, según los Centros de Desarrollo Integral ubicados en Lima Metropolitana.....	33
Tabla 3	Deterioro cognitivo según la Escala de Pfeiffer en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana.....	34
Tabla 4	Análisis de asociación entre la violencia y depresión en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana (n = 139).....	40
Tabla 5	Tabla de datos cruzados de violencia y depresión en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana.....	41
Tabla 6	Tipos de violencia presente en adultos mayores.....	42
Tabla 7	Presencia de depresión en adultos mayores.....	43

El presente estudio tuvo por objetivo determinar la relación entre la presencia de violencia intrafamiliar y síntomas depresivos en adultos mayores (AM). De diseño no experimental, cuantitativa, de corte transversal y tipo descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por AM de cuatro Centros de Desarrollos Integral de Lima Metropolitana y la muestra no probabilística por conveniencia fueron 139 AM. Se aplicaron la Escala Geriátrica de Violencia Familiar y la Escala Abreviada de Depresión de Yesavage, ambas evidenciaron adecuadas propiedades psicométricas. Los resultados señalan que existe relación significativa entre la presencia de violencia intrafamiliar y síntomas depresivos ($p=.009$ ($p<.05$) y valor de $\chi^2=6.847$). La presencia de violencia intrafamiliar se presenta mayormente en mujeres, con estado civil casada, sin estudios y que viven con sus familiares, en los tipos de violencia psicológica, económica y negligente. La manifestación depresiva tuvo mayor frecuencia en mujeres, casadas, sin estudio y que viven con sus familiares.

Palabra clave: depresión, violencia intrafamiliar, deterioro cognitivo, negligente.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship between the presence of domestic violence and depressive symptoms in older adults (OA). It was a non-experimental, quantitative, cross-sectional, and descriptive-correlational study. The population consisted of OA from four Comprehensive Development Centers in Metropolitan Lima, and a non-probability convenience sample comprised 139 OA. The Geriatric Family Violence Scale and the Yesavage Short Form Depression Scale were administered; both showed adequate psychometric properties. The results indicate a significant relationship between the presence of domestic violence and depressive symptoms ($p=.009$ ($p<.05$) and χ^2 value=6.847). The presence of domestic violence is mostly present in women, with married marital status, without education, and living with their relatives, in the types of psychological, economic, and neglectful violence. Depressive manifestations were more frequent in women, who were married, without education, and living with their relatives.

Keywords: depression, domestic violence, cognitive impairment, negligent.

I. INTRODUCCIÓN

La población envejece día a día y se estima para América Latina un crecimiento poblacional de los adultos mayores considerados de los 60 años a más, que de acuerdo con el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2006) se incrementará de 48 millones en el año 2005 a 114.5 millones para el año 2030. Cifras que generan una alerta para los organismos públicos, quienes deben atender las necesidades propias del grupo etario en mención, teniendo a consideración las condiciones biológicas (enfermedades degenerativas o propias del envejecimiento) y sociales (escolaridad, desempleo, crisis sanitaria, índices de violencia en las familias por abandono, económica, física u otras), entre otros factores que siguen revelando su estado de vulnerabilidad y afectación de forma directa e indirecta (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Uno de los factores relevantes que incrementa el riesgo de afectación en la población adulta mayor es la violencia (Pabón-Poches, 2019; Pineda-Loja et al., 2021), la cual es considerada como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, y se produce generalmente en una relación basada en la confianza” (OMS, 2022, párr. 1). Asimismo, la OMS (2022) realizó un estudio de revisión sistémica y metaanálisis donde dio a conocer la magnitud del problema mediante la prevalencia del maltrato en la población, donde una de cada seis personas de 60 años a más, que representan el 15.7% sufrieron alguna forma de maltrato, primero de tipo psicológico, seguido del económico y físico.

En el Perú, existe la Ley 30364, que define la violencia contra los integrantes del grupo familiar como:

Cualquier acción o conducta que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad,

confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar. Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad. (p. 2)

En ese sentido, la violencia en cualquier de cualquier tipo debe ser sancionada. A pesar de ello, en las visitas domiciliarias realizadas por el personal del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) a través del programa Pensión 65, registraron los presuntos casos de violencia en el aplicativo móvil llamado AYZA, para luego derivar su atención ante instancias como los Centro de Emergencia Mujer, Programa Aurora y Mis 60+ del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), fiscalías y la Policía Nacional del Perú (Perú 21, 18 de junio de 2023). En ese sentido, desde el MIMP se reportaron algunas cifras del año 2022, donde se registraron 257 casos de violencia hacia personas adultas mayores de 60 años; y 85 casos adicionales hasta el 30 abril de 2023 (Agencia Peruana de Noticias Andina, 16 de junio de 2023).

Sin embargo, la preocupación naciente de este problema es el no considerar de igual medida a la violencia ejercida a las personas en etapa adulta mayor a diferencia de otros grupos poblacionales. Esto sustentado en que solo existen acciones de prevención desde los diversos organismos públicos avaladas en el marco de la Ley 30490 que establece un marco normativo para garantizar el ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, que no se desmerecen, pero, no se dan a conocer cómo se movilizan las cifras reales de violencia anual y si existen sentencias o sanciones a personas victimarias de esta población para así conocer el efecto de las acciones que despliegan (Ministerio Público Fiscalía de la Nación [MPFN], 2022; Poder Judicial del Perú, [PJ], 2023).

Por tanto, dichas situaciones podrían ser el refuerzo a los factores de riesgo, aunado a los presentados como propios de la etapa en que se encuentran; pérdida de autonomía, problemas emocionales, deterioro cognitivo, probabilidad de enfermedades u otras

degenerativas. Tal como, reporta la OMS (2022) quien da muestra de los factores que incrementan el maltrato en el adulto mayor, como: la condición sexual (sexo femenino, masculino) de la víctima, compartir vivienda, depender económicamente de otra persona (cónyuge o hijos adultos), antecedentes de relaciones familiares disfuncionales, el aislamiento por la falta o la pérdida de capacidades físicas o mentales, pérdida de amigos o familiares cercanos, migración de los jóvenes dejando a los padres ancianos ante la sociedad y la falta de fondo para el cuidado.

Cabe mencionar, que el problema de violencia no es el único, sino que viene acompañado de otros datos epidemiológicos dados a conocer en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2011) que revelan la prevalencia de un episodio depresivo en la población adulta mayor de 60 a 74 años, del 8% y en un adulto mayor de 75 años a más es de 15.9% (Paz, 2010).

Por tanto, la presente investigación busca conocer los datos reales de quienes son un grupo poco considerado en la actualidad, ya que la inversión del estado si bien se direcciona al cuidado de las familias sólo está priorizando a la juventud y en razones de género a las mujeres, que quizá en años posteriores sea favorable para una adecuada vejez. Sólo que hoy en día, es necesario no dejar de lado a los adultos mayores y reforzar las políticas públicas mediante programas accesibles y medibles, donde el cuidado del adulto mayor vaya más que asumirlo sólo como una responsabilidad, sino sensibilizar a las familias y la población sobre su cuidado para brindarles la calidad de vida que se merecen como parte de sus derechos básicos y por el contrario sancionarlos si se incurriese en actos que lo vulneren.

En consecuencia, a lo expuesto, en las próximas líneas podrá ver el desarrollo de los fundamentos para conocer el comportamiento del fenómeno de la violencia en relación con la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores que no presentan deterioro cognitivo, de

cuatro centros de cuidado diurno pertenecientes al Ministerio de la Mujer y Población Vulnerables.

1.1.Descripción y formulación del problema

El fenómeno de la violencia es considerado a nivel mundial como un problema social de gran embargadura, que afecta el desarrollo normal de las familias. La población adulta mayor como integrantes de este grupo, también se ven vulnerados, según la Ley 30490 promulgada en el año 2016, se entiende al adulto mayor como aquella persona que tiene 60 o más años.

Además, tal como lo sustenta Giraldo (2010), el fenómeno del maltrato en este grupo poblacional se conoce de manera parcial, aunque ha estado presente desde hace mucho tiempo.

La OMS (2022) define el maltrato al adulto mayor como aquella acción que genera una consecuencia negativa o afectación en el adulto mayor, que se puede producir en un contexto de confianza donde los involucrados(a) no se adoptan las medidas adecuadas para prevenirlo. Puede presentarse de diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas.

También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no. Según los datos disponibles, el maltrato a los adultos mayores en su domicilio lo producen con mayor frecuencia los hijos e hijas y en menor medida, el cónyuge u otros familiares. Como se conoce las personas adultas mayores suelen presentar en esta etapa diversas enfermedades, sean físicas o cognitivas, aunado a ello la probabilidad de desencadenar en un conflicto emocional como parte de la edad por lo que se conoce el “nido vacío”, pero a la vez se debe diferenciar de aquellos problemas emocionales que parten de conflictos internos dirigidos al adulto mayor, o como lo es el fenómeno de estudio; la Violencia.

La OMS (2022) estima que en los países desarrollados 4% a 6% de los adultos mayores sufren algún tipo de violencia, y que la mayoría de los casos no son denunciados por miedo, siendo los agresores personas cercanas, como familiares y amigos. Es así que el campo de las investigaciones se viene extendiendo hacia una nueva rama de estudio; la violencia, donde se considera que este fenómeno que desencadena en maltrato, se había hecho visible desde los años setenta y es en la última década donde se han comenzado a publicar los primeros estudios que muestran de alguna manera el comportamiento de este fenómeno y a la vez lo reconocen como un problema social y de salud pública que viene afectando a un número considerable de la población de este grupo de edad (Giraldo, 2010).

En nuestro país, Martina et al. (2009) en un estudio en Lima de en los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, detectaron 118 casos de adultos mayores víctimas de violencia familiar (física, psicológica y sexual) cuya edad promedio fue de 69.02. El hijo(a) es el principal agresor 52.54% (62) y el 98,31% de los casos de violencia se produce en casa de la víctima.

De igual manera, Gallo y Díaz (2016) realizó un estudio sobre los factores asociados al maltrato y violencia en el adulto mayor mediante una metodología sistémica en la cual revisó 14 artículos científicos., donde evidenció que; los hijos fueron los autores principales del maltrato y seguidos de los nietos, así como el tipo de maltrato prevalente fue el financiero ya que se trata de impedir que ellos usen y controlen su dinero. Y aquellos factores presentes en el agresor son; el uso excesivo del alcohol, consumo de drogas, comportamiento violento, desempleo y estrés, siendo estos la combinación de factores psicológicos, sociales y económicos.

Ante lo ya expuesto, Pérez y Pereira (2006) nos indican que la violencia origina un enorme sufrimiento y estrés en las familias que lo padecen, puede suponer el inicio de una “carrera de maltratador” en las personas que la perpetran y necesita un abordaje específico por

parte de los profesionales, tanto de la salud mental como de otros ámbitos, directa o indirectamente relacionados (juristas, educadores, profesorado, etc.).

Además, en cifras reales afrontamos una población que sobrepasan el 50% de casos de Violencia al adulto mayor, donde los hijos son los principales maltratadores o partícipes del daño a sus padres o progenitores en la vejez, es decir, miembros directos o descendientes del grupo familiar que lo rodea, cabe mencionar, que existe un margen de casos que aún no son reportados, y que pueden pasar desapercibidos, por ello, las investigaciones en su diversidad sobre esta temática, deben seguir su curso, ampliándolas a configurar la relación con otras variables, así como la información obtenida mediante un estudio en el año 2015 en el distrito de Breña, Lima donde la prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79.7% y de síntomas depresivos asociados fue el 48.2%; ya que aquel que presentaba síntomas depresivos ha sufrido de violencia dentro de su hogar (Rodríguez et al., 2002).

Por lo tanto, en la presente investigación se busca conocer como se está direccionando la violencia al adulto mayor, preferentemente en su ámbito familiar, asociándolo primariamente al problema emocional de depresión, ya que esta viene siendo una enfermedad recurrente en el grupo poblacional, que puede tener inicios en la calidad de vida que tiene el adulto mayor dentro de su núcleo familiar. Siendo el deber de todo hijo, hermano, familiar o cuidador, el de velar por el bienestar del adulto mayor de su linaje, para que así puedan tener bienestar, calidad de vida y apoyo familiar en esta etapa.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, nos formulamos la siguiente interrogante:

¿Existe relación directa y significativa entre la violencia y depresión en adultos mayores que acuden a un Centro de Desarrollo Integral Familiar - CEDIF de Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Iribarren (2024) elaboró un estudio de tipo básico, de diseño no experimental, de tipo correlacional y transversal. que tuvo por objetivo determinar la relación que existe entre la violencia familiar y la depresión en adultos mayores. La muestra fue seleccionada de forma no probabilística y por conveniencia, contando con 150 adultos mayores de un hospital de Chimbote. Los instrumentos de recopilación de información fueron, la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor (GMS) y la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage (GDC). Los resultados determinaron la existencia de una correlación positiva de efecto pequeño entre ambas variables. Concluyó que, a mayor presencia de maltrato también se presentará un incremento en la depresión de los adultos mayores.

Aleaga y Balvin (2023) ejecutaron una investigación de tipo básica, con enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, corte transversal y diseño correlacional, que tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza – Chupaca. Por tal motivo se, se aplicó a una muestra de 42 adultos mayores que son usuarios del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza – Chupaca. Mediante un muestreo probabilístico se estimó la muestra de 42 adultos mayores estudiados. Los resultados demostraron que 16 (38.1%) de los adultos mayores encuestados tienen un buen funcionamiento familiar, en contraste a este resultado 15 (35.71%) adultos mayores viven dentro de una disfuncionalidad familiar severa, y 6 (14.29%) adultos mayores con disfuncionalidad familiar moderada. De estos resultados se llega a la conclusión que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza – Chupaca, con un coeficiente de correlación igual a -0.732 y un nivel de significancia $.05$.

Bulnes y Lima (2023) realizaron un estudio cuantitativo, no experimental, alcance explicativo, que tuvo como objetivo analizar el abandono familiar y su influencia en la depresión de los residentes del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, Rímac 2022. La población fue de 280 adultos y mediante muestreo no probabilístico se consideraron solo 80 adultos. Se aplicaron los cuestionarios, Abandono familiar y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage con fuerte fiabilidad y aceptabilidad. En los resultados descriptivos, el 48% de los adultos mayores percibieron presentar abandono familiar; el 36% nivel intermedio, y el 16% cree que está ausente. Mientras que, el 38% de los adultos mayores percibieron una sintomatología depresiva moderada, el 36% nivel leve y el 16% con síntomas severos. Asimismo, a través del coeficiente de Wald ($30.533 > Z_{C0.95} = 1.64$), el error estadístico (Sig. de $0.000 > \text{límite } 0.05$), y el Pseudo Cuadrado Nagelkerke evidenciaron una alta influencia (42.6%) en su variabilidad de intensidad entre abandono familiar sobre la depresión. Se concluyó que, que el abandono familiar influye significativamente sobre la depresión en los adultos mayores del centro Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro.

Asmat y Benzaque (2022) estudiaron mediante la revisión sistemática de artículos, los factores asociados a la violencia en el adulto mayor. Plantearon como criterios de selección, el que los artículos tengan como población adultos mayores de 65 años a más, publicados entre los años 2012 al 2021, vinculados a los idiomas portugués, inglés y español. Las bases de datos revisadas fueron: *MyLOFT*, *Redalyc*, *Scielo*, *Scopus*, *Scencedirect*, EBSCO, Google Académico, *Dialnet* y *ResearchGate*. Se obtuvo que, un total de 25 artículos cumplieron con los criterios. Luego de someter los artículos a un análisis detallado arribaron a las siguientes conclusiones, según los factores asociados a la violencia en el adulto mayor, ser del sexo femenino, pertenecer a familias disfuncionales en situación de pobreza. También, se identificó los factores psicológicos, siendo los más relevantes la depresión y los sentimientos de

desesperanza en los ancianos. En cuanto a los factores sociales, se presentan familias disfuncionales, con escasa red de apoyo. Por último, según los factores personales, ancianos con un nivel socioeconómico y educacional bajo, sumado a presentar poca independencia funcional.

Ayala (2022) abordó su estudio desde un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo, cuyo objetivo fue determinar y analizar el nivel de violencia familiar y las características sociodemográficas de los adultos mayores en la comunidad de Luzcapampa. La población estuvo constituida por 65 adultos mayores a quienes se les administró la escala geriátrica de maltrato al adulto mayor (GMS). Los resultados revelaron que el 58.5% tienen 80 años a más; 66.2% son mujeres y el 43.1% viudos; el 58.5% son analfabetos y 35.4% tienen primaria completa. Por otro lado 38.5% viven con su esposo(a). El violentador más frecuente es el cónyuge (38.5%); en cuanto al nivel de violencia el mayor porcentaje (55.4%) sufre de violencia leve y el 43.1% de tipo moderada. En violencia física el 38.5% son golpeados, mientras que 69.2% han sido humillados y se han burlado de ellos, por otra parte, al 27.7% de los participantes les han negado protección cuando la necesitan; 50.8% refiere que otros manejan su dinero sin su consentimiento.

Pérez (2022) ejecutó una investigación básica, de diseño no experimental de tipo correlacional y de corte transversal, donde tuvo el objetivo de determinar la relación que existe entre el maltrato familiar y la depresión en adultos mayores de Lima metropolitana. La población fue de 73 adultos mayores (60 años a más) de los distritos de Lince, Ate, Santa Anita, Chorrillos y Chosica seleccionados por el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor (GMS) y la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage (GDC), donde ambas escalas fueron sometidas al análisis de validez por criterio de jueces y confiabilidad por consistencia interna, obteniendo puntajes aceptables. Los resultados de este estudio indican que existen una correlación significativa entre maltrato

familiar y depresión en los adultos mayores, por tal se concluye que, a mayor presencia de maltrato familiar, mayor será la desesperanza e inestabilidad emocional en la población estudiada.

Fernández y Pajares (2021) ejecutaron una investigación de tipo correlacional descriptiva, que tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y depresión en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Cajamarca. La muestra fue seleccionada a partir de un muestreo probabilístico y la conformaron 100 adultos mayores. Se administraron la Escala de Depresión Geriátrica o Test de Yesavage (2018) y la Escala geriátrica de violencia al adulto mayor (2018) que demostraron adecuada validez y confiabilidad. Los resultados señalan que existe una correlación media entre la depresión y el maltrato intrafamiliar ($Rho = .0$). Asimismo, los adultos mayores del género femenino manifiestan un mayor nivel de depresión severa y mayor nivel de maltrato intrafamiliar. El nivel de educación para ambos géneros tiene incidencia en el desarrollo de violencia o depresión.

Escalante y Quispe (2020) ejecutaron una investigación no experimental, de corte transversal y correlacional que tuvo como objetivo determinar la relación entre el maltrato y depresión geriátricos en los adultos mayores. La muestra fue no probabilística con un total de 88 adultos mayores con edades de 60 a más años a quienes se les administró la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor (GMS) que fue elaborada por Giraldo y Rosa en el año 2012, y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (versión reducida), ambas con valores psicométricos válidos (V Aiken entre .95 a 1) y confiables (Alfa de Cronbach entre .66 y .9) para su aplicación. Los resultados obtenidos indicaron que existe una relación significativa y positiva entre maltrato y depresión en adultos mayores; en cuanto a las detenciones se obtuvo que el maltrato físico y depresión ($\rho = .50$; $p = 0.42$), maltrato psicológico y depresión ($\rho = .54$; $p = 0.004$) maltrato económico ($\rho = .42$; $p = .42$).

Bello (2019) buscó conocer la relación entre la violencia y la depresión en el adulto mayor del Centro Materno Infantil “Cesar López Silva” en septiembre 2017. El estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional, y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 44 adultos mayores seleccionados mediante proceso no probabilístico y por conveniencia. Se aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el Cuestionario sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores de México elaborado por Martha Liliana Giraldo Rodríguez. Los resultados evidenciaron ausencia de violencia familiar en la población estudiada, mientras que, referido a la depresión, el 64% presenta depresión normal, 25% depresión leve y 11% depresión severa. Se encontró que el 84.1% presenta humor depresivo, el 77.3% ritmopatía, el 43.2% discomunicación y anergia el 38.6%. En conclusión, la población estudiada no refiere violencia, por lo tanto: no existe una relación entre violencia familiar con la depresión en los adultos mayores del Centro Materno Infantil “Cesar López Silva”.

Mundo (2019) realizó un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal, donde investigó la caracterización de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor de un Centro de Salud en el distrito de Ventanilla. Su muestra la conformaron 30 adultos mayores (18 mujeres y 12 varones), a quienes les aplicó un cuestionario que elaboró con base a la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor de Giraldo, cuyo instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo, donde todos los ítems fueron altamente confiables ($p < 0.05$) con un grado de concordancia de jueces al 93%, y respecto a su fiabilidad un Alfa de Cronbach adecuado de .820. Los resultados que obtuvo fueron; el 87% equivalente a 26 adultos mayores presentaron algún tipo de violencia, siendo la edad más afectada entre los 60 y 70 años, según el sexo la mayor prevalencia fue en mujeres, nivel escolar primario, siendo los principales agresores los hijos y nietos. Según las dimensiones del cuestionario los tipos de violencia más frecuentes fueron; psicológica el 87%,

física el 53%, económica el 37% y negligente el 17%. Concluyó que más del 50% de la población estudiada presentó violencia intrafamiliar.

Sánchez y Sicha (2019) realizaron un estudio de diseño no experimental, de tipo correlacional, que tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo. La muestra estuvo constituida por 302 adultos mayores de ambos géneros con edades desde los 60 años a más, los cuales deben manifestar que en algún momento de su vida hayan sufrido algún tipo de violencia que haya repercutido en su vida de manera significativa. Para medir la ansiedad utilizaron la Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS) y para depresión usaron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), además tamizaron para descartar casos de violencia que luego fue contrastada con la jefa de la unidad de prestaciones sociales. Obtuvieron para la relación de depresión y ansiedad ante la muerte, un coeficiente de correlación de Pearson ($r=.65$), de igual manera, sobre las dimensiones específicas; miedo a la agonía, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte, la depresión reportó un grado de correlación grande en sentido directo $r>.50$. Finalmente, concluyeron que existe un grado de correlación grande y en sentido directo entre ambas variables ($r=.65$, IC [.58 - .71]).

Huaynate (2018) realizó un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal, teniendo como objetivo determinar la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. La población fue constituida por 57 adultos mayores y la muestra fue seleccionada mediante un criterio no probabilístico por conveniencia, conformada por 50 adultos mayores. Para la recolección de datos utilizó el cuestionario de Escala Geriátrica de Violencia al adulto mayor de Giraldo. Los resultados indicaron que el 100% de la muestra presentaron violencia de tipo económico, el 94% psicológico, un 66% negligente, 28% físico y 18% sexual. Ultimando que los adultos mayores evaluados del distrito de Comas en su totalidad presentan violencia intrafamiliar, y el tipo que afectó en general fue la violencia

económica, mientras que superaron el 60 % la violencia psicológica y negligente, y la violencia sexual afectó solo a la quinta parte de la población.

Mogrovejo (2018) ejecutó una investigación de tipo descriptivo correlacional, para determinar la relación que existe entre las variables de calidad de vida y depresión en adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte, 2018. Su muestra la conformaron 222 adultos mayores que van desde los 60 años a más (122 hombres y 100 mujeres) y que asisten a los distintos CEDIF de Lima Norte, a quienes les aplico los instrumentos de Cuestionario de Calidad de Vida de WHOQOL-BREF (19y98) que cuenta con adecuados valores de validez y confiabilidad (Alfa de Cronbach=.955), y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (1982) con validez y confiabilidad (Alfa de Cronbach=.84) aceptable. Los resultados señalaron que existe una relación inversamente significativa ($p < 0.032$) entre la variable calidad de vida y depresión, y una correlación negativa débil ($r = .144$). A su vez, concluyó que los hombres presentan peor calidad de vida en relación con las mujeres y que sólo las dimensiones de salud física, salud psicológica y relaciones sociales se relacionan con la depresión.

Silva et al. (2015) analizaron la violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú; a partir de un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal con una muestra de 369 adultos mayores, seleccionado a un 5% de error máximo y un 95% de probabilidad. Aplicaron el *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* y la Escala de Depresión Geriátrica como instrumentos de datos sociodemográficos. Obtuvieron que existió mayor prevalencia de adultos mayores del sexo femenino, con estado civil casado y la conformación familiar por el cónyuge. Asimismo, el 79.7% sufrió violencia intrafamiliar y el 48.2% presentó síntomas depresivos, mayormente fue violencia financiera y sostuvo que aquel que no trabaja tiene mayor probabilidad de sufrir violencia, además, a más años de estudio menor es el riesgo de sufrir violencia y aquel que no presenta síntomas depresivos no

sufre violencia. Concluyeron que el adulto mayor necesita de atención permanente y el personal de salud debe reconocer síntomas y señales en el adulto mayor que sufre violencia y que presenta síntomas depresivos para apoyar en un mejor abordaje e intervención de la familia y el estado.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Ranzani et al. (2023) realizaron una investigación descriptiva, exploratoria con diseño transversal a partir del análisis de las notificaciones de casos sospechosos o confirmados de violencia contra el adulto mayor, ocurridos entre marzo de 2020 y marzo de 2021. El objetivo fue identificar el perfil sociodemográfico y las características de la violencia interpersonal contra los adultos mayores en el primer año de la pandemia de COVID-19 en una ciudad capital de la región sureste de Brasil. Se obtuvo que, en el periodo del estudio se reportaron 2681 denuncias por violencia, donde las principales víctimas fueron personas entre 60 y 64 años, de sexo femenino, blancas y con baja escolaridad. La mayoría de los casos se registraron en el hogar, siendo los casos más comunes, los tipos de violencia física y psicológica, con uso de fuerza física/golpes y amenaza, respectivamente. Asimismo, el agresor era generalmente del sexo masculino, más joven que la víctima, hijo o pareja y se dio a conocer que hubo baja derivación a organismos de protección. Concluyeron que, el perfil sociodemográfico obtenido revela que son víctimas vulnerables, sujetas a múltiples formas de violencia y que la integridad de su salud está en riesgo potencial.

Benavides et al. (2022) ejecutaron un estudio de tipo observacional descriptivo transversal retrospectivo con el objetivo de caracterizar epidemiológica y clínicamente los casos de violencia en el adulto mayor, atendidos en el Instituto Nacional de Medicina Legal en la ciudad de Cali, durante el periodo 2019 y 2020. La muestra la conformaron 232 registros con adultos mayores víctimas de violencia. Para la recolección de la información se utilizó el aplicativo SICLICO del INMLCF que utiliza variables como edad, sexo, estado civil, nivel

académico, presunto agresor, escenario del hecho, momento del hecho, localidad del hecho, sistema afectado, incapacidad, entre otros; y que es obtenida por peritos expertos en el campo. Los resultados señalaron que: las personas agredidas tuvieron en promedio de 68,7 años \pm 7,8; eran mujeres (55,17%), con primaria inconclusa (27,59%), solteras (20,31%). El principal agresor era el hijo (34,48%) y se presentaron en situaciones de intolerancia (64,66%) que se presentaban principalmente en el hogar donde convivían (74,57%) precisamente con el agresor (54,31%). En la víctima las principales afectaciones son en la piel (51,72%). Se concluyó que las principales víctimas de la violencia física eran mujeres, adultas mayores jóvenes, dedicadas a las labores del hogar, siendo los agresores sus hijos.

Banda y Ruiz (2022) mediante una investigación de enfoque mixto y de alcance descriptivo por su nivel de profundidad, se enfocaron en determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del municipio de San Juan de Urabá. La población de estudio fueron 120 adultos atendidos en el Centro Día Dos de Abril, cuya muestra correspondió a 30 participantes con edades entre 60 a 90 años. Se administró el Inventario de Depresión de BECK para observar el nivel de depresión de cada uno de ellos. Los resultados indicaron que; 18 adultos mayores presentaron un nivel de depresión mínimo, equivalente al 60%, 8 de ellos un nivel de depresión leve, lo que traduce un 26%; 2 de los 30 adultos con nivel de depresión moderado que corresponde al 7% y en los 2 últimos adultos mayores un nivel de depresión severo que equivale al 7% de la población. A partir de ello, se seleccionaron los 4 participantes que obtuvieron los niveles de depresión moderado y severo, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada con el fin de identificar cuáles son los factores psicosociales que tienen incidencia en la depresión de estas personas mayores.

Salvador (2021) ejecutó un estudio cuantitativo, analítico de corte trasversal, con el objetivo de describir, analizar la relación entre depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la parroquia rural de Juan Benigno Vela. La población estuvo conformada por 71 adultos

mayores (32 hombres y 39 mujeres) con edades de 65 años a más. Se administraron la escala modificada de depresión geriátrica de Yesavage y el Cuestionario EuroQol-5D para medir la calidad de vida, que ambos casos poseen valores adecuados de validez y confiabilidad. Los resultados indicaron la existencia de un número significativo de adultos mayores con depresión y entre ellas la predominancia de la depresión leve en mujeres, aunque en porcentaje bajo también hay casos de depresión severa en hombres. Respecto a la calidad de vida, se obtiene que, conforme pasan los años la calidad de vida se deteriora, esto va acompañado a la depresión leve o severa que padecen, por tanto, a mayor depresión menor calidad de vida. Finalmente, el estudio recomienda fortalecer el nivel de atención primaria, concientizando al personal médico, para la toma de acciones de promoción y prevención de salud.

Álvarez-Bernardo y Jiménez (2020) ejecutaron un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectiva y transversal. El objetivo fue determinar el grado de depresión como causa de violencia psicológica en el adulto Mayor, en la UNEME EC, Teapa, Tabasco, durante el periodo junio-diciembre del 2018. El tamaño de la muestra estuvo constituido por 282 adultos mayores de 60 años y más seleccionados por criterio probabilístico a un nivel de confianza de 95%. Se obtuvo que, el 61.3 % femeninos y 38.7 % masculinos, el rango de edad con mayor porcentaje fue entre 60 – 69 con un 51.8 %, el 47.8 % de ellas se dedicaban a labores del hogar. Asimismo, se identificó que el 42.6 % sí, eran maltratados psicológicamente y en su mayoría el grupo de edad más maltratado fue el de 60 – 69 años y fueron las femeninas quienes sufrieron más maltrato, mientras que el 28.7 % presentaron una depresión leve siendo el grupo de edad de entre 60 – 69 el más afectado y el sexo femenino fue quien presentó la mayor frecuencia de esta depresión. Respecto al objetivo principal, se encontró que existe una relación entre el grado de depresión y el maltrato psicológico, aunque no significa que el maltrato sea la causa depresiva.

Agudelo-Cifuentes et al. (2020) realizaron un estudio observacional, de enfoque empírico analítico, con diseño transversal, que tuvo como objetivo conocer la prevalencia del maltrato en una muestra de 462 personas adultas mayores (60 años a más) de la zona urbana de la ciudad de Medellín en el año 2016. La muestra fue seleccionada de forma probabilística, por conglomerados conformados por 16 comunas de la ciudad. Se tuvo como criterio de exclusión, el deterioro en el estado cognitivo determinado a partir del Mini Examen de Estado Mental (MMSE), para la detección del maltrato se utilizó la Escala Geriátrica de Maltrato (GMS) y en la valoración de riesgo de depresión se administró la escala Yesavage. En los resultados se presentaron que, existe mayor prevalencia de maltrato físico (4,1%), principalmente las víctimas fueron mujeres, personas sin pareja y con ingreso económico. Además, fue más prevalente en personas mayores con riesgo de depresión, antecedentes de pensamientos suicidas, insatisfacción con la salud y que convivían con familias disfuncionales.

Rodríguez et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo que buscó caracterizar la violencia intrafamiliar en el adulto mayor mediante el análisis de las variables de la edad, sexo, ocupación, convivencia, clasificación de la familia e identificación del maltrato. A partir de un muestreo intencional no probabilístico, se seleccionaron a 314 pacientes pertenecientes al Policlínico Docente José R León Acosta, provincia de Villa Clara, de enero a diciembre de 2016. Se recopiló información a partir de entrevistas estructuradas, la revisión de las historias de salud familiar y se aplicó la prueba de funcionalidad familiar. Los resultados señalan una mayor prevalencia de adultos mayores de sexo femenino y que la existencia de diversos factores de riesgo (los ancianos jubilados y el maltrato psicológico, las familias nucleares y disfuncionales, los conflictos familiares y las diferencias inter-generacionales). Finalmente, concluyeron que el tipo de maltrato que más se evidenció es el psicológico seguido del físico, además, en las familias nucleares y disfuncionales por lo general se observa mayores signos de maltrato en aquellos que conviven con sus hijos y nietos, es más evidente en el sexo femenino.

Bautista (2016) presentó un estudio correlacional e histórico, cuyo objetivo fue conocer las características de la depresión en el adulto mayor e identificar los tipos de maltrato que infringen sus familiares. La muestra la conformaron 14 adultos mayores con edades entre 60 a 100 años, que pertenecen al grupo de INAPAM (Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) DIF, Huejutla Hidalgo. Los instrumentos usados para la recopilación de datos fueron para la depresión la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage que cuenta con valores psicométricos adecuados y una encuesta para obtener los datos que le permitan correlacionar las variables depresión y abandono familiar, de elaboración del autor, de igual manera realizaron una entrevista para conocer la situación familiar. Los resultados señalaron que, las personas adultas mayores presentan dificultades en su relación familiar, ya que los hijos los han abandonado y se han hecho cargo de sus necesidades primarias, además que ante esto la salud emocional decae y la persona tiende a tener episodios depresivos.

Cano et al. (2014) ejecutaron una investigación de tipo descriptivo transversal que buscó dar a conocer los factores asociados al maltrato psicológico en el adulto mayor de Antioquía, 2012. Mediante el muestreo probabilístico se eligieron a 4 215 adultos mayores y luego se expandieron a 654 473. Para un análisis integral se aplicaron: Escalas de depresión geriátrica de Yesavage, Escala de Goldberg (EADG) y el Mini examen de estado mental (MMSE). Los resultados encontrados fueron; mayor prevalencia de maltrato psicológico (5%), el 26.3% tuvieron riesgo de sufrir depresión, el 65.6% se clasificaron sin riesgo de ansiedad y el 83% presentaron riesgo de deterioro cognitivo, observándolo con las variables; edad, recursos sociales, nivel de escolaridad, etnia y estrato socioeconómico no aportaron a la explicación de la presencia del maltrato psicológico, mientras el sexo, el deterioro cognitivo, la depresión y el riesgo de demencia, fueron constructos que contribuyeron a explicar la presencia de esta situación en los adultos mayores. Concluyeron que para contribuir con la

mejoría de la calidad de vida y la salud mental de esta población, se debe trabajar una cultura de envejecimiento y el generar redes de apoyo en los adultos mayores.

Rodríguez et al. (2002) realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en adultos mayores de 60 años y más pertenecientes al “Consejo Popular de Belén”. Seleccionaron una muestra de 252 gerontes basado en el diagnóstico de salud realizado por el geriatra, por lo que se excluyeron 26 casos (17 con deterioro cognitivo a partir de los resultados del Minimental State de Folstein 18-20, 6 hipoacúsicos y 3 sordos), quedando con 226 ancianos. Aplicaron una encuesta sobre maltrato al adulto mayor confeccionada por la Lic. Msc. en Gerontología Médica y Social Mary Blanca López. Los resultados señalaron que, los hombres fueron los más maltratados y entre ellos, los viejos jóvenes (60 a 79 años) de forma social, psicológica y familiar. Los viejos viejos (80 años a más) recibieron en menor frecuencia abusos físicos y económicos. Además, la familia fue quien más maltrató psicológico generó al anciano. Se sugirió evitar el maltrato denunciándolo a las autoridades, inculcando el respeto desde la escuela y la familia, así como divulgándolo mediante los principales medios de difusión masiva.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación estadística entre la presencia de violencia y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Conocer los tipos de maltrato que presentan los adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana, según sexo, estado civil, grado de instrucción y con quienes viven.

- Conocer la presencia de depresión en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana, según sexo, estado civil y con quienes viven.

1.4. Justificación

El tema de investigación fue elegido primero, para dar a conocer una de las principales dificultades que afronta el adulto mayor en la actualidad, expresada en los índices elevados de violencia, desencadenada en los diversos tipos de maltrato (físico, psicológico, negligente, económico y sexual), así como las consecuencias que puede generar en esta población en riesgo.

Por lo expuesto, primero desde el punto de vista teórico, al analizar las bibliografías existentes sobre nuestras variables de estudio, podremos tener un sustento científico actualizado sobre de la violencia intrafamiliar y depresión en el adulto mayor, generando para nuestro país un gran aporte de conocimientos relacionado a la temática en las familias, a su vez, brindando un instrumento específico y estandarizado que permite identificar los diversos tipos de violencia en el adulto mayor. Asimismo, se da apertura en la realización de otros estudios sustentables, que aborden las variables de forma independiente o en su relación con otras comorbilidades, que se pueden presentar y aumentar el riesgo en el grupo etario estudiado.

Existe una justificación práctica que responde a las necesidades de la población adulta mayor, siendo un grupo etario poco considerado, ya que, al dar conocer en cifras la realidad que afrontan, permitirá concientizar a la población en general, esperando que desde el estado peruano se trabaje la prevención o disminución de los casos de violencia y se evalúe su mejora o reducción, teniendo en cuenta que lo que no se mide, no se mejora. Se espera que los resultados sean línea base para una adecuada intervención en la población de estudio y sus principales círculos sociales, con profesionales capacitados y actualizados en la materia.

Por último, a nivel profesional se pone en manifiesto los conocimientos adquiridos durante la formación académica respecto a la etapa del desarrollo de las personas adultas

mayores y la selección de escalas estandarizadas para la recopilación de información oportuna que contribuya o tenga incidencia en la toma de decisiones para el manejo e intervención de la población de estudio.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

H1. Existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de violencia intrafamiliar y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana.

1.5.2. Hipótesis específicas

H1: Existen diferencias significativas en los tipos de maltrato presentes en los adultos mayores según sexo, estado civil, grado de instrucción y con quienes viven.

H2: La presencia de depresión en adultos mayores varía significativamente según sexo, estado civil y con quienes viven.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Violencia familiar*

El constructo de violencia proviene del latín *vis* que significa fuerza, esta última puede ser usada de forma física o emocional (Montero et al., 2011).

Para Pizaña (2003) la violencia puede entenderse desde un sentido amplio, como aquella acción o efecto de violentar o violentarse. Es decir, refiere a una acción violenta, enérgica, como forma de respuesta, logrando exteriorizar el abuso de la fuerza para obligar o someter a la otra persona a lo que uno quiere.

Al acercarnos al constructo de violencia familiar o intrafamiliar, no enfocamos en lo que ocurre en su mismo ambiente, entre aquellos que lo conforman o integran, y de cómo la comunicación de puede ver afectada por diversos factores, generando un sistema violento en la relación de sus miembros. Tal como lo sustenta Ruiz (2016) quien señala que la violencia intrafamiliar o también llamada doméstica proviene de un conglomerado de comportamientos violentos que se ponen en práctica al interactuar unas personas sobre otras y suelen ocurrir dentro del ámbito familiar, pero no exclusivamente en él.

A su vez, Claramunt (1997), menciona que la violencia doméstica o intrafamiliar es toda acción u omisión que genere un daño, lesión en la integridad física, sexual, emocional o social de una persona con la que tiene vínculo familiar o íntimo.

En la actualidad se define el maltrato al adulto mayor, de acuerdo con la OMS (2022) como aquella acción que genera un daño o afectación en el desarrollo de la persona adulta. Se presenta en los siguientes tipos: maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, el abuso de confianza en cuestiones económicas, así también puede ser resultado de la negligencia, sea esta intencional o no.

2.1.1.1. Modelo Explicativo de la Violencia.

Modelo ecológico. Olivares y Incháustegui (2011) este modelo pretende explicar la violencia desde un enfoque multifactorial, tomando como referencia la teoría ecológica de los sistemas de Urie Bronfenbrenner postulado en 1987. Por lo tanto, para este autor la conducta surge en función a la interacción de los rasgos de las personas y de sus habilidades con el ambiente. En este sentido, basan su explicación a que el desarrollo humano es el resultado de la acomodación entre el ser humano como un ser activo y sus entornos inmediatos, que son cambiantes y lo circundan, por tanto, este intercambio se da de forma recíproca entre los cuatro niveles de influencia: macrosistema (efectos de la cultura), exosistema (subcultura), microsistema (familia) y los factores ontogénicos (individuales/aprendidos).

El nivel macrosistémico; engloba los valores y representaciones culturales que manifiestan las relaciones y uso de poder, así como la exhibición en los medios de comunicación de la violencia discriminatoria y su mantenimiento en la sociedad. Los procesos de socialización determinan los roles de género, los cuales pueden influir en las características particulares e intrafamiliares haciendo legítima la violencia dispensada por los hombres hacia las mujeres. Los autores indican que este nivel es el que más influencia tiene, afectando a los demás de un modo persistente e intenso (Olivares y Incháustegui, 2011).

El nivel exosistémico o mesosistema; concierne a aquellas estructuras sociales que pervierten el adecuado funcionamiento personal de cada individuo, potenciando de esta manera la posible aparición de violencia. La pobreza, desempleo, falta de oportunidades, el estrés en la familia, el aislamiento o la falta de apoyo social, deterioro urbano, etc., son ejemplos de este fenómeno (Olivares y Incháustegui, 2011).

El nivel microsistémico; referido a las dinámicas o conflictos familiares que generan la aparición y el desarrollo de la violencia, como los estilos educativos ineficaces, las conductas agresivas entre los progenitores, el maltrato infantil, las técnicas de comunicación inadecuadas

o las escasas habilidades para la resolución de problemas y las limitadas o pocas posibilidades de interacción o socialización con otros grupos (Olivares y Incháustegui, 2011).

Los factores ontogenéticos son aquellas características individuales de los miembros de la familia como su carga histórica, autoestima baja, dependencia, consumo abusivo de sustancias, indiferencia, trastornos mentales, pobres relaciones de apego con los padres, bajo rendimiento académico, etc. No obstante, sobre todo influye el hecho de haber sido objeto de malos tratos en la infancia (Olivares y Incháustegui, 2011).

La explicación de este modelo reside en la interrelación de los puntos de vista psicológico, sociológico y feminista de la violencia en el ámbito familiar, existiendo multitud de variables que interaccionan en el desarrollo de la violencia hacia los padres. Los autores señalan que cuantos más factores de riesgo existen, mayor probabilidad hay de que surja una situación de violencia ascendente. Sin embargo, a pesar de la importancia de este modelo, ya que contribuye eficazmente a la comprensión de este fenómeno, presenta ciertas limitaciones en el sentido de que resulta complicado medir la influencia de los valores culturales y de las creencias, además de la dificultad que supone investigar las premisas de esta teoría debido a las múltiples variables que engloba (Olivares y Incháustegui, 2011).

2.1.1.2. Dimensiones de la violencia intrafamiliar. Se conocen según los siguientes tipos:

A. Maltrato físico. Sirlin (2008) define el maltrato físico como toda acción que infrinja dolor, que incomode o lesione. Para Touza et al. (2001), este maltrato se ejerce por la fuerza física, y tales actos pueden ser desde pellizcos, patadas, empujones hasta la administración forzosa de comestibles o medicamentos a los adultos mayores. Esta violencia puede ser ejercida por cualquier miembro de la familia o fuera de ella de forma intencional. Para Zolotow (2002), este maltrato es el que produce dolor, discapacidad temporal o permanente, o hasta la muerte a la víctima.

B. Maltrato psicológico. Para Sirlin (2008), el maltrato psicológico son aquellas acciones que consiguen disminuir la identidad, dignidad y propia estima de la persona. Para Touza et al. (2001), este tipo de violencia infringe dolor emocional debido a acciones tanto verbales como no verbales. El agresor aquí amenaza, intimida, humilla, hostiga, y también consiste en aislar o prohibir actividades positivas a los adultos mayores. Zolotow (2002) lo llama abuso emocional y puede expresarse de maneras muy variadas que implican afectaciones a los sentimientos, emociones, privacidad, seguridad, autoestima, creencias y socialización del otro.

C. Maltrato negligente. Para Sirlin (2008), este maltrato puede ser de dos tipos: activo o pasivo. El primero consiste en negar los recursos vitales de alguien, y la pasiva se refiere al dejar en soledad, aislamiento u olvido a otra persona. Correa en el 2005, define este maltrato como toda conducta indirecta que pone en riesgo al adulto mayor y es intencionada. Tenemos aquí el brindar una mala alimentación, no asearlos, no darles medicamentos, entre otros que amenacen la integridad total. Luego tenemos a Zolotow (2002), que define este maltrato como aquel perpetrado por el cuidador del adulto mayor y que consiste en no brindar los cuidados y asistencia adecuada de manera intencional. Es atentar contra la vestimenta, la alimentación, la higiene, la seguridad y la comunicación del adulto mayor.

D. Maltrato económico. Este tipo de maltrato lo define Sirlin (2008) como el abuso del material o de la propiedad privada que pertenece por derecho a otra persona, involucrando un mal manejo y el privarlo de dichos recursos. Montero et al. (2017) define este maltrato como una situación de poder y abuso que atenta contra la economía y el bienestar subsiguiente del adulto mayor. Zolotow (2002) lo define como toda acción que vulnere el patrimonio financiero en forma de aprovecharse, despojarlos, destruirlos, retenerlos, falsificarlos, etc., siendo estos no sólo dinero, sino objetos materiales o simbólicos de valor.

E. Maltrato sexual. El maltrato sexual es cuando se ejerce actos sexuales contra otra persona sin su consentimiento. También implica negar la vida sexual a otra persona o la discriminación de esta Sirlin (2008). Ampliamente se conceptúa este maltrato como toda acción que atenta contra la sexualidad de otra persona, y puede manifestarse en forma de extorsión, amenaza, aprovechamiento por no oponer resistencia la víctima, y actos sexuales que usen la fuerza física (García, 2016). Tenemos a Zotolow (2002), quien define este maltrato como aquel contacto sexual no consentido con el adulto mayor, en forma verbal y no verbal, tales como gestos, palabras, insinuación, acariciar, manosear, exhibirse, hasta la violación propiamente dicha con objetos o partes del cuerpo del agresor.

2.1.2. Depresión

Buela-Casal (2001) sostiene que la depresión no es solo el trastorno psicológico más frecuente, sino que además se considera un problema realmente grave, tanto por sus dimensiones, incapacidad funcional, como por sus repercusiones, bajas laborales, coste sanitario, suicidios, etc. La depresión está asociada a una alta mortalidad no solo explicada por la mayor tasa de conductas suicidas sino también por la más frecuente comorbilidad de enfermedades físicas, alcoholismo y otros trastornos psíquicos.

Beck et al. (1979), por su parte, menciona que la depresión se debe a un desorden del pensamiento, en el que la persona depresiva distorsiona la realidad viéndola de forma negativa y según la triada cognitiva, es decir, la realidad distorsionada respecto a sí mismo, al mundo y al futuro. Además, supone la presencia de signos y síntomas como consecuencia de la activación de los patrones cognitivos negativos.

2.1.2.1. Teorías explicativas de la depresión. Se presenta la siguiente teoría psicológica que brinda explicación al constructo estudiado.

Teoría cognitiva. Esta teoría parte de generar procedimientos activos, directivos, estructurado y de tiempo limitado ante la depresión u otros trastornos emocionales. Parte del

supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck et al., 1979).

Este enfoque busca que el paciente logre pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. Por ello, el paciente aprenderá a; controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

2.1.2.2. Características de la depresión en el adulto mayor. Siendo la depresión uno de los principales problemas de salud pública con graves implicaciones en las distintas áreas vitales de la persona, en el adulto mayor este riesgo se duplica debido a la etapa del desarrollo en el que se encuentra; aunque los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativo, las funciones disfunciones cognitivas y los aspectos familiares son los más influyentes en el adulto mayor.

Mühlenbrock et al. (2011) afirma que “la clínica entre el anciano y el adulto no presenta mayores diferencias. Sin embargo, el anciano suele presentar más agitación psicomotora, compromiso cognitivo, delirios depresivos, ideas de pobreza y enfermedad física con relación a los menores de 60 años¹⁰” (p. 332).

Con respecto la manifestación sintomatológica de la depresión en el adulto mayor Sotelo et al. (2012) mencionan que:

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. (p. 6)

Asimismo, con respecto a la historia de la persona Mühlenbrock et al. (2011) sostienen que:

La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres, viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en portadores de algún tipo de trastorno del sueño como insomnio, y en aquellos que han experimentado un evento estresante en sus vidas, dismovilidad y aislamiento social. (p. 332)

Cabe señalar que, la depresión puede ser de dos tipos: depresión reactiva, donde el desencadenante será un estímulo externo al sujeto; y puede ser una depresión endógena donde no hay una causa clara de su aparición y se hipotetiza que su origen puede estar vinculado a factores biológicos, neurofisiológicos y/o genéticos (Loje, 2018).

Finalmente, asociado a este trastorno también se puede mencionar la pobre calidad de vida, reacción negativa al tratamiento, evolución negativa de enfermedades crónicas y los actuales índices elevados de violencia hacia este grupo poblacional, etc.

2.1.2.3. Dimensiones de sintomatología de la depresión. Para Beck y Steer (1984), la sintomatología de la depresión se agrupa de la siguiente manera:

A. Alternaciones emocionales. Es toda manifestación emocional, sentimental y del estado de ánimo para el adulto que puede expresarse en diversas expresiones activas o pasivas, tales como estar temeroso, sentir culpabilidad, estar ansiosos hasta irritables en la cotidianidad y de forma persistente.

B. Alternaciones cognoscitivas. Estas alternaciones que son del intelecto o la capacidad cognoscitiva implican una disminución de las capacidades sensorio-perceptivas,

también de las atencionales, comprensivas y de memoria. Las capacidades complejas también se ven disminuidas tales como la auto valoración, la toma de decisiones, las expectativas y la imagen corporal.

C. *Alteraciones del comportamiento.* Aquí se ve afectada la voluntad de la persona, la cual es “paralizada”, en forma de baja actividad o rendimiento, el auto cuidado personal, y puede llegar a actos de atentar contra la propia integridad vital.

D. *Alteraciones somáticas.* Implica el nivel del hipotálamo y el sistema nervioso autónomo, expresándose en pérdida de sueño, apetito, peso, deseo sexual. También pueden aparecer cefaleas, problemas gastro intestinales y cardiovasculares.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional, puesto que, analiza la relación que existe entre la violencia intrafamiliar y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores, también se dará a conocer las características de cada variable es, por ello, según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018).

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó en los Centros de Desarrollo Integral seleccionados, que están ubicados en Lima Metropolitana. Los cuales pertenecen a un programa de atención al adulto mayor, en el periodo de noviembre 2019 a enero 2020.

3.3. Variables

Variable 1: Violencia Intrafamiliar:

Dimensiones:

Maltrato físico

Maltrato psicológico

Maltrato negligente

Maltrato económico

Maltrato sexual

Variable 2: Depresión

Dimensiones:

Con manifestación depresiva

Sin manifestación depresiva

Tabla 1*Operacionalización de variables*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Violencia Intrafamiliar	Es cuando uno de los integrantes del grupo familiar abusa de su rol estableciendo su poder mediante el ejercicio de conductas con maltrato físico, emocional o sexual con uno de sus miembros (Mas et al. 2020).	Es el maltrato físico, psicológico, económico o sexual dirigido de un miembro de la familia a otro. En el caso de las víctimas adultas mayores, se podrá medir a partir de la aplicación de la Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor.	Maltrato físico Maltrato psicológico Maltrato negligente Maltrato económico Maltrato sexual	Nominal
Depresión	Beck et al. (1979), señala que la depresión se debe a un desorden del pensamiento, en el que la	La depresión en los adultos mayores será identificada con la administración	Con manifestación depresiva	Nominal

persona depresiva distorsiona la realidad viéndola de la Escala Abreviada de Depresión
de forma negativa y según la triada cognitiva, es de Yesavage, la cual, nos ayudará a Sin manifestación
decir, la realidad distorsionada respecto a sí detectar la posible presencia de depresiva
mismo, al mundo y al futuro. depresión o no.

3.4. Población y muestra

La población está constituida por adultos mayores usuarios de 4 Centros de Desarrollo Integral ubicados en Lima Metropolitana.

La muestra es equivalente a 139 adultos mayores (50 hombres y 89 mujeres) con edades entre 60 y 81 años, seleccionados mediante el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, en la cual, los sujetos de estudio fueron elegidos según su accesibilidad y proximidad (Otzen y Manterola, 2017).

Tabla 2

Descripción de adultos mayores, según los Centros de Desarrollo Integral ubicados en Lima Metropolitana

Centros	Ubicación	Distrito	f
Año nuevo	Lima Norte	Los Olivos	41
Pestalozzi	Lima Centro	Lima Centro	29
San Judas Tadeo	Lima Sur	Villa el Salvador	17
Alejandro Sánchez Arteaga	Lima Este	San Juan de Lurigancho	52
Total			139

Nota. f: frecuencia

Criterio de inclusión:

- Personas adultas mayores (60 años a más) usuarios del programa de adulto mayor de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana.

Criterios de exclusión:

- Obtener como resultado en la Escala de Pfeiffer la presencia de deterioro cognitivo; leve, moderado y severo.
- Presentan algún tipo de enfermedad degenerativa que imposibilite ser evaluado.

Tabla 3

Deterioro cognitivo según la Escala de Pfeiffer en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana

Deterioro	Frecuencia	Porcentaje
Normal	130	93.5%
Leve	4	2.9%
Moderado	5	3.6%
Total	139	100.0%

En la tabla 2 se muestran los resultados de la aplicación de la Escala de Pfeiffer, dando a conocer que el 93.5% es decir 130 adultos mayores no presentan deterioro cognitivo. Por otro lado, sólo el 6.5% presentaron deterioro cognitivo leve (4) y moderado (5), los cuales no podrán ser incluidos en el análisis por los criterios de exclusión considerados en la metodología.

3.5. Instrumentos**3.5.1. Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor**

Se midió según la expresión del maltrato al adulto mayor, por ello se utilizó la Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor elaborada por Giraldo y Rosas (2013) de México. Consta de 22 ítems que se agrupan haciendo referencia a tipos de maltrato: físico, psicológico,

negligente, económico y sexual. Su calificación se realizó de la siguiente manera; si al menos una respuesta es positiva entonces se cataloga como maltrato, eso para los 22 ítems, pero también se puede dar la prevalencia por tipo de maltrato y se sigue la misma lógica, si en algunas de las preguntas que integran el tipo de maltrato hay una respuesta positiva se considera que la persona sufrió ese tipo de maltrato.

Validez y confiabilidad: Giraldo y Rosas (2013) desarrollaron y dieron a conocer algunas propiedades psicométricas de la escala, esto mediante la aplicación a una muestra probabilística por conglomerados -población total de la ciudad de México reportada en el Censo Nacional de Población de 2000- equivalente a 626 adultos mayores (60 años a más) que viven en la ciudad de México con edades promedio de 71.94 +/-8 años. Se tuvo como criterios de exclusión: presentar alguna enfermedad aguda o crónica grave, estar menos alerta o padecer afasia grave, problemas graves de visión o audición que, a juicio de los evaluadores afectaran la calidad de las respuestas; quedando la muestra final con 613 adultos mayores. La escala en su versión inicial presentó 49 ítems, que al ser sometidos a un proceso de revisión psicométrica se realizaron los ajustes de su consistencia interna y asociaciones con otras mediciones, quedando la versión final con 22 ítems. Dicha reducción se realizó al analizar las correlaciones ítem-total mediante el estadístico de Spearman. Asimismo, Se realizó un análisis factorial exploratorio mediante factorización de ejes (ítems presentan óptimos valores superiores a .80) y rotación varimax; aplicó el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin para asegurar la idoneidad de la matriz de correlaciones y la prueba de esfericidad de Bartlett. La versión final presentó un valor adecuado de confiabilidad (alfa de Cronbach general de .83), para la subescala de maltrato psicológico fue .82; maltrato físico de .72, maltrato económico de .55; maltrato negligente .80 y abuso sexual de .87. Asimismo, la validez de contenido mediante criterio de jueces fue adecuada (V de Aiken osciló entre .95 a 1). En el Perú, se encontró en el estudio de Mundo (2019) y Escalante y Quispe (2020) quienes demostraron que la escala es válida y confiable,

con V de Aiken de concordancia superior al 93 % y valores de alfa entre .66 y .90. Luego Pérez (2022) analiza la validez de contenido mediante el criterio de jueces, el cual justificó su aplicabilidad, así como, obtuvo un valor de consistencia interna general de .83, puntaje que coincide con la escala original.

Asimismo, para el presente estudio, se realizó el análisis psicométrico que permitió asegurar la aplicabilidad del instrumento en mención. La validez de constructo fue abordada desde el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), el cual en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin expuso un valor inferior al esperado o considerado deficiente ($KMO = .59$) lo que evidenció que los datos no se adecuan para realizar análisis factorial, mientras que, en la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2=1067$, $df= 231$, $p<.001$) se obtuvo que existe suficiente correlación entre las variables por tanto la matriz de datos es factorizable. Al hallar las cargas factoriales del AFE mediante el análisis paralelo de Horn se extrajeron cinco factores (F1=físico, F2=psicológico, F3=negligente, F4=económico y F5=sexual) y se aplicó la rotación *oblimin* obteniendo cargas factoriales entre .35 a .99. Se halló que los factores explican el 70% de la varianza.

En el análisis de confiabilidad por consistencia interna según las dimensiones de la escala, para el coeficiente de alfa (α) se obtuvo valores entre .76 y .87 a excepción del F2 ($\alpha=.68$), mientras para el coeficiente de omega (ω) se obtuvo un mejor resultado con valores entre .71 y .77, demostrando la fiabilidad de la escala.

3.5.2. Escala Abreviada de Depresión de Yesavage (GD-4)

La depresión se evaluó a través de la Escala Abreviada de Depresión de Yesavage (GDS-4) elaborada por Hoyl y Cols en 1999, la cual consta de cuatro ítems que permiten calificar en dos categorías (sin manifestaciones depresivas y con manifestaciones depresivas).

Validez y confiabilidad: De la Torre et al. (2006) realizan la validación de la versión reducida (4 ítems) mediante la aplicación a 400 adultos mayores que ingresaron al consultorio

externo del Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Mediante el análisis de los promedios se analizó el GDS-4 a partir de la sensibilidad (93 %), especificidad (78 %), valor predictivo negativo (98 %) y valor predictivo positivo (47%). Asimismo, el valor Kappa permitió evaluar la concordancia para el GDS-4 en relación con el DSMIV siendo de 0,50, valores que afirmaron la alta sensibilidad y valor predictivo negativo, que permiten utilizarlo como un buen método de tamizaje y que ayuda a optimizar el tiempo de atención al adulto mayor. De igual manera, en el Perú Martínez y Torres (2019) realizan un estudio bibliográfico sobre la eficacia de la Escala Geriátrica de Yesavage, señalando que esta versión es mucho más breve y demuestra ser más simple y fácil de administrar, además ser aplicada en menos tiempo. En adelante, Brañez-Condorena et al (2021) evaluaron la precisión diagnóstica de las versiones GDS-4 y GDS-5 de la Escala de Depresión geriátrica para el tamizaje de depresión en adultos mayores, donde obtuvieron para la GDS-4 sensibilidad (66 %) y especificidad (81%) y la GDS-5 (76 % de sensibilidad y 75 % de especificidad) lo que indicó un rendimiento moderado para la detección de la depresión.

3.6. Procedimiento

En primera instancia se contactó con los directores de los Centros de Desarrollo Integral seleccionados, para obtener los permisos mediante la presentación del proyecto de investigación. Obtenidos los permisos para realizar la evaluación, se dialogó con los especialistas en cada sede seleccionada para informarles sobre el proceso de recopilación de datos y aspectos de confidencialidad.

Seguidamente se asistió a la sede acorde al cronograma pactado y se procedió con el registro de información, mediante la firma del consentimiento informado y la lectura de cada cuestionario (1.Cuestionario de Pfeiffer, 2.Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor y 3. Escala Abreviada de Depresión de Yesavage), aplicándolos a modo de entrevista, en un tiempo

de 15 a 20 minutos aproximadamente y en caso se identifique Deterioro Cognitivo Moderado o Severo (1.) se procedió a anular la aplicación de las siguientes pruebas (1. y 2.).

Luego se realizó el análisis de los datos y se trasladó al informe de resultados por sede y este fue entregado al psicólogo encargado de cada Centro de Desarrollo Integral. Finalmente, se continuó con la evaluación general de los resultados para la presentación de la investigación.

3.7. Análisis de datos

Se realizó la recopilación de información mediante la aplicación de las escalas dirigidas a los adultos mayores de los Centros de Desarrollo Integral seleccionados, se procedió a crear un banco de datos mediante las hojas de cálculo de Microsoft Excel 2019, asimismo se hizo una limpieza de casos, retirando instrumentos con respuestas faltantes y aquellos que presentaron marcación lineal. Posteriormente, se excluyeron los casos atípicos y se exportó la información al programa estadístico SPSS 26, donde primero se realizó el análisis de correlación entre variables mediante la prueba Chi cuadrada (χ^2), usada principalmente en variables categóricas de tipo dicotómicas (Lubin et al., 2005; Pardo y San Martín, 2006).

Luego, se analizaron las propiedades métricas de la Escala Abreviada de Depresión de Yesavage, mediante el programa de software libre RStudio 2023.06.2+561 (RStudio Team, 2020), no obstante, como análisis previo se verificó la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cuyo valor debe ser mayor a .80, y la prueba de esfericidad de Bartlett cuya significancia debía ser estadísticamente significativa ($p < .001$) (López-Aguado y Gutiérrez-Provecho, 2019). Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), se empleó con método de extracción análisis paralelo (Horn, 1965), además se aplicó la rotación oblimin (Jackson, 2005). Las cargas factoriales (λ), se consideraron adecuadas si son mayores .30 y correlaciones interfactoriales (ϕ) deben ser mayores .50 (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Finalmente se calculó la

confiabilidad con el coeficiente alfa (α ; Cronbach, 1951) y omega (ω ; McDonald, 1999) considerando como aceptable un valor mayor a .70 (Nunnally citado en Viladrich et al., 2017).

3.8. Consideraciones éticas

Esta investigación cumple con los métodos, normas y técnicas de la American Psychological Association (APA, 2020), garantizando su rigurosidad científica y la integridad de los datos. No se manipularon los resultados ni se falsearon los datos recolectados en el transcurso de la etapa de recopilación de información en el campo.

Para proteger todos los derechos y credibilidad de los adultos mayores, en el estudio informó y solicitó su consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

IV. RESULTADOS

Objetivo general

Tabla 4

Análisis de asociación entre la violencia y depresión en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana (n = 139)

	Valor	gl	p	V de Cramer
Chi-cuadrado	6.847	1	.009	.220

Nota. p=significancia, gl=grado de libertad

La tabla 4 presenta el análisis de Chi-cuadrado de las variables dicotómicas estudiadas; violencia y depresión, exponiendo que existe una significancia a un nivel de .009 ($p < .05$) y valor de $\chi^2=6.847$, lo que indica que la presencia de violencia intrafamiliar está asociada con la aparición de síntomas depresivos en esta población. En ese sentido, se empleó dicha prueba dado que ambas escalas son de naturaleza dicotómica, que permiten clasificar las respuestas en categorías nominales y ordinales, lo cual es adecuado para el uso de esta prueba (Lubin et al., 2005; Pardo y San Martín, 2006).

Tabla 5

Tabla de datos cruzados de violencia y depresión en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana

Categorías	Sin maltrato	Con maltrato	Total
Sin manifestación depresión	2	70	72
Con manifestación depresión	20	47	67
Total	22	117	139

En la Tabla 5 se muestran datos sobre la relación entre la manifestación de la depresión y la presencia de maltrato en una muestra de 139 casos. Se divide a los sujetos en cuatro categorías según su manifestación de depresión y la presencia de maltrato. Se observa que hay 20 casos con manifestación de depresión sin maltrato, mientras que 47 casos muestran tanto depresión como maltrato. Estos datos nos permiten analizar cómo se relacionan estos dos factores y su prevalencia dentro de la muestra estudiada.

Objetivos específicos

Tabla 6

Tipos de violencia presente en adultos mayores

		Maltrato psicológico		Maltrato negligente		Maltrato económico		Maltrato sexual	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo	Mujer	38	67.9%	14	56.0%	16	50.0%	3	75.0%
	Hombre	18	32.1%	11	44.0%	16	50.0%	1	25.0%
Estado civil	Soltero(a)	10	17.9%	5	20.0%	6	18.8%	1	25.0%
	Casado(a)	17	30.4%	7	28.0%	12	37.5%	1	25.0%
	Viudo(a)	14	25.0%	8	32.0%	9	28.1%	0	0.0%
	Divorciado(a)	11	19.6%	5	20.0%	5	15.6%	2	50.0%
Grado de instrucción	Conviviente	4	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Sin estudios	26	46.4%	12	48.0%	13	40.6%	2	50.0%
	Primaria	24	42.8%	11	44.0%	12	37.6%	2	50.0%
	Secundaria	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Con quienes viven	Superior universitario	1	1.8%	0	0.0%	2	6.3%	0	0.0%
	Solo(a)	10	17.9%	8	32.0%	8	25.0%	1	25.0%
	Con familiares	46	82.1%	17	68.0%	24	75.0%	3	75.0%

Nota. f=Frecuencia, %=Porcentajes

Se expone en la tabla 6 la presencia del maltrato y sus dimensiones según las variables sociodemográficas de sexo, estado civil, grado de instrucción y con quién vive. Se obtuvo que el 61.4% de mujeres presentó maltrato, siendo en su mayoría de tipo psicológico (38),

económico (16) y negligente (14) y de acuerdo con su estado civil los adultos mayores casados (32.9%) presentaron violencia prevalentemente de tipo psicológica (17) y económica (12). Respecto al grado de instrucción, las personas sin estudios refieren maltratos (45.7%) de tipo psicológico (26), económico (13) y negligente (12). Asimismo, a pesar de que algunos viven con sus familiares reportaron maltratos de tipo psicológico, económico y negligente (78.6%).

Tabla 7

Presencia de depresión en adultos mayores

		Con manifestación de depresión	
		<i>f</i>	Porcentajes
Sexo	Mujer	46	68.7%
	Hombre	21	31.3%
Estado civil	Soltero(a)	12	17.9%
	Casado(a)	21	31.3%
	Viudo(a)	20	29.9%
	Divorciado(a)	9	13.4%
Con quienes viven	Conviviente	5	7.5%
	Solo(a)	14	20.9%
	Con familiares	53	79.1%

En la tabla 7 se presenta la manifestación de depresión según las variables sociodemográficas de sexo, estado civil, grado de instrucción y con quién vive. Se obtuvo cifras que superan el 50% de los casos de mujeres que se encuentran depresivas (68.7%) a diferencia de los hombres (31.3%), además, los adultos mayores casados (31.3%) o viudos (29.9%) manifiestan depresión.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente sección tiene como finalidad analizar e interpretar los principales hallazgos obtenidos en el estudio, estableciendo coincidencias, discrepancias y posibles implicancias con otras investigaciones que abordaron los constructos de violencia intrafamiliar y depresión en adultos mayores.

En relación con el objetivo general del estudio, se identificó una relación significativa entre la violencia intrafamiliar y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores. Este hallazgo sugiere que quienes han experimentado situaciones de violencia dentro del entorno familiar presentan una mayor probabilidad de manifestar afectaciones emocionales. Por tanto, resalta la necesidad de prestar mayor atención a los factores psicosociales que afectan a los adultos mayores, especialmente en contextos donde su bienestar emocional y físico se ve comprometido por dinámicas familiares adversas.

Este resultado coincide con los reportados por Silva et al. (2015), Bautista (2016), Álvarez-Bernardo y Jiménez (2020), Escalante y Quispe (2020), y Fernández y Pajares (2021), quienes destacan que las diversas manifestaciones de violencia intrafamiliar pueden condicionar la aparición de síntomas depresivos, es decir constituir un factor de riesgo relevante que dependerá de los recursos personales del adulto mayor, así como de los niveles de estrés (debido a la disminución de sus capacidades físicas, emocionales y sociales) y violencia experimentados.

En relación con el objetivo específico 1, se encontró que más del 60 % de mujeres presentó maltrato de tipo psicológico, económico y negligente, más del 30 % de casados vivenció maltrato psicológico y económico, cerca del 50 % que no tuvieron estudios refieren maltrato psicológico, económico y negligente, y, en promedio más del 70 % de los que viven con sus familiares sufrieron violencia psicológica, económica y negligente.

Tales resultados, se contrastaron con los estudios de Benavides et al. (2022), Álvarez-Bernardo y Jiménez (2020), Agudelo-Cifuentes et al. (2020), Rodríguez et al. (2018) quienes también dieron a conocer que la mayor prevalencia de agresiones es dirigida a las mujeres, y que, a diferencia de lo expuesto los principales tipos de maltrato identificados fueron el físico (Agudelo-Cifuentes et al., 2020) o psicológico (Rodríguez et al., 2018).

En esa misma línea en el Perú, Asmat y Benzaque (2022), Ayala (2022), Fernández y Pajares (2021) y Mundo (2019) también mencionan que uno de los factores asociados a la violencia es ser del sexo femenino y añaden el ser analfabetos o en otros casos sólo contar con educación primaria (Ayala, 2022; Mundo 2019) y estar viuda (Ayala, 2022). Asimismo, Rodríguez et al. (2018) también refuerzan la identificación de mayores signos de maltrato en aquellos que conviven con sus familiares (hijos y nietos) y se resalta la prevalencia del maltrato psicológico (Rodríguez et al., 2002).

Tal contexto es similar a la actual crisis de violencia de género contra la mujer que se vive en el país, el cual, sólo evidencia que, este fenómeno no tiene fin y que, a pesar del estado de vulnerabilidad que se puedan encontrar los adultos mayores, que las leyes o políticas de estado busquen proteger sus derechos, no se puede garantizar la calidad de vida, puesto que este fenómeno se sigue presentando en el hogar, el cual tendría que ser el espacio de tranquilidad y compañía.

En relación con el objetivo específico 2, se comprueba que cerca del 70 % de mujeres presentó sintomatología depresiva a diferencia de los hombres (31,3 %), más del 30 % eran casados y cerca del 80 % vivían con sus familiares. Si bien, lo expuesto por Álvarez-Bernardo y Jiménez (2020) y Silva et al. (2015) sólo refuerzan la mayor prevalencia de depresión en mujeres adultas mayores, además Fernández y Pajares (2021) detalla el nivel de depresión severa asociada al mismo sexo, en la revisión no se encontraron estudios adicionales que describan la depresión según el estado civil y con quiénes vivía. En tal sentido, la continuidad

de variables sociodemográficas poco estudiadas no permitirá conocer la magnitud del problema de salud mental presente en este grupo poblacional.

Finalmente, este estudio identifica diversos factores de riesgo que permiten comprender con mayor profundidad la aparición y persistencia de una problemática social poco visibilizada y atendida: la violencia intrafamiliar hacia los adultos mayores. Este grupo etario, que en los próximos años representará una de las mayores proporciones de la población nacional, motivo por el cual requiere de una especial atención.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 La relación entre las variables categóricas de violencia y depresión en adultos mayores que acuden a un Centro de Desarrollo Integral Familiar (CEDIF) de Lima Metropolitana, es positiva y significativa, lo que evidencia que la exposición a situaciones de violencia dentro del entorno familiar puede estar asociada con la presencia de síntomas depresivos en esta población.
- 6.2 El análisis psicométrico de la Escala Geriátrica de Maltrato aplicada a los adultos mayores que acuden a un Centro de Desarrollo Integral Familiar (CEDIF) de Lima Metropolitana, evidenció su adecuada validez de constructo mediante el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) donde se ajustó al modelo teórico y su composición en cinco factores similares a la escala original. Además, de ser fiable con coeficientes alfa y omega mayores a .70 que garantizan la medición del constructo estudiado.
- 6.3 Los resultados describen que el maltrato de tipo psicológico, económico y negligente afecta principalmente a mujeres adultas mayores, personas sin estudios, casados y aquellos que conviven con familiares. Estos coinciden con investigaciones previas que señalan que ser mujer, tener bajo nivel educativo y convivir con sus familiares son factores asociados a una mayor vulnerabilidad frente a la violencia intrafamiliar.
- 6.4 Los resultados describen que la manifestación de síntomas depresivos se da en mujeres adultas mayores, muchas de ellas casadas y que viven con sus familiares. Aunque se encontraron estudios que respaldan la relación entre la depresión y el sexo, existe escasa evidencia sobre el impacto del estado civil y la convivencia, lo que limita la comprensión integral del problema y resalta la necesidad de investigar estas variables.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Metodológicamente, es necesario ampliar los estudios sobre violencia intrafamiliar en adultos mayores mediante enfoques cualitativos y mixtos, con el fin de lograr una recolección más completa de datos y una fundamentación más sólida para intervenciones integrales en esta población.
- 7.2 Ampliar la muestra en el análisis psicométrico para profundizar en la evaluación de la confiabilidad y de los tipos de validez (contenido, constructo y criterio), con el objetivo de mejorar su precisión y generar resultados más representativos de la realidad nacional.
- 7.3 Protocolizar la aplicación de la escala utilizada u otro instrumento estandarizado para la detección de violencia en adultos mayores, siguiendo el modelo de tamizaje implementado en centros de salud de México. Esta estrategia permitiría identificar indicadores clave de este factor de riesgo y fortalecer la intervención en esta población vulnerable.
- 7.4 A nivel de prevención primaria, se requiere fortalecer la educación en centros educativos y familias sobre las características y necesidades de la población adulta mayor. Aunque existe un conocimiento general, el contexto actual exige una mayor sensibilización que promueva una atención adecuada y contribuya a reducir los factores de riesgo asociados.
- 7.5 A nivel de prevención secundaria y terciaria, se requiere la participación de profesionales especializados —como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas físicos— en la atención de adultos mayores. Su intervención contribuye a un tratamiento integral y diferenciado, acorde con los riesgos identificados en esta población.

VIII. REFERENCIAS

- Agencia Peruana de Noticias Andina (16 de junio de 2023). Violencia contra el adulto mayor: 85 casos reportados en el período enero-abril. <https://andina.pe/agencia/noticia-violencia-contra-adulto-mayor-85-casos-reportados-el-periodo-eneroabril-944130.aspx#:~:text=De%20acuerdo%20con%20cifras%20del,y%20usuarios%20de%20Pensi%C3%B3n%2065>
- Agudelo-Cifuentes, M. C., Cardona, D., Segura, A., Restrepo-Ochoa, D., Muñoz, D. Segura, A. y Jaramillo, D. (2020). Vulneración a la integridad física de personas mayores: prevalencia del maltrato y factores asociados. *El Ágora USB*, 20(2), 129-139. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/4568>
- Aleaga, E. y Balvin, Sh. (2023). *Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza – Chupaca* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional UNCP. <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/9551>
- Álvarez-Bernardo, S. y Jiménez, D. (2020). La depresión como causa de violencia psicológica en el adulto mayor, Teapa, Tabasco. Junio-diciembre del 2018. *Salud en Tabasco*, 26(1), 21-29. https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/21_0.pdf
- American Psychological Association. (2020). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Angamarca, D., Muñoz, D., González, A. y Domínguez, J. D. (2020). Eficacia del mini mental y PFEIFFER (SPMSQ) para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años. *Revista de investigación en Salud*, 3(9), 149-157. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v3i9.55>

- Asmat y Benzaque (2022). *Violencia ejercida en el adulto mayor, factores asociados: una revisión sistemática* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/101931>
- Ayala, M. del R. (2022). *Violencia familiar y características sociodemográficas del adulto mayor en la comunidad de Luzcapampa-Tacabamba-Chota, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Institucional UNC. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4898>
- Banda, P. y Ruiz, L. (2022). *Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, año 2022* [Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional UNI Minuto. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/16178/2/UVDT.P_BandaPedro_RuizLeidy_2022.pdf
- Bautista, J. (2016). Depresión en el adulto mayor por abandono familiar. *Revista Académica de Investigación*, 22, 226-271. <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/22/depresion.pdf>
- Beck, A. y Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. (20ª ed.). Descleé de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Bello, V. (2019). *Violencia familiar y depresión en el adulto mayor en el Centro Materno Infantil “César López Silva” Lima-Villa el Salvador septiembre 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2422?locale-attribute=en>
- Benavides, M. J., Fernández, H. A., Henao, J. D. y Herrera, G. S. (2022). Caracterización de la violencia física en el adulto mayor en la ciudad de Cali entre los años 2019-2020.

- Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 8(2), 65-81.
<https://doi.org/10.25009/revmedforense.v8i2.3010>
- Bernabeu-Wittel, M., Nieto, D., Moreno-Gaviño, L. y Ollero-Baturone, M. (2017). Valor diagnóstico de un cuestionario de Pfeiffer simplificado en pacientes pluripatológicos. *Revista Clínica Española*, 217(6), 320-324. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.03.004>
- Brañez-Condorena, A., Soriano-Moreno, D., Navarro-Flores, A., Solís-Chimoy, B., Díaz-Barrera, M. y Taype-Rondan, A. (2021). Precisión de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)-4 y GDS-5 para la detección de la depresión en adultos mayores: una revisión sistemática y un metanálisis. *PLoS One*, 16(7): e0253899. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8248624/>
- Buela-Casal, G. (2001). *Manual de evaluación y tratamiento psicológico*. Biblioteca Nueva.
- Bulnes, N. y Lima, D. (2023). *Abandono familiar y su influencia en la depresión de los residentes del CAR Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, Rímac 2022* [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11205>
- Campos, F. y Valdez, N. (2019). *Concordancia entre las pruebas Mini Mental State Examination, Short Portable Mental Status Questionnaire y Montreal Cognitive Assesment para el tamizaje del deterioro cognitivo en adultos mayores* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/648766>
- Cano, S., Garzón, M., Segura, A. y Cardona, D. (2014). Maltrato psicológico en los adultos mayores del departamento de Antioquía, 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), s99-s106. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12058124010.pdf>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. <https://www.binasss.sa.cr/opac->

ms/media/digitales/Manual%20sobre%20indicadores%20de%20calidad%20de%20vida%20en%20la%20vejez.pdf

- Claramunt, M. C. (1997). *Casitas quebradas: el problema de la violencia doméstica en Costa Rica*. (1ª ed.). Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Correa, L. (2005) Maltrato en la vejez. *Revista de Psicología*, 14(1), 99-112. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26414108.pdf>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- De la Torre, J., Shimabukuro, R., Varela, L., Krüger, H., Huayanay, L., Cieza, J. y Gálvez, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 23(3). <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a03v23n3.pdf>
- Escalante, X. y Quispe, E. (2020). *Relación entre violencia familiar y depresión en el adulto mayor participantes del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor de Lima Este-Zona 06* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional UPEU. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3477>
- Fernández, Y. y Pajares, Y. (2021). *Violencia intrafamiliar y depresión en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor* [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/27933>
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1). 18-33. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Gallo, R. y Díaz, Y. (2016). *Factores asociados al maltrato y violencia en el adulto mayor*. [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UWiener.

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/438/T061_07745147_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García R. (2016) Maltrato intrafamiliar hacia el adulto mayor. *Revista médica electrónica*, 38(6), 826-836.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-182420160006000

Giraldo, L. (2010). Maltrato de Personas Mayores. *Medigrafic*, 5 (2), 85-91.

<http://inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/rr102f.pdf>

Giraldo, L. y Rosas, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics and Gerontology International*, 12, 466-474.

<https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. MCgraw-Hill.

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in a factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179–185.

Huaynate, E. (2018). *Violencia intrafamiliar en el adulto mayor del asentamiento humano 19 de noviembre Comas 2018* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18013>

Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2011). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Abancay 2010. Informe general. *Anales de Salud Mental*, 27(1). <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-asm-eesm-a/files/res/downloads/book.pdf>

Iribarren, N. (2024). *Violencia familiar y depresión en adultos mayores que asisten a un hospital de Chimbote, 2024* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo].

Repositorio

Institucional

UCV.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/149085>

Jackson, J. E. (2005). Oblimin Rotation. *Encyclopedia of Biostatistics*.

<https://doi.org/10.1002/0470011815.b2a13060>

Ley N.º 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. (23 de noviembre del 2015).

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3349706/Ley%20N%C2%BA%2030364.pdf?v=1656956841>

Ley N.º 30490. Ley de la persona adulta mayor. (21 de julio del 2016).

<http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Ley30490.pdf>

Loje, R. (2018). *Depresión y calidad de vida en usuarios del Centro del Adulto Mayor de la Red Asistencial Ancash, Chimbote-2018* [Tesis de maestría, Universidad Católica Los

Ángeles de Chimbote]. Repositorio Institucional ULADECH.

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5970/DEPRESION_CALIDAD_DE_VIDA_LOJE_CANTINETT_RICARDO_ALCIDES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López-Aguado, M., y Gutiérrez-Provecho, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis

factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1–14. <http://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>

Lubin, P., Marciá, M. y Rubio de Lemus, P. (2005). *Psicología matemática II*. (3ª ed.).

Universidad Nacional a Distancia.

Martina, M., Nolberto, V., Miljanovich, M., Bardales, Olga y Gálvez, D. (2009). Violencia hacia el adulto mayor: Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y

Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009. *Revista peruana de epidemiología*, 14(3), 01-07.

http://mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/Violencia_hacia_el_adulto_mayor_CEM_2009.pdf

Martínez, A. y Torres, C. (2019). *Eficacia de la Escala Geriátrica Yesavage para medir la depresión en el adulto mayor* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UWiener.

[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2808/TRABAJO%20ACAD%
c3%89MICO%20Martinez%20Angelica%20%20Torres%20Carla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2808/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Martinez%20Angelica%20%20Torres%20Carla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M. C., Aguado, C., Albert, C. y Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina clínica*, 117(4), 129-134.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301720404>

Mas, M. R., Acebo, G., Gaibor, M., Chávez, P., Nuñez, F. del R., González, L., Guarnizo, J. y Gruezo, C. (2020). Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de Bolívar, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 23-28.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000100023

Ministerio Público Fiscalía de la Nación (2 de noviembre de 2022). *Ministerio Público realiza campaña de promoción de protección de derechos de los adultos mayores*.
<https://www.gob.pe/institucion/mpfn/noticias/665886-ministerio-publico-realiza-campana-de-promocion-de-proteccion-de-derechos-de-los-adultos-mayores>

Mogrovejo, C. (2018). *Calidad de vida y depresión en adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte, 2018* [Tesis de Pregrado, Universidad César Vallejo].

Repositorio Institucional UCV.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29902>

Montero, E., Delis, M., Ramírez, R., Milán, A. y Cárdenas, R. (2011). Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo. *Medisan*, 15(4), 515-525. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n4/san16411.pdf>

Montero, G., Vega, J., y Hernández, G. (2017). Abuso y maltrato en el adulto mayor. *Revista Medicina Legal Costa Rica*, 34(1). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-120.pdf>

Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L. y Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría.*; 49(4), 331-337. <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>

Mundo, P. (2019). *Caracterización de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor – Centro de Salud Mi Perú – Ventanilla 2019* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo].

Repositorio Institucional UCV.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/38103>

Olivares, E. y Incháustegui, T. (2011). *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género*. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/MoDecoFinalPDF.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1 de octubre de 2021). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud (13 de junio de 2022). *Maltrato de las personas mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

- Pabón-Poches, D. (2019). Riesgo de maltrato en personas adultas mayores: validación de contenido de una escala. *Psicogente*, 22(41), 1-27.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0124-01372019000100006
- Pardo, A. y San Martín, R. (2006). *Análisis de datos en psicología II*. Pirámide.
- Paz, V. (2010). Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor. *Anales de Salud Mental* 26(1), 30-38. <file:///C:/Users/GarritaNet/Downloads/63-184-1-PB.pdf>
- Pérez, L. (2022). *Maltrato familiar y depresión en adultos mayores de Lima Metropolitana, 2022* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/122143>
- Pérez, T. y Pereira, R. (2006). Violencia Filio-parental: revisión de la bibliografía. *Revista Mosaico*, 36(4), 1-13.
<http://www.robertopereiratercero.es/articulos/ViolenciaFilioParental.pdf>
- Perú 21 (18 de junio de 2023). Pensión 65: Lanzas campaña para eliminar violencia contra adultos mayores. <https://peru21.pe/peru/pension-65-lanzas-campana-para-eliminar-violencia-contra-adultos-mayores-adultos-mayores-abandono-maltrato-fisico-psicologico-midis-cajamarca-noticia/>
- Pineda-Loja, N., Ramírez-Coronel, A., Mesa-Cano, I. y Martínez-Suárez, P. (2021). Factores de riesgo asociado al maltrato al adulto mayor: Revisión sistemática. *Journal of American Health*. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/81>
- Pizaña, A. (2003). *La violencia familiar* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional UANL.
<http://eprints.uanl.mx/1412/1/1020148989.PDF>
- Poder Judicial del Perú. (16 de agosto de 2024). *Juzgado de violencia familiar del Callao atendió 1940 denuncias por maltrato a adultos mayores.*

https://pj.gob.pe/wps/wcm/connect/corte+superior+callao+pj/s_csj_callao_nuevo/as_inicio/as_imagen_prensa/as_noticias/csjcl_n-juzgado-violencia-familiar-callao-atendio-1940-denuncias-por-maltrato-adultos-mayores

- Ranzani, C. M., Silva, S. C., Hino, P., Taminato, M., Okuno, M. P. F. y Fernandes, H. (2023). Perfil y característica de la violencia contra los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 31: e3825. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6220.3825>
- Rodríguez, D. (2021). *Rendimiento del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar demencia en una clínica Geriátrica de Huancayo periodo 2017-2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional UNCP. https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/6649/T010_72694289_T.pdf?sequence=1
- Rodríguez, E., Olivera, A., Garrido, R. y García, R. (2002). Maltrato a los ancianos. Estudio en el consejo popular de Belén, Habana Vieja. *Revista Cubana Enfermería*, 18(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300003
- Rodríguez, M., Gómez, C., Guevara, T., Arribas, A., Duarte, Y. y Ruiz, P. (2018). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Medico Camagüey*, 22(2). <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5548>
- Ruiz, J. (2016). *Término Crimipedia: Violencia intrafamiliar*. CRIMINA. Centro para el estudio y prevención de la delincuencia. <https://crimipedia.umh.es/files/2016/10/Violencia-intrafamiliar.-Juan-Ruiz-Varea.pdf>
- Salvador, A. (2021). *Calidad de vida y depresión en los adultos mayores del sector rural, Parroquia Juan Benigno Vela* [Tesis de especialización, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional UTA. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32830>

- Sánchez, R. y Sicha, A. (2019). *Depresión y ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30346>
- Sheikh, J. I., y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Silva, J., Del Río, A., Motta, S., Coelho, S. y Partezani, R. (2015). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Revista de la facultad de medicina*, 63(3), 367-375. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>
- Sirlin, C. (2008). Violencia, Maltrato y abuso en la vejez: una realidad oculta, una cuestión de derechos. *Comentarios de Seguridad Social*, 20. http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1623/1/violencia_maltrato_y_abuso_en_la_vejez._una_realidad_oculta_una_cuestion_de_derechos._c._sirlin.pdf
- Sotelo, A., Rojas, J. E., Sánchez, C. y Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), 5-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>
- Touza, C., García, M., Prado, C., Royo, M., y Segura, M. (2001). El maltrato a las personas mayores: definición, factores de riesgo y estrategias de intervención. *Revista de la Universidad de Alcalá*, 24, 11-2. <http://hdl.handle.net/10017/21300>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A. y Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de psicología*, 33(3), 755-782. https://www.redalyc.org/pdf/167/16752019034_1.pdf
- Zolotow, D. (2002). *Los devenires de la ancianidad*. Lumen-Hvmanitas.

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Análisis de datos
<p><i>¿Cuál es la relación entre violencia intrafamiliar y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana?</i></p>	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación estadística entre la presencia de violencia y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana. <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer los tipos de maltrato que presentan los adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana, según sexo, estado civil, grado de instrucción y con quienes viven. - Conocer la presencia de depresión en adultos mayores de un Centro de Desarrollo Integral de Lima Metropolitana, según sexo, estado civil y con quienes viven. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). - Estadística inferencial (análisis de correlación Chi cuadrada). - Psicometría (validez mediante AFE con la prueba de KMO y esfericidad de Bartlett. Confiabilidad con el coeficiente alfa (α) y omega (ω)).

Anexo B. Autorización para el uso de la Escala



Michell Villanueva <michell.villanueva.12@gmail.com>
para Jonathan ▾

dom, 30 ago 2020, 14:42



El mié., 15 jun. 2016 a las 16:01, Liliana Gil (<lgiraldor@yahoo.com>) escribió:

Estimada Michell:

Me da gusto saber que estás interesada en utilizar la escala, te autorizo utilizarla y si requieres de mayor información por favor házmelo saber.

Saludos cordiales,

Liliana

[Giraldo-Rodríguez Liliana](#)



image

Giraldo-Rodríguez Liliana

Giraldo-Rodríguez Liliana of Instituto Nacional de Geriatria, Mexico City with expertise in Qualitative Social Research, Quantitative Social Research is on Research...

Ver en www.researchgate.net Vista previa por Yahoo

Anexo C. Protocolos de las pruebas

**CUESTIONARIO DE PFEIFFER
(SMPMSQ)**

Nombre y apellidos:		
Edad:	Sexo: (M) (F)	Fecha Nac.:
Estado civil:	N° hijos: (0) (1) (>=2)	
Enfermedades:		
Con quién o quienes vive?		

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día/mes/año)	
2. ¿Qué día de la semana?	
3. ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta de lugar)	
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección?)	
5. ¿Cuántos años tiene?	
6. ¿Dónde nació?	
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?	
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	
9. ¿Cuál era el nombre de soltera de su madre?	
10. Reste de tres en tres 20 (3). (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACIÓN COGNITIVA

NORMAL	<input type="checkbox"/>
DC LEVE	<input type="checkbox"/>
DC MODERADO	<input type="checkbox"/>
DC SEVERO	<input type="checkbox"/>

Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total

DC= Deterioro cognitivo, E= Errores

- No Deterioro Cognitivo : ≤2 E
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

|

ESCALA ABREVIADA DE YESAVAGE

¿ Está satisfecho con su vida?	
¿ Se siente impotente o indefenso?	
¿ Tiene problemas de memoria?	
¿ Siente desgan o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca)	<input type="checkbox"/>
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 0 más marcas)	<input type="checkbox"/>

Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor					
Se sabe que hoy 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	B	C	D	E
	Si su respuesta es sí pase a B	¿Esto ocurrió...	¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	Quién fue el responsable? PARENTESCO	¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...	0 No 1 Sí → * No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 99 no recordo	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	Maltrato: Sí (1) <input type="checkbox"/> /22No(0)				