



**UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP**

**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

**“VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN  
TIEMPOS DE PANDEMIA, EN LA MICRORED  
GENERALISIMO SAN MARTIN, MARIANOMELGAR,  
2020”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

**Bach. HUILLCA CARLOS, AMALIA MARITZA**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

**ASESOR DE TESIS**

---

**Dra NANCY MERCEDES CAPACYACHI OTAROLA**

**JURADO EXAMINADOR**

---

**Dra. MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE**  
**Presidente**

---

**Dra. ROSA ESTHER CHIRINOS SUSANO**  
**Secretario**

---

**Dr. WILLIAM MIGUEL MOGROVEJO COLLANTES**  
**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A mi familia y a mis padres, por su paciencia y cariño incondicional, y porque me brindaron el apoyo necesario y llenarme de fortaleza para lograr culminar la presente investigación.

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la Universidad Privada Telesup y a la Dra. Nancy Mercedes Capacyachi Otárola, por sus aportes y sugerencias para la realización de la presente investigación.

## RESUMEN

La presente investigación tiene como título: Violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020; su objetivo fue determinar la relación entre la violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, su metodología fue una investigación de enfoque descriptivo – correlacional, donde la investigación fue cuantitativa, diseño no experimental, su población fue de 134 adultos mayores y una muestra de 100 adultos mayores, sus instrumentos fueron el cuestionario que fue elaborado según el método de preguntas cerradas y abiertas, el autor es Acevedo Tania y la escala de depresión que permitió recoger y analizar los datos obtenidos a través de, la aplicación psicométrica, su autor es Yesavage. Los resultados precisan que existe relación entre violencia y depresión con un valor de  $-0,17$ , también encontrando que existe relación entre los componentes de la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión moderada con un valor de  $0,34$ , también encontrando que existe relación entre los componentes de la dimensión violencia física y la dimensión depresión severa con un valor de  $-0,11$ , también encontrando relación entre los componentes de la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión severa con un valor de  $-0,14$ ; mientras no se encontró ninguna relación entre los componentes de la dimensión violencia física y la dimensión depresión normal con un valor de  $-0$ , también no encontrando ninguna relación entre los componentes de la dimensión violencia física y la dimensión depresión moderada con un valor de  $-0,02$ , sus conclusiones fueron que se halló relación entre violencia y depresión, también encontrando que existe relación entre los componentes de la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión moderada, también encontrando que existe relación entre los componentes de la dimensión violencia física y la dimensión depresión severa, también encontrando relación entre los componentes de la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión severa.

Palabras clave: violencia, depresión, depresión severa, violencia psicológica.

## ABSTRACT

The present research is entitled violence and depression in older adults in times of pandemic, in the Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020, its objective was to determine the relationship between violence and depression in older adults in times of pandemic, in the Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, its methodology is a descriptive-correctional approach research, where the Research is quantitative, non-experimental design, its population is 134 older adults and a sample of 100 older adults, its instruments are the questionnaire that was developed under the modality of closed and open questions, its author is Acevedo Tania and the depression scale that will allow to collect and analyze the data obtained through the psychometric application, its author is Yesavage, its results were that there is a relationship between violence and depression with a value of -0.17, also finding that there is a relationship between the components of the violence dimension Psychological analysis and the moderate depression dimension with a value of 0.34, also finding that there is a relationship between the components of the physical violence dimension and the severe depression dimension with a value of -0.11, also finding a relationship between the components of the psychological violence dimension and severe depression dimension with a value of -0.14; While no relationship was found between the components of the physical violence dimension and the normal depression dimension with a value of -0, also not finding any relationship between the components of the physical violence dimension and the moderate depression dimension with a value of -0,02, their conclusions were that a relationship was found between violence and depression, also finding that there is a relationship between the components of the psychological violence dimension and the moderate depression dimension, also finding that there is a relationship between the components of the physical violence dimension and the dimension severe depression, also finding a relationship between the components of the psychological violence dimension and the severe depression dimension.

**Keywords:** Violence, depression, severe depression, psychological violence.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA .....	i
ASESOR DE TESIS .....	ii
JURADO EXAMINADOR.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURA .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	xiii
<b>I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema .....	18
1.2.1. Problema general .....	18
1.2.2. Problemas específicos.....	18
1.3. Justificación del estudio.....	18
1.3.1. Teórica.....	19
1.3.2. Práctica.....	19
1.3.3. Metodológica .....	20
1.4. Objetivos de la investigación .....	20
1.4.1. Objetivo general:.....	20
1.4.2. Objetivos específicos:.....	21
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
2.1. Antecedentes de la investigación .....	22
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	22
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	26
2.2. Bases teóricas de las variables .....	31
2.2.1. Violencia .....	31
2.2.2. Depresión .....	37



2.3. Definición de términos básicos .....	43
<b>III. MÉTODOS Y MATERIALES .....</b>	<b>45</b>
3.1. Hipótesis de la investigación .....	45
3.1.1. Hipótesis general .....	45
3.1.2. Hipótesis específicas .....	45
3.2. Variables de estudio.....	45
3.2.1. Definición conceptual.....	45
3.2.2. Definición operacional .....	46
3.3. Tipo y nivel de investigación.....	46
3.4. Diseño de la investigación .....	46
3.5. Población y muestra de estudio.....	47
Población .....	47
3.5.1. Muestra.....	47
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	47
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....	47
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos .....	48
3.7. Métodos de análisis de datos .....	49
3.8. Aspectos éticos .....	50
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
4.1. Estadísticos descriptivos .....	51
4.2. Prueba de normalidad .....	57
4.3. Estadística inferencial.....	57
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>64</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>66</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	72
Anexo 2: Matriz de operacionalización .....	74
Anexo 3: Instrumentos .....	75
Anexo 4: Validación del instrumento.....	80
Anexo 5: Matriz de datos .....	88
Anexo 6: Propuesta de valor.....	90

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Validación de instrumentos por juicio de expertos .....	49
Tabla 2.	Numero de datos procesados en especificaciones del muestreo.....	51
Tabla 3.	Cuadro general de estadísticos descriptivos de las dos variables violencia y depresión.....	51
Tabla 4.	Variable violencia y sus componentes.....	52
Tabla 5.	Variable depresión y sus componentes.....	52
Tabla 6.	Estadísticos descriptivos de las variables violencia y depresión en su procesamiento de medias. ....	54
Tabla 7.	Estadísticos descriptivos de los componentes Dimensión violencia física y Dimensión depresión normal en su procesamiento de medias. ....	54
Tabla 8.	Estadísticos descriptivos de los componentes Dimensión violencia psicológica y Dimensión depresión moderada en su procesamiento de medias.....	55
Tabla 9.	Estadísticos descriptivos de los componentes Dimensión violencia física y Dimensión depresión severa en su procesamiento de medias.....	55
Tabla 10.	Estadísticos descriptivos de los componentes Dimensión violencia psicológica y Dimensión depresión severa en su procesamiento de medias.....	56
Tabla 11.	Estadísticos descriptivos de los componentes Dimensión violencia física y Dimensión depresión moderada en su procesamiento de medias. ..	56
Tabla 12.	Correlaciones de variables violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. ....	58
Tabla 13.	Correlaciones de las Dimensiones violencia física y la Dimensión depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. ....	59
Tabla 14.	Correlaciones de las Dimensiones violencia psicológica y la Dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. ....	60
Tabla 15.	Correlaciones de las Dimensiones violencia física y la Dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la	

Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. ....	61
Tabla 16. Correlaciones de las Dimensiones violencia psicológica y la Dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. ....	62
Tabla 17. Correlaciones de las Dimensiones violencia física y la Dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. ....	63

## ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Variable violencia y sus componentes.....	52
Figura 2. Variable depresión y sus componentes.....	53

## INTRODUCCIÓN

Las variables violencia y depresión nunca tuvieron tanta importancia en la actualidad a diferencia de años anteriores que se consideraba a esta etapa de vida del adulto mayor a partir de los 60 años. El tema del adulto mayor ha adquirido gran preocupación en nuestro país en los últimos años, lo que tiene directa relación con el progresivo envejecimiento de la población. Esto ha llevado a la necesidad de preocuparse de problemas de toda índole que afectan a este grupo etéreo, y que si bien han existido siempre, solo ahora se manifiestan en toda su magnitud. El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos que se desarrolla a escala mundial, que ha conllevado a profundos cambios en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países. Este aumento de la población adulta mayor, provoca dificultades para los gobiernos que no pueden afrontar esta transición demográfica con políticas que apoyen y protejan a este grupo, que por sus características se encuentran en desventaja frente a otros grupos de población como los niños o las mujeres en edad fértil. La violencia contra las personas adultas mayores en el entorno familiar es un fenómeno que preocupa a todos los países, el alto nivel de incidencia demuestra la importancia de esta situación y otorgarle el papel que deben priorizar en la familia y la sociedad, esto desafortunadamente no es atendido de igual forma en todos los países. Esta etapa del adulto mayor se sitúa como la última de la vida del ser humano, es aquí donde el desarrollo se detiene y los pensamientos acerca del fin de la vida se hacen más cercanos; durante la cual ocurren cambios progresivos que demuestran al individuo el deterioro de sus facultades y por consiguiente es consciente de que está envejeciendo. La manera en cómo afronten esta situación dependerá mucho de la personalidad, la historia y las costumbres que posea el individuo, ya que no todos reaccionan de la misma manera ante esta nueva etapa. Los cambios que se presentan abarcan todas las dimensiones, no solo giran en torno a la salud y el aspecto físico, sino que también se dan en cuanto a la forma de percibir y expresar emociones, así como en el lugar que se ocupa y el rol que desempeña dentro del medio en el que la persona se desenvuelve. Entonces al referirnos a la vejez, destacamos que entre una de sus características es la depresión, como una

consecuencia misma de la etapa por la que se pasa, aunque algunos adultos mayores aceptan con más asertividad este estadio de su vida.

El propósito del estudio fue comparar si existe relación entre variable violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar.

Esta información ha permitido conocer si la relación entre la variable violencia y depresión es significativa, teniendo en cuenta que la violencia y la depresión son componentes de los adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar.

El presente trabajo consta de: capítulo I el problema de investigación, que en primer lugar abarca la problemática existente más relevante relacionados con el tema de estudio investigado donde encontraremos el planteamiento del problema, la formulación del problema, la justificación del estudio y los objetivos; el capítulo II el marco teórico, comprende todos los antecedentes recopilados durante este proceso y que son de importancia durante esta investigación donde encontraremos antecedentes de la investigación, bases teóricas de las variables y definición de términos básicos; el capítulo III de los métodos y materiales, comprende todos los medios y estrategias utilizadas durante la recolección de datos los cuales comprenden las hipótesis de la investigación, las variables de estudio, el tipo y nivel de investigación, el diseño, población y muestra del estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, métodos de análisis de datos y aspectos éticos; el capítulo IV de los resultados, son la operación de todos los datos obtenidos durante este procesamiento los cuales arrojaron resultados de importancia para la investigación los cuales comprenden el apoyo del programa estadístico SSPS 26; el capítulo V de la discusión, es el análisis de los resultados obtenidos propios y compáralos con el de otras investigación que sirven de antecedentes; el capítulo VI de las recomendaciones, son el aporte de la investigación hacia una determinada realidad; referencias bibliográficas y anexos.

## **I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe se ha vuelto, uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XXI, es el envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe en condiciones de pobreza y exclusión, hecho que constituye una amenaza para la dignidad y el ejercicio pleno de los derechos por parte de los adultos mayores. Las tendencias demográficas actuales nos indican que el mundo asiste a un proceso de envejecimiento sin precedentes en la historia de la humanidad, de 204 millones de personas adultas mayores en 1950 se ha escalado a la cifra de 577 millones de personas de 60 o más años en 1981. Así en el año 2010, el 10% de la población mundial son personas mayores de sesenta años y este porcentaje llegará al 15% en el año 2025 y al 22% en el 2050. Todos los países en la región de América Latina y el Caribe tienen mayor tendencia a desarrollar poblaciones envejecidas, las cuales están siendo descuidadas y maltratadas con cierta violencia psicológica y física (Acevedo, 2015). Dentro de Latinoamérica, según cifras de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Chile es uno de los países considerados con indicadores de “envejecimiento acelerado”, y se espera que para el 2025 tenga el índice de envejecimiento más alto de la región. Esta constatación de la creciente población de adultos mayores presenta un importante desafío a la sociedad chilena (Acevedo, 2015).

Según los datos proporcionados por la Oficina Nacional de Estadísticas, en Cuba, en los últimos 25 años se han producido un incremento significativo de la población adulta mayor, con tal que en 1985 solo representaba el 11,3% de la población y finales del 2010 alcanzó el 17,8%. Con estos resultados no hay lugar a duda de que el crecimiento del envejecimiento poblacional en Cuba ha sido precipitado. Este aspecto confirma la tendencia al envejecimiento creciente; junto a ello, las proyecciones demográficas plantean que, dentro de veinte años, el 31% de la población cubana tendrá 60 o más años y para el 2035 ese grupo de edades representará casi el 34% de la totalidad de habitantes del archipiélago, ubicando a Cuba como el país más envejecido de América Latina y el Caribe (Acevedo, 2015).

El proceso de envejecimiento poblacional se ha dado en varios países de América Latina y el Caribe, incluso en Brasil, desde la década de los sesenta, la reducción de la tasa de mortalidad infantil y la reducción del índice de fecundidad son factores que están asociados al incremento de la proporción de adultos y adultas mayores. Según datos del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), el 2010, las personas adultas mayores representaban el 10,3% de la población brasilera, estimando que para 2050 ese número llegará al 29%, haciendo de Brasil la nación con la sexta mayor población de adultos mayores en el mundo los cuales son expuestos a violencia y a la indiferencia en las instancias públicas y privadas (Acuña, 2015).

Por otro lado, en la ciudad de México, la población total era de 8.6 millones de habitantes, de ellos 550 mil personas (6.7%) correspondía al grupo de los adultos mayores. Para el año 2011 estas cifras crecieron exponencialmente, pues el grupo poblacional se duplicó hasta llegar a casi 10 millones de adultos mayores a nivel nacional y de 1 millón 200 mil personas en la capital del país (Acuña, 2015).

Mientras tanto, en nuestro país se experimenta un cambio demográfico con un considerable aumento de la población adulta mayor, así como en otros países de la región. Desafortunadamente, la gran mayoría de las personas adultas mayores viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema, esto porque aún faltan soluciones a nivel político que permitan a este grupo poblacional envejecer en condiciones adecuadas. La indiferencia por parte de las instituciones públicas del Estado, la marginalización social, el maltrato, la depresión y violencia son consecuencia de los estereotipos negativos impuestos por una sociedad prejuiciosa, y que ello, sumado a la falta de ingresos regulares y suficientes impide la satisfacción plena de las necesidades básicas de los adultos mayores (Acuña, 2015).

La depresión es un trastorno mental frecuente más de lo que se cree, caracterizado por la “presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. De igual manera, conocemos que en Perú la depresión está entre las enfermedades mentales más frecuentes en el 18.2%, se estima que 20 de cada 100 personas sufre depresión y que afecta en mayor



proporción a mujeres; en un estudio realizado por el INEI evidenció que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres, (Crespo, 2015).

Las sociedades actuales, muestran un claro cambio de estructura en su composición, en las cuales intervienen factores de orden cultural y nuevas concepciones de vida socio familiar, en primera instancia decir que la vejez es sinónimo de inutilidad, improductividad e invalidez, así mismo, prevalecer en los esquemas mentales de las personas conceptos como: la vejez no es tolerable en el ámbito familiar porque los estatus están definidos; es por ello, que el envejecimiento influye con más trascendencia en el campo de la salud, entendiéndose como una integralidad físico mental y emocional. Con esto se da a entender que la edad avanzada es un factor de riesgo de gran número de trastornos, y que de hecho, a mayor número de años vividos, mayor es la tasa de enfermedades crónicas; he aquí que podemos resaltar a la depresión, pues es uno de los problemas de salud con más tendencia y prevalencia en la población anciana, que como se mencionó anteriormente, trae consigo pensamientos no saludables que empiezan con la negación, al no aceptar a la vejez como parte del desarrollo, el sentirse inútil, sin las mismas capacidades que tuvo en etapas anteriores, el pensar que son una carga, que están cansados de ellos, y una serie de creencias erróneas propias de su edad, y de las circunstancias que están viviendo, da lugar a que puedan desarrollar cuadros depresivos, que deben ser primeramente conocidos por quienes estamos a cargo de la salud mental y fisiológica de los seres humanos, y más aún de los más vulnerables, como son en este caso los adultos mayores, siendo esta la razón principal que me motivó a desarrollar esta temática (Dander, 2015).

El presente año 2020, se registró el primer caso de COVID- 19, el 13 de abril en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, desde esta fecha se empezó a observar que los adultos mayores (ambos sexos), se vieron más afectados, es por ello, que se vio por conveniente investigar si estos procesos de violencia y depresión se interrelacionan y a los cuales están expuestos esta población vulnerable de adultos mayores, los cuales se vuelven más susceptibles a esta problemática sanitaria actual.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

PG ¿Cuál es la relación entre violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?

### **1.2.2. Problemas específicos**

PG 1 ¿Cuál es la relación entre violencia física y depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?

PG 2 ¿Cuál es la relación entre violencia psicológica y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?

PG 3 ¿Cuál es la relación entre violencia física y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?

PG 4 ¿Cuál es la relación entre violencia psicológica y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?

PG 5 ¿Cuál es la relación entre violencia física y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?

## **1.3. Justificación del estudio**

Por esta razón consideramos importante el presente trabajo de investigación, y a su vez, es de gran importancia ya que tratamos de establecer la existencia de cómo se relacionan las variables de violencia y depresión de los adultos mayores al momento de asistir a Instituciones del Estado para poderse atender durante la pandemia por el COVID- 19; ya que hay que establecer métodos para ayudar a combatir estos aspectos negativos de maltrato a lo que son expuestos los adultos mayores el cual se están dando durante este proceso de

cuarentena, (Schopenhauer, 1995).

### **1.3.1. Teórica**

Esperamos saber con los resultados que encontraremos, si la violencia y la depresión se replican en el campo de la salud en un contexto socio- económico y cultural muy similar en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar de Arequipa, si fuera así, este estudio nos permitirá consolidar la relación existente entre estos saberes que se pretenden investigar y, si no fuera el caso, a replantearlos para minimizar los sesgos que pudieran determinar los resultados en este campo de la salud; igualmente nos permitirá reflexionar si la violencia está asociada a la depresión, representando una alternativa inmediata a los cambios a realizar en el campo de la salud y la mejora en su calidad de vida en estos adultos mayores, logrando reducir los riesgos de exposición, ya que la promoción y protección de estos adultos mayores es un derecho fundamental de la persona humana (Schopenhauer, 1995).

En actualidad uno de los problemas de mayor repercusión en el campo de la salud, se originan con estos componentes asociados con la pandemia grave, denominado coronavirus (COVID-19), lo que ocasiona conflictos por parte de los trabajadores, falta de interés de atención a pacientes ambulatorios de la tercera edad, falta de empatía, etc. Si esto es así, este estudio nos permitirá consolidar la relación existente entre estos componentes que se pretende investigar y, si no fuera el caso replantearlo para minimizar los sesgos que pudieran determinar los resultados en este campo de la salud (Camacho, 2008).

### **1.3.2. Práctica**

El aporte social a la población se dará si partimos que el principio de la educación y la información, son pilares fundamentales para la toma de decisiones como parte de la gestión en las Instituciones del Estado, los resultados encontrados nos permitirán explicar un aspecto de la violencia y otro la depresión en los adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar; justificándose su aplicación porque los resultados nos permitirán una mejor aproximación de relevancia social hacia este segmento poblacional vulnerable, como es la etapa del adulto mayor, este segmento poblacional de

adultos mayores pertenecen al contexto socio- cultural de la población de estudio, serán las beneficiadas con los resultados encontrados y las recomendaciones de la investigación, a fin de solucionar un problema de este segmento vulnerable en lo relacionado a su desarrollo integro personal como ser humano, mediante el planeamiento, implementación y ejecución de programas propuestos al Ministerio de Salud, con la prevención, intervención e información en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, (Schopenhauer, 1995).

### **1.3.3. Metodológica**

El resultado encontrado en el presente trabajo de investigación, contribuirá en primer lugar, a confirmar la validez y confiabilidad de sus instrumentos, su aplicación permitirá recolectar y analizar datos en la muestra seleccionada en el estudio relacionado con violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, instrumentos que fueron utilizados en otras investigaciones en el año 2015, en primer lugar corroborando su validez clínica y que son usados hasta la actualidad; en segundo lugar porque nos permitirá establecer cómo es la relación entre la violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar. Estas características representan una conceptualización sobre la existencia o no de una relación funcional entre las variables en estudio, que sirven de vínculo importante de interacción social en este segmento poblacional vulnerable, que en el momento actual este escenario social se encuentra atravesando una profunda crisis en el campo de la salud (Schopenhauer, 1995).

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo general:**

OG Determinar la relación entre violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

#### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- OE 1 Describir la relación entre violencia física y depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- OE 2 Determinar la relación entre violencia psicológica y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- OE 3 Describir la relación entre violencia física y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- OE 4 Determinar la relación entre violencia psicológica y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- OE 5 Describir la relación entre violencia física y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

Flores. (2017). En su investigación: Discriminación, violencia y/o maltrato psicológico en las personas adultas mayores en el centro de desarrollo integral de la familia (CEDIF), Tumbes, su objetivo fue evaluar las representaciones sociales ha permitido develar la discriminación, violencia y/o en las personas adultas mayores, su metodología fue enfoque cualitativo con representaciones sociales que ha permitido develar la discriminación, violencia y/o maltrato psicológico en las personas adultas mayores en el CEDIF, Tumbes, para ello, se ha contado con el consentimiento informado de 11 adultos mayores, quienes mediante las representaciones icónicas de sus percepciones respecto de sus emociones vivenciales, han proporcionado los discursos grabados, cumpliendo con la objetivación y el anclaje y/o ancoraje, que permitieron la extracción de las unidades de significado o taxonomías que al ser sometidas al análisis émico y ético maltrato psicológico en las personas adultas mayores, sus resultados develan el fenómeno en estudio en las siguientes categorías y subcategorías: I.- Identificando discriminación, I.1.- Percepción de discriminación en el entorno familiar, I.2.- Percepción de discriminación en el entorno social; II.- Identificando Violencia, II.1.- Percepción de la violencia en el entorno familiar, II.2.- Percepción de la violencia en el entorno social; III.- Identificando maltrato psicológico, III.1.-Percepción de maltrato psicológico en el entorno familiar, III.2.- Percepción de maltrato psicológico en el entorno social, concluyendo que los adultos mayores del CEDIF Tumbes son discriminados, violentados y maltratados en su entorno familiar y social, dañando severamente la su autoestima, provocando que ellos sientan una desvalorización, provocada por la falta de sentido a sus vidas y una carencia hacia la función social. Es fundamental el aporte de esta investigación ya que permitirá contrastar sus resultados en cuanto a la variable de violencia con un enfoque cualitativo en adultos

Baldera, Yessica. (2016). En su investigación: Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados

Mochumí – Lambayeque, su objetivo fue determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque, su metodología fue donde participaron 36 adultos mayores voluntariamente, a quienes se le aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales; procesando los datos con el SPSS 22.0, respetándose los principios éticos y de rigor científico, en sus resultados se encontró que el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo; en relación al factor psicológico el 61,1% presenta autoestima media; y en relación al factor social se encontró que el 55.6% son mayores de 65 años; 38.9% con instrucción secundaria; 41.7% son casados; 55.6% son masculino; el 66.7%, no participan en actividades sociales y 63.9% no participan en actividades familiares; el 55.6% viven solos (as), hablan por teléfono con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; el 50% está contento con la frecuencia que ve a su familia y el otro 50% está descontento; y el 58.3% refieren contar con apoyo, se concluyó que ambos factores, tienen asociación con la presencia del estado depresivo,  $p < 0.05$  evidenciando que el factores psicológicos: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social – apoyo familiar y social. Esta investigación aborda la variable de depresión y sus factores asociados, que permitieron enriquecer la discusión.

Acevedo. (2015). En su investigación: Maltrato al adulto mayor del Cam - EsSalud La Esperanza en el año 2015. Su objetivo fue identificar los tipos de maltrato familiar prevalente en él y la adulto/a mayor del CAM – EsSalud, su metodología un enfoque metodológico de tipo cuantitativo – cualitativo. La población muestral constó de 33 usuarios del centro del adulto mayor – EsSalud La Esperanza, de los cuales se ha podido encontrar que parte de ellos(as), sus resultados fueron que de los 33 adultos mayores en estudio, 21 de ellos son víctimas de maltrato y encontramos que la mayoría de estos adultos mayores que han vivenciado violencia, se encuentran entre los rangos de edad de 70 - 74 años y 80 - 84 años; y en un menor porcentaje entre los rangos de 65 - 69 años de edad, de la población en estudio un 63.64% son víctimas de maltrato en sus familias, un porcentaje significativo que indica la presencia de esta problemática en la población usuaria del Cam - EsSalud La Esperanza, del 63.64% de adultos mayores que padecen de maltrato familiar, un 30.30% son víctimas de maltrato psicológico,

seguido de un 21.21% que padecen de maltrato matrimonial y/o económico; mientras que un 12.12% son víctimas de abandono y/o negligencia. Como se puede notar, lo más prevalente es el maltrato psicológico, al mencionar los porcentajes, pues un 15.15% recibe agresiones verbales, y sumado a ello, la indiferencia de sus familiares, un 12.12% únicamente son víctimas de agresiones verbales, mientras que un 3.03% sólo son víctimas de la indiferencia. Se concluye sobre el maltrato psicológico prevalente en los adultos mayores, se manifiesta en: gritos, insultos, faltas de respeto. Además, en la presente investigación se hizo hallazgos de otras formas de maltrato psicológico, tales como: humillaciones, críticas a sus creencias/costumbres o arraigo y a su vez indiferencia hacia lo que muchas veces sienten o simplemente no les hablan/les ignoran. En esta investigación se muestra los tipos de maltrato que recibieron los adultos mayores en EsSalud, ayudara para alimentar la discusión de la variable de violencia, además de que el estudio es en el seguro social.

Acuña. (2015). En su investigación: Maltrato del adulto mayor en el entorno familiar urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota – Cajamarca, su objetivo fue relacional el maltrato del adulto mayor con el entorno familiar, la metodología fue de tipo descriptivo-correlacional y analítico donde la muestra conformada por 50 personas adultos mayores a quienes se les aplicó el cuestionario previa prueba de validez y confiabilidad, resultados reflejaron que las personas que en su mayoría son de 60-79 años de edad, sexo femenino, religión católica, procedencia urbana, residentes en la ciudad, perciben ingresos económicos de 1 a 2 salarios, reciben apoyo económico y sus ingresos lo invierten en alimentación, salud y vivienda y menos de la mitad son de estado civil viudo, sin educación superior y sus ingresos provienen de su trabajo. En su mayoría manifiestan ser objeto de maltrato y de estos han sido maltratados con una frecuencia ocasional de 2-5 veces por semana, toman decisiones con ayuda de los demás. De los 40 adultos mayores maltratados, la mayoría habitan en viviendas de material noble y son propias, cuentan con servicios básicos, consumen medicamentos, presentan alguna enfermedad, siendo las que más prevalecen la hipertensión arterial y osteoartritis, se concluye que en los adultos mayores las características del maltrato están relacionadas al tipo de familia extensa, con frecuencia ocasional de 2-5 veces por semana. Son importantes los datos de este estudio debido a la violencia de los adultos mayores



y su relación con el entorno, lo que ayuda a entender los factores asociados al maltrato.

Condori, Jackelin. (2015). En su investigación: "Causas, consecuencias de maltrato en el adulto mayor" Instituto de Medicina Legal - Arequipa 2015, su objetivo fue conocer las consecuencias del maltrato en el adulto mayor atendido en el Instituto de Medicina Legal de la ciudad de Arequipa en el año 2015, en su metodología fue un estudio exploratorio con enfoque cuanti - cualitativo de tipo fenomenológico, es decir, el método de comparación constante, los datos se realizaron manualmente, se utilizó la codificación y categorización por el método inductivo obteniendo como categorías: pérdida de valores, consumo de alcohol, abuso de poder, Intereses sobre la propiedad de bienes, celos e inseguridad de la pareja, omisión o abandono, problemas económicos; la población de estudio, en su mayoría son mujeres (70%), entre 60 - 65 años de edad que representa el 53,3% , sus resultados respecto a los casos denunciados en el Instituto de Medicina Legal, mostraron que los adultos mayores (AM) son víctimas de maltrato, en su mayoría son mujeres; siendo los principales agentes agresores la familia; el rango de edad en el que se ubican más casos es entre 60 - 65 años de edad; generalmente el maltrato se produce por consumo de alcohol como causante principal, seguido de intereses por la propiedad de bienes del adulto mayor. Las consecuencias psicológicas más frecuentes fueron baja autoestima, temor e inseguridad, rechazo al victimario. Las consecuencias físicas más frecuentes fueron las lesiones físicas, en conclusión, las consecuencias de maltrato y/o violencia se encontró que las más frecuentes son las lesiones físicas, seguida de las consecuencias psicológicas, entre estas últimas: la baja autoestima, temor e inseguridad y el rechazo al victimario. Los resultados de éste antecedente ayudan a profundizar sobre las causas de la violencia en adultos mayores, apoyando en la discusión de ésta variable.

### **2.1.2. Antecedentes internacionales**

Colomar. (2018). En su investigación: Abuso y maltrato al anciano: análisis y revisión de sentencias judiciales en España, su objetivo fue describir las sentencias de las audiencias provinciales españolas de la jurisdicción penal relacionadas con el maltrato a ancianos, su metodología Se utilizó la base de datos del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ). El criterio de búsqueda de las sentencias fue una combinación de trece palabras clave con una serie de condiciones relacionadas con las palabras anciano y persona mayor. Se obtuvieron 6.711 sentencias. Las sentencias fueron revisadas para ver si cumplían criterios de inclusión (víctima  $\geq$  65 años, que el juez tuviera en consideración la edad avanzada de la persona agraviada, y/o si la víctima padecía demencia u otra enfermedad mental). Quedaron 338 sentencias para el análisis. Se recogieron datos de las sentencias, de la víctima, del maltratador y tipo de maltrato, sus resultados fueron 299 sentencias el tipo de acto enjuiciado más frecuente fue “el delito” [120 (40%) contra el patrimonio; 65 (21,7%) contra la vida; 41 (13,7%) de maltrato familiar], seguido de “las faltas” en 89 sentencias [87 (97,7%) son faltas contra las personas]. El lugar donde se produjeron los delitos/faltas fue el domicilio en 227 casos (67%), la vía pública en 66 (20%) y la residencia en 45 (13%). Víctimas: edad media 80,4 años y sexo femenino (78,1%). En 260 sentencias (77%) se hace constar la condición de persona mayor y en los 78 restantes (23%) consta la existencia de demencia y/u otras patologías mentales. Maltratador: edad media 44,6 años y sexo masculino (71,6%). En 185 casos en que estaba registrada la nacionalidad, ésta era española en 150 casos (81%). En 230 sentencias (68%) la víctima conocía al maltratador. En 119 sentencias el maltratador era familiar directo (35,2%), en 111 era conocido no familiar (32,8%). Dentro del ámbito familiar, el maltrato fue con más frecuencia en el domicilio y los delitos más frecuentes fueron los relacionados con “maltrato en el ámbito familiar”. Por el contrario, los delitos de “lesiones” y “contra el patrimonio” fueron significativamente más frecuentes cuando el maltratador era una persona desconocida (delitos comunes), concluyeron que los actos delictivos contra personas mayores más frecuentes en las sentencias han sido los delitos contra el patrimonio (robo/ estafa), los delitos contra la vida (homicidio/ asesinato), los delitos de maltrato habitual (violencia doméstica) y las faltas contra las personas

(lesiones/ amenazas/ coacciones). Casi en el 70% de los casos la víctima conocía al maltratador. Los maltratos de tipo abuso fueron más frecuentes que los del tipo negligencias. El lugar más frecuente donde se produjeron los delitos/faltas fue el domicilio de la víctima. Este antecedente internacional ayuda a conceptualizar la variable violencia en el marco teórico.

Dander. (2015). En su investigación: "Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el CSRD. Santa Catarina Tabernillas. Estado de México, su objetivo fue conocer los síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad, su metodología fue descriptivo y transversal, con una muestra de 152 pacientes mayores de 60 años de edad en el Centro de Salud Rural Disperso Santa Catarina Tabernillas en Almoloya de Juárez, Estado de México, sus resultados fueron total de la población en estudio, la cual está integrada por 152 adultos mayores, encontrándose predominio del género femenino con el 56.5 %, mientras que el género masculino está representado por el 43.4% del total de la población. Dentro del rango de edad de 70 a 74 años, el 71.4% son mujeres y 28.5% son hombres. En el rango correspondiente a 75 a 79 años de edad esta tendencia se equilibra con un 50% respectivamente. El rango de edad que más predominio tuvo en población total fue el de 60 a 64 años con el 35.5%, donde se detallan datos de distribución por edad y género, concluyendo además que a mayor edad mayor riesgo de padecer depresión, es decir: La prevalencia de depresión aumenta conforme la edad avanza; ya que en los grupos de 60 hasta 69 años de edad, la depresión leve prevalece; a partir de los 65 años de edad aparecen los primeros casos de depresión moderada, aumentando la frecuencia a partir de los 70 a 74 años de edad. Los casos de depresión grave (ausentes en edades más tempranas) tienen mayor frecuencia en las edades entre 75 a 79 años (4 de los 5 casos en total) al igual que se agregan a partir de este grupo de edad en adelante. Los resultados nos ayuden a evidenciar como la edad se relaciona a la aparición de depresión que nos ayudará a discutir mejor los resultados en los grupos etarios investigados.

Crespo. (2015). En su investigación: Prevalencia de la depresión en adultos mayores, en asilos de los Cantones, Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la

Provincia del Cañar, su objetivo fue determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores, en asilos de la provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé), su metodología se basó en un estudio descriptivo en 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. Se usó el Test de Yesavage, el análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 and Excel, sus resultados fueron con la aplicación del cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) fue aplicado a 84 adultos mayores residentes en los asilos: Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé. El 70% de los adultos mayores a los que se les aplicó el cuestionario, obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. En los Asilos de la Provincia del Cañar, se encontró que de los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión, concluyendo que fue aplicado a 84 adultos mayores residentes en los asilos, el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El asilo, que más casos de depresión presenta, es el Asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino. Este antecedente apoyó la descripción de la prevalencia de la depresión que ayudó a justificar y plantear la problemática.

Aguilar. (2015). En su investigación: Prevalencia de sospecha de maltrato en el adulto mayor y factores vinculados. Su objetivo fue determinar la prevalencia sospecha de maltrato y factores vinculados en la unidad de medicina familiar, su metodología fue estudio descriptivo y transversal a 180 adultos mayores, que acudieron a consulta a la unidad de medicina familiar No 64 en la ciudad de Córdoba Veracruz. Mediante la realización de una encuesta estructurada por características sociodemográficas, escala de sospecha de malos tratos (EASI) y

APGAR familiar. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 18, sus resultados fueron la edad promedio de los adultos mayores estudiados fue de  $72.6 \pm 8.7$  años, se hallaron 109 pacientes (60.6%) con pareja, 71 sin pareja (39.4%). Se encontró un total de 136 (75.6%) pacientes con enfermedades crónicas, de las cuales 66 (36.7%) presentaron diabetes mellitus, 31 (17.2%) presentaron hipertensión arterial, 39 (21.7%) presentaron tanto hipertensión arterial como diabetes mellitus, y 44 (24.4%) no presentaron ninguna de estas enfermedades. En relación a la ocupación se encontraron 58 (32.2%) amas de casa, 54 (30%) sin ocupación, 35 (19.4%) jubilados, 13 (7.2%) comerciantes, 8 (4.4%) obreros, 6 (3.3%) empleados, 5 (2.8%) campesinos 1 (0.6%) profesional. En el grado de estudio se encontraron 32 (17.8%) sin ningún grado de estudio, 92 (51.1%) educación primaria, 45 (25%) secundaria, 8 (4.4%) bachillerato y 3 (1.7%) con nivel licenciatura. El nivel económico se halló 97 (53.9%) con nivel económico menor de \$ 2699 mensuales, 66 (36.7%) pacientes con un ingreso mensual entre \$2700 a \$6,799, 15 (8.3%) pacientes con ingreso mensual entre \$6800 a \$11599 y 2 (1.1%) pacientes con un ingreso mensual mayor de \$11600. Se encontraron 171 (95%) adultos mayores que viven con familiares, pareja o amigos, mientras que 9 (5%) adultos mayores manifestaron vivir solos. En relación a la función familiar se encontraron 119 (66.1%) adultos mayores con un grado de función familiar bueno, 36 (20%) con disfunción familiar leve, 23 (12.8%) con disfunción familiar moderada y 2 (1.1%) con disfunción severa. Se concluyó que a 132 (73.3%) adultos mayores sin sospecha de maltrato y 48 (26.6%) adultos mayores con sospecha de maltrato. Para el análisis bivariado se aplicó  $\chi^2$ , mediante la cual se observó que a pesar de la alta frecuencia de sospecha de maltrato y disfunción familiar en nuestra población, no existió diferencia estadística con respecto al resto de las variables sociodemográficas, familiares y médicas estudiadas, concluyendo sobre el maltrato que se presentó con más frecuencia fue el psicológico con 35 casos (72.9%), 7 (14.5%) casos de maltrato por abandono, 4 (8.3%) maltrato financiero y 2 (4.1) con maltrato físico. Pese a que estadísticamente no se estable una relación, los adultos mayores que presentaron sospecha de maltrato 8 presentaron niveles sociodemográficos más bajos y disfunción familiar, comparado con los pacientes sin sospecha de maltrato. De la misma manera que el antecedente anterior éste da mayor información que ayudo a plantear el problema.

Arriaga. (2015). En su investigación: Tipos de maltrato y grado de funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar, Nezahualcóyotl, Estado de México, su objetivo fue saber sobre la implicancia de tipos de maltrato y grado de funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar, su metodología fue descriptivo, observacional, analítico y transversal identificaron a todos los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 75, ambos sexos. Se piloteo el instrumento para recolectar las características socio- demográficas y determinar el grado de dificultad para responder el cuestionario y se les aplicó el cuestionario: índice de sospecha de adultos mayores (EASI), el APGAR familiar, previo consentimiento informado, los datos obtenidos se capturaron en una base de datos diseñada con IBM, SPSS, STASTICS 19, y para su análisis estadístico se utilizó IBM, spss, stastics 19 y microsoft office excel 2007, sus resultados encontrados fueron que el maltrato en el adulto mayor reportado en el estudio EMPAM – DF, 2006, el maltrato psicológico tiene una prevalencia de 12.7%, seguido de económico 3.9%, Físico 3.7% Negligencia o abandono 3.5%, en contraste con estos resultados en el presente estudio encontramos la siguientes prevalencias: maltrato por negligencia o abandono (percepción de soledad) 39.8% seguido de maltrato verbal 27%, maltrato económico (dependencia de una persona sobre el adulto mayor) 25.5%, maltrato económico (fraude) 10.2%, maltrato psicológico 8.2 %, maltrato físico (empujón o sujeción) 6.1%, maltrato físico (golpes) 5.1%, se concluyó que una misma persona puede tener diferentes tipos de violencia que en muchas ocasiones ni siquiera es percibida por la misma víctima uno de los casos más específicos y preocupantes es el síndrome de la abuela esclava en donde observamos que generalmente las mujeres (aunque también existen hombres que lo presentan) que padecen esta enfermedad no se dan cuenta del desgaste sobre todo de tipo físico y emocional que produce llegando incluso a la muerte. Este estudio ayuda a profundizar en los distintos tipos de violencia que recibieron los adultos mayores y que permitió contextualizar el problema y conceptualizar los distintos maltratos.

## **2.2. Bases teóricas de las variables**

### **2.2.1. Violencia**

La violencia es considerada un problema de salud pública que está presente en distintos ámbitos de desarrollo del ser humano; e incluso se percibe como parte de la condición humana. Sus costos son asumidos por las sociedades, y un porcentaje relevante de ellos, por las consecuencias dañinas del maltrato en la salud de las víctimas, termina siendo asumido por las instituciones de salud (Schopenhauer, 1995). La violencia es hacer uso de manera intencional de la fuerza física, de amenazas, etc. que atente contra nosotros mismos, personas externas o un colectivo, que tenga repercusiones negativas causando lesiones, afectación psicológica, trastornos de personalidad o incluso la muerte. La OMS, diferencia la violencia de 3 maneras: la violencia intrapersonal (que comprende autolesiones y comportamiento suicida), la violencia interpersonal (que incluye violencia entre familia, así como también en diferente parentesco), la violencia colectiva (se trata de social, política y económica) (Schopenhauer, 1996).

Cuando hablamos de violencia es hablar de las agresiones físicas, psicológicas, sexuales, malos tratos o cualquier tipo de agresiones que se dan en personas que comparten el mismo lugar, y que ocurre principalmente hacia los miembros más vulnerables como niños, mujeres y ancianos que genera graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como mental.

Los pueblos de la antigüedad, tuvieron actitudes de abandono de ancianos en épocas de sequías o guerras; pero en la mayoría de los casos eran venerados como sujetos mágicos, como personas con gran sabiduría y como guías espirituales de un pueblo. El envejecimiento es el proceso paulatino y gradual de deterioro de la capacidad funcional del organismo, posterior a la madurez y que a la larga conduce a la muerte del mismo individuo. Hay varias teorías que tratan de explicar el por qué envejecemos, pero hasta ahora la que tiene mayor fuerza es la que indica que al menos parte del proceso de envejecimiento, se podría deber a daño a nivel macromolecular, principalmente mediante radicales libres. Sin embargo, el organismo joven tiene mecanismos de defensa y reparación que lo protegen contra ese daño. El problema ocurre cuando se produce un desequilibrio

entre la producción de daño y su reparación, llevando a la persistencia del daño, con la concomitante pérdida de funcionalidad celular. En ese caso el organismo recurre a un “segundo nivel” de protección, mediante la activación de mecanismos de regeneración, incluida la activación de células madre y células troncales. Sin embargo, cuando ese segundo mecanismo se agota, el daño no puede ser reparado, lo que lleva a su persistencia, una mayor pérdida funcional y eventualmente a la muerte del organismo (Pollock, 2003).

El envejecimiento y la urbanización de la población son el resultado de un desarrollo humano exitoso durante el siglo pasado, también constituyen un desafío importante para el siglo actual. La prolongación del promedio de vida es el fruto de avances científicos y tecnológicos en la salud pública y las condiciones de vida; no obstante, el mundo está envejeciendo rápidamente, de una manera desmesurada, tal que: para el año 2050 el número de personas de 60 años de edad y más como proporción de la población global se habrá duplicado, de 11% en el 2006 al 22%. Para entonces, por primera vez en la historia de la humanidad, habrá más personas mayores que niños (de 0–14 años de edad) en la población. Los países en desarrollo están envejeciendo a un ritmo mucho mayor que los países desarrollados: dentro de cinco décadas, poco más del 80% de las personas mayores del mundo vivirán en países en desarrollo, frente a 60% en el 2005 (Pollock, 2003).

Ahora para aproximarnos al fenómeno de la violencia este debe ser estudiado en un contexto más amplio, donde todo acto de violencia que resulte o pueda tener como resultado un daño físico o psicológico para las personas de la tercera edad, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de hasta de su libertad, tanto si se produzca en la vida pública como en la privada (Pollock, 2003).

El maltrato contra estas es un problema de talla mundial, hay estudios que señalan que afectan a todas las clases sociales, grupos culturales, etc. y que se puede encontrar en países desarrollados y sub desarrollados claro que existe mayor prevalencia en países que guardan un concepto de la mujer errado por su propia cultura como en los países arábigos, así mismo, también es más reportado en clases socioeconómicas bajas (Pollock, 2003).



### **2.2.1.1. Salud física y mental del adulto mayor**

La salud física en el adulto mayor consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo. La salud mental, especialmente del adulto mayor, no solo se trata de patologías que lo perturban, sino de un estado de bienestar de la persona, superando tensiones normales de la vida (Pollock, 2003).

### **2.2.1.2. La violencia al adulto mayor en la familia**

La violencia al adulto mayor en la familia es perpetrado por uno de sus miembros que suele ser el principal cuidador. Los tipos más frecuentes de violencia en el ámbito familiar se refieren a la violencia psicológica, negligencia, abandono y abuso patrimonial. Inicialmente el maltrato al adulto mayor se consideró como un problema privado y las investigaciones se centraron en las características de víctimas y maltratados como unidades dinámicas dentro de las familias, poniendo énfasis en la patología, enfermedad mental o discapacidad cognitiva como factores determinantes e influyentes del maltrato. Últimamente se le ha identificado como un problema social ligado al envejecimiento de la población. Se plantea así que factores estructurales y sociales inciden en la ocurrencia de maltrato a las personas mayores, por tanto, no se reduce sólo al ámbito familiar (Huenchan, 2000).

### **2.2.1.3. Tipos de violencia**

Violencia física: Se trata de usar la fuerza física para ejercer daño sobre otra persona causándole lesiones físicas como heridas, hematomas, fracturas, lesiones, etc. provocando así, un daño a su integridad personal. Estudios evidenciaron que las formas de violencia más severas como el uso de armas de fuego o estrangular, no superaban el 2% de casos siendo muy infrecuente. Por su lado, Casa (2012) señaló que las agresiones más comunes eran agarrar y empujar en un 53.7% 39,40% (Acevedo, 2015).

Violencia psicológica: la violencia de este tipo se trata de causar daño a través de la palabra, lanzando frases hirientes, insultos, incluso amenazas generando en las víctimas problemas emocionales y alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad entre otras, que pueden sufrir, a raíz de la violencia (Acevedo, 2015).

#### **2.2.1.4. Factores de riesgo como parte de sufrir violencia**

- Violencia familiar de origen
- Pobre cultura
- Pobre nivel socioeconómico
- Personalidad Introversa
- Pobre autoestima
- Sumisión y dependencia
- Consumo de sustancias psicoactivas (Acevedo, 2015).

#### **2.2.1.5. Teorías explicativas sobre violencia y/o maltrato hacia las personas adultas**

Teoría del estrés del cuidador: vincula el abuso con factores de estrés externos y el cuidado más allá de las capacidades del cuidador. Los cuidadores no cuentan con el apoyo de otros, y no están capacitados para brindar la atención que necesitan. Esto aumenta la conciencia de las desventajas sociales como el desempleo y los problemas económicos.

Teoría de la adicción al anciano: la carga sobre los cuidadores aumenta y el comportamiento de los ancianos también puede provocar o perpetuar situaciones de abuso.

Teoría del aislamiento social: vemos este aislamiento como la clave para la aparición del abuso, ya que los cuidadores son más susceptibles al estrés y la violencia.

Teoría del aprendizaje social: enfatiza el papel de la familia en la conducta de aprendizaje individual. Esto es cierto para toda su vida. Como resultado, las personas que fueron abusadas cuando eran niños pueden repetir este comportamiento (Saz, 2000).

### **2.2.1.6. Magnitud del maltrato y/o violencia en el adulto mayor**

Según información publicada por la OMS, la prevalencia de maltrato entre los ancianos es del -6%. Un estudio canadiense sobre violencia familiar observó que un niño de 7 años sufrió alguna forma de abuso físico o emocional por primera vez y abuso financiero por primera vez. Este estudio y otros realizados en los Estados Unidos y los Países Bajos no encontraron diferencias significativas en la prevalencia por edad. (Flores, 2017).

El National Center on Elder Abuse (EE.UU.) registró entre 1986 y 1996 un aumento del 150% en los incidentes declarados por los servicios estatales de protección de adultos, se observa que el abandono es la forma más común de maltrato. Los victimarios eran 37% hijos adultos, 13% cónyuges y 11% otros miembros de la familia (Flores, 2017).

En Chile, la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia y otros delitos entrevistó a 1.325 adultos mayores. La prevalencia de maltrato según tipo de violencia hacia adultos mayores de 18.96% en violencia psicológica leve, 4.21% en violencia psicológica grave, 3.59% en violencia física leve y 3.27% en violencia física grave, porcentajes sobre el total de la población de adultos mayores. Se identificaron como principales agresores al cuidador pareja hombre, hijos, hermanos, cuñados y nietos. Según este estudio, el 86% de los adultos mayores que han vivido violencia ha sido víctima sólo de violencia psicológica. Sólo el 1.6% de estos adultos mayores (Flores, 2017).

### **2.2.1.7. Causas de la violencia**

Se identifican tres ejes sobre la violencia a personas mayores: un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera expectativa de confianza; el resultado de daño o riesgo significativo de daño la intencionalidad o no intencionalidad (Flores, 2017).

### **2.2.1.8. Necesidad con violencia hacía el adulto mayor**

Su importancia de considerar como necesidad la comprensión del riesgo que existe para adultos mayores en sus propias casas. En especial, respecto a las mujeres, quienes viven más años y en la medida que envejecen viven más solas,

se reconoce las siguientes situaciones de riesgo:

- Persona cuidadora con problemas de carácter psicológico.
- La persona anciana con demencia que permanece sola todo el día.
- Hogar de la persona anciana donde se bebe demasiado alcohol.
- Persona cuidadora que se pone muy enfadada por la carga del cuidado.
- Persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora.
- Persona anciana que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana.
- Persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad (Flores, 2017).

#### ***2.2.1.9. Informe mundial sobre la violencia y la salud.***

**Violencia física.** Pegarles o manosearlos violentamente, causar dolor, lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o uso de drogas (Colomar, 2018).

**Violencia psicológica o emocional.** Discriminar a los ancianos por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor y sufrimiento psíquico. Abuso económico o material: explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida, extorsionar y controlar el dinero de la pensión, robarles los bienes y obligándolos a atender a los nietos.

**Abuso sexual.** Mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor. (Incesto, violación u otro tipo de coacción sexual).

**Descuido.** Negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor, o no cumplirla. Esto puede entrañar o no la tentativa consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor.

Acusaciones de brujería: estigmatizar a los ancianos y excluirlos de la comunidad.

**Violencia infligida por los sistemas.** Deshumanizar el trato a los ancianos en los dispensarios y en las oficinas de los servicios de pensión, y hacerlos objetos de marginación por parte del gobierno (Colomar, 2018).

### **2.2.2. Depresión**

La depresión es un sentimiento caracterizado por tristeza, disminución de interés o por las actividades que abarca un tiempo o intensidad considerable para interferir con la vida diaria, las principales características de depresión son “tener un humor depresivo o irritable, marcada reducción del interés o placer en las actividades habituales, cambios en el apetito y por consiguiente en el peso, trastornos del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa, baja concentración y pensamientos repetidos de muerte o ideaciones suicidas” (Baldera, 2016).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (Baldera, 2016).

La depresión está orientada en la variación que incluye una anormal cantidad de regulación de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica, glutamatérgica, y serotoninérgica. La desregulación en los ejes puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y GH. Podrían estar asociados factores estresantes de estrés de la vida diaria, en especial las separaciones y las pérdidas, causan usualmente los episodios de depresión mayor (Dander, 2015).

La depresión en aquellas personas que en algún punto de su vida han sufrido depresión mayor, son más propensos a desarrollar otros episodios en el futuro, así como las personas con menos habilidad de afrontar situaciones de estrés, que no toleran las presiones de la vida, menos flexibles y genéticamente con tendencia a la ansiedad o que tengan otras enfermedades de índole mental.

Hay características especiales que comparten las personas que padecen depresión posiblemente estas características incrementan la posibilidad de una persona a desarrollar depresión, estas van a influir no solo en la probabilidad de que ocurra el evento sino también en su duración (Dander, 2015).

El envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión. Muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo. Los pensamientos acerca de la vejez son pesimistas, casi nihilistas, y ello redundará en actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano. Ya que, al menos por el momento, no es posible detener el proceso de envejecimiento sí se puede trabajar para lograr una buena calidad de vida (Dander, 2015).

Hay que tener en cuenta que las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativa (Dander, 2015). En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos (MIMDES, 2000).

Según el Manual de Clasificación Diagnóstica de las Enfermedades Mentales (DSM- IV TR) la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluyen cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas (MIMDES, 2000).

Cada dimensión depresiva se refiere centralmente a una agrupación sintomatológica y al mismo tiempo a una clave etiológica. Sus síntomas prevalentes habituales son psicológicos, con el acompañamiento de síntomas somáticos

funcionales en segundo plano. En los cuadros depresivos, el primer plano clínico está ocupado con frecuencia por datos somáticos, como dolores, fatiga, etc. Se halla presente desde los antiguos griegos que hablaban de pneumation (aliento vital) hasta Ortega y Gasset (1988) que reflexionaban sobre el estrato humano de la vitalidad, la depresión (del latín *deprimere*, disminuir o hundirse) toma así el significado de un hundimiento vital global o parcial (MIMDES, 2001).

### **2.2.2.1. Factores de riesgo de depresión**

Los individuos en alto riesgo son aquellos, que presentan: insomnio crónico o fatiga, dolor crónico, síntomas somáticos múltiples o inexplicados, enfermedad médica crónica, eventos cardiovasculares agudos, trauma físico o psicológico reciente, otros trastornos psiquiátricos y antecedentes heredofamiliares para un trastorno del estado de ánimo. El hecho sorprendente de que factores causales de órdenes tan distintos entre sí como la genética, la situación vital, o la patología somática convergen en la determinación del síndrome depresivo, se explica por su coincidencia en provocar la movilización de una serie de mecanismos neurobiológicos en cascada que asumen el papel de factores patogénicos, o sea agentes causales inmediatos (Baldera, 2016).

### **2.2.2.2. Características clínicas generales de la depresión**

El episodio depresivo mayor es una patología del estado de ánimo. “El mundo del paciente depresivo es siempre peculiar o único. Aquí luce más que en ningún otro sector clínico el lema “<<no hay enfermedades sino enfermos>>.” El mundo depresivo completo con el método fenomenológico estructural, se distribuye en cuatro dimensiones: el humor anhedónico, la anergia o carencia de impulso de acción, la discomunicación o falta de sintonización interpersonal y espacial, y la ritmopatía o desregulación de los ritmos circadianos (Baldera, 2016).

### **2.2.2.3. Rasgos diferenciales de la depresión en los ancianos**

Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados. Con mayor frecuencia ocurre agitación y ansiedad. Mayor irritabilidad, mayor pérdida del apetito, a menudo cursa con elementos paranoides, marcada somatización e hipocondría, mayor riesgo de suicidio insomnio intenso, alteración de la función

cognoscitiva, mayor riesgo de evolución a demencia, pérdida de peso marcada, mayor riesgo de cronicidad retardo psicomotor alteración en el funcionamiento en general (Baldera, 2016).

Tratamiento de depresión en el adulto mayor

#### **A) Medicamentos:**

Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Estas sustancias químicas participan en la regulación de los estados de ánimo y si ocurre entre ellas algún desequilibrio, pueden resultar trastornos depresivos (Baldera, 2016).

El inicio del tratamiento antidepresivo en el anciano debe ser gradual, es decir, se debe iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada durante la primera semana, posteriormente y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, se debe incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima. El uso de medicamentos Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (norepinefrina) (ISRN), duales y anfebutamona (bupropion), son buenas opciones de tratamiento para la mayoría de los pacientes ancianos deprimidos. La seguridad y perfiles de efectos colaterales de los ISRS, los hacen los medicamentos de elección en el tratamiento farmacológico de la depresión mayor en el paciente geriatra; son mejor tolerados por los pocos efectos sedantes y colinérgicos comparados con los ATC. Se sabe que el potencial de sobredosis fatal es significativamente más bajo con los ISRS que con los antidepresivos tricíclicos (ATC). La tasa de respuesta de los ISRS en la depresión en el anciano es de 55 al 70% con un retraso en el inicio de su efecto de 10 a 20 días; además, su uso mejora el pronóstico de pacientes con enfermedad cardiovascular. La fluoxetina y la paroxetina son los ISRS más propensos a la interacción medicamentosa por la inhibición de otros medicamentos a través del citocromo p450 y son los medicamentos que más fácilmente pueden incrementar los niveles de ATC. La fluoxetina tiene una vida media prolongada que requiere de un periodo de



eliminación de hasta 3 meses. En contraparte, los ATC, muestran mayor frecuencia de efectos adversos en comparación con los demás medicamentos antidepresivos. Los efectos secundarios de este grupo de fármacos son mediados por la actividad en los receptores colinérgicos, adrenérgicos e histaminérgicos; es por ello que se relacionan con un alto riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), tienen escasa indicación en la terapéutica antidepresiva debido a sus efectos tóxicos e interacciones complejas con otros medicamentos, los fármacos de esta categoría son considerados como fármacos de última línea para tratar la depresión grave a pesar de que son convincentes las pruebas de su eficacia en cuadros distímicos; sin embargo, se pueden observar efectos similares con ISRS. No se recomienda el tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas, ya que incrementan el riesgo de deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia; su eficacia no está claramente establecida (Baldera, 2016).

## **B) Tratamiento no farmacológico:**

### **1) Terapia electroconvulsiva:**

Es una opción de primera línea para pacientes con depresión y características psicóticas quienes no respondieron a la farmacoterapia, cuando hay poca tolerancia a los psicofármacos, cuando existe comorbilidad física importante y cuando existe una depresión grave con riesgo suicida o con síntomas catatónicos o de melancolía importantes. Es seguro, altamente efectivo y con una respuesta antidepresiva rápida (Baldera, 2016).

### **2) Psicoterapia:**

La intervención de psicoterapia sola o acompañada de un tratamiento farmacológico mejora los síntomas de la depresión en el anciano. La psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados ser tan eficaces como la terapia farmacológica en casos seleccionados como en la depresión moderada. La combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico es eficaz en la depresión moderada a severa. Se ha observado que la psicoterapia disminuye la severidad de la depresión en pacientes

que ya han tenido más de tres episodios depresivos, (Baldera, 2016).

Actualmente en México, la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en colaboración con el Instituto de Geriátrica, se encuentran realizando pruebas clínicas con terapia cognitivo-conductual, sin el uso de medicamentos, en adultos mayores con depresión moderada. Se utiliza la modalidad de terapia grupal en grupos de adultos mayores que están probando los resultados de esta innovadora terapia. (Dander, 2015).

### **3) Depresión normal.**

Para hacer un diagnóstico de "depresión leve normal", debe poder observar al menos dos de los síntomas de la depresión. Este es un tipo de depresión muy común. La depresión leve es la depresión que puede afectar a cualquier persona. Eso es depresión real, pero en este caso, no es tan grave como otros tipos de depresión. Un síntoma depresivo común de este tipo de depresión es un síntoma depresivo común. Esto no significa que los pacientes sean subjetivamente incapaces de tratar simultánea o completamente cualquier otro tipo de depresión. Este es un tipo de depresión más leve, pero puede combatir su malestar y síntomas de depresión. Cuanto más leves sean los síntomas de la depresión y cuanto antes busque tratamiento, antes verá resultados positivos de ese tratamiento, (Dander, 2015).

### **4) Depresión moderada.**

Aunque es un tipo de depresión menos conocido, los casos de este tipo de depresión son muy frecuentes. Los estudios muestran que más del 17% de la población mundial sufre de depresión moderada en algún momento de sus vidas. Los síntomas de la depresión tal como la conocemos aparecen durante un período de tan solo dos semanas (Dander, 2015).

### **5) Depresión severa.**

Los síntomas de la depresión se repiten una y otra vez. Esto significa experimentar un episodio de depresión, a diferencia de lo que ocurre con la depresión mayor. Este tipo de depresión es uno de los muchos tipos de depresión

que existen. La depresión mayor se caracteriza por un período en el que no hay síntomas de depresión. Después de dos meses, puede ocurrir otro episodio de depresión con los síntomas correspondientes (Dander, 2015).

#### **2.2.3.4. Las características de la depresión se presentan de la siguiente forma**

La tristeza es un síntoma principal, así como el aislamiento social los cuales no son siempre percibidos por las personas que padecen depresión.

Reducción en la celeridad del habla y la magnitud del discurso, respuestas monosilábicas.

Se presentan problemas relacionados con la concentración, esto alrededor del 50 y 75% de pacientes. Cuando los síntomas se hacen frecuentes se les denomina episodios de pseudodemencia depresiva (Dander, 2015).

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Violencia.** Es considerada un problema de salud pública que está presente en distintos ámbitos de desarrollo del ser humano; e incluso se percibe como parte de la condición humana (Schopenhauer, 1995).

**Violencia física.** Pegarles o manosearlos violentamente, causar dolor, lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o uso de drogas (Schopenhauer, 1995).

**Violencia psicológica o emocional.** Discriminar por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor y sufrimiento psíquico (Schopenhauer, 1995).

**Depresión.** Es un sentimiento caracterizado por tristeza, disminución de interés o por las actividades que abarca un tiempo o intensidad considerable para interferir con la vida diaria (Dander, 2015).

**Depresión normal.** Se trata de un tipo de depresión muy frecuente. Una depresión leve es una depresión que puede afectar a cualquiera. Se trata de una depresión real, pero en este caso es menos grave, (Dander, 2015).

**Depresión moderada.** Aunque puede que se trate del tipo de depresión menos conocida, con frecuencia nos encontremos casos con este tipo de depresión. Los estudios realizados demuestran que más del 17 % de la población mundial sufre en algún momento de su vida una depresión moderada, (Dander, 2015).

**Depresión severa.** Los síntomas de la depresión se van a manifestar en repetidas ocasiones. Este tipo de depresión forma parte de los diferentes tipos de depresión existentes. Se caracteriza por un período durante el cual no vas a experimentar ningún síntoma de la depresión. Una vez pasados esos dos meses (Dander, 2015).

**Tristeza.** Es un síntoma principal, así como el aislamiento social, los cuales no son siempre percibidos por las personas (Dander, 2015).

**Altamente efectivo.** Grupo que está conformado por personas que tienen una claridad perfecta en el qué, el por qué, el cómo, y que tienen una fuerte predisposición a la ejecución (Dander, 2015).

**Respuesta antidepressiva.** Cuando podemos medir una reducción de al menos un 50% de los síntomas (Dander, 2015).

**Terapia electroconvulsiva.** Es una opción de primera línea para pacientes con depresión y características psicóticas quienes no respondieron a la farmacoterapia (Dander, 2015).

**Psicoterapia.** la intervención de psicoterapia sola o acompañada de un tratamiento farmacológico mejora los síntomas de la depresión (Dander, 2015).

**Salud pública.** Acceso o accesibilidad a los servicios de salud, se define como el proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad (Dander, 2015).

**Servicios de salud.** Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria (Dander, 2015).

**Cuadros depresivos.** Conjunto de cuadros clínicos en los que predomina el síntoma subjetivo de estado de ánimo deprimido (Dander, 2015).

### **III. MÉTODOS Y MATERIALES**

#### **3.1. Hipótesis de la investigación**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

HG Existe relación positiva entre violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

HE 1 Existe relación positiva entre violencia física y depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

HE 2 Existe relación positiva entre violencia psicológica y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

HE 3 Existe relación positiva entre violencia física y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

HE 4 Existe relación positiva entre violencia psicológica y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

HE 5 Existe relación positiva entre violencia física y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

#### **3.2. Variables de estudio.**

##### **3.2.1. Definición conceptual**

**Violencia:** es considerada un problema de salud pública que está presente en distintos ámbitos de desarrollo del ser humano; e incluso se percibe como parte de

la condición humana.

**Depresión:** es un sentimiento caracterizado por tristeza, disminución de interés o por las actividades que abarca un tiempo o intensidad considerable para interferir con la vida diaria.

### **3.2.2. Definición operacional**

**Violencia:** se manifiesta cuando hablamos de imposición, es hablar de las agresiones físicas, psicológicas, sexuales, malos tratos o cualquier tipo de agresiones que se dan en personas que comparten el mismo lugar.

**Depresión:** se comprende cuando puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

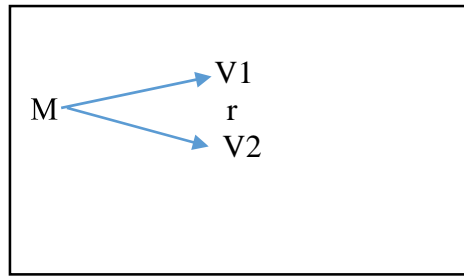
### **3.3. Tipo y nivel de investigación**

El tipo de investigación fue de enfoque descriptivo – correccional, donde la Investigación cuantitativa, se enfoca esencialmente en los aspectos susceptibles de medición de los fenómenos académicos que emplea la metodología empírico – analítica y se asiste de pruebas estadísticas para el estudio de datos.

El investigador al presentar los hechos verídicos; puede afirmarse que reúne y transforma en información hechos y eventos que caracterizan la condición observada; tal, con esta se elaboran las condiciones esenciales para la aclaración de los mismos, conociendo cómo es la relación entre las variables de violencia y depresión en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

### **3.4. Diseño de la investigación**

El diseño fue no experimental, se puede definir al diseño no experimental como aquel, que se realiza sin manejar a propósito las variables. En otras palabras, se trata de no hacer variar en manera intencional tales variables independientes para ver su repercusión sobre otras variables (Hernández, 2019).



M: Muestra en estudio V1: violencia

V2: depresión

R: relación entre las variables

### 3.5. Población y muestra de estudio

#### Población

La población del presente estudio estuvo constituida únicamente de 134 adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020 (Hernández, 2019).

#### 3.5.1. Muestra

El muestreo fue no probabilístico porque no se utilizó ninguna fórmula, fue intencional, ya que las características de la investigación exigieron dicha muestra. La muestra del estudio estuvo integrada por 100 adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020 (Hernández, 2019).

### 3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.6.1. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron en la investigación fueron:

**Encuesta.** Es una técnica para recolección de información acerca de una parte de la población o muestra, mediante el uso de un instrumento.

**Cuestionario violencia.** Permite recoger y analizar los datos obtenidos a través de la aplicación de la encuesta, en relación a las variables a medir en el tiempo

planteado. El instrumento fue elaborado bajo la modalidad de preguntas cerradas y abiertas, su autora es Acevedo Tania.

**Escala de depresión.** Permitted recoger y analizar los datos obtenidos a través de la aplicación psicométrica, su autor es Yesavage.

### **Procedimiento de la recolección de datos**

- Luego de solicitar los permisos en el Centro de Salud se procedió a ubicar a los adultos mayores con la base de datos dada por el establecimiento.
- Luego de ello, de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de los adultos mayores se procedió a ubicarlos en sus domicilios para aplicar los instrumentos y luego procesar la información.

#### **3.6.2. Instrumentos de recolección de datos**

##### **A) Fichas técnicas**

###### **1) Escala de depresión de Yesavage**

La Escala de Yesavage, es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa. En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica. Las preguntas que se plantearon en el instrumento, constituyeron la base para recabar la información pertinente y estuvieron relacionadas con el objetivo trazado en la presente investigación. Alternativa: Si – No.

###### **2) Cuestionario de violencia de Acevedo**

Fue elaborado bajo la modalidad de preguntas cerradas y abiertas. Autora es Acevedo Tania. Consta de 30 ítems. Posee preguntas abiertas y cerradas

La validez y confiabilidad sometida al criterio de jueces y expertos, sirviendo



como herramienta y se ha apoyado, tanto mediante en la práctica como la para la investigación de campo. Alternativa: Si- No

La validación de los instrumentos se hizo a través, como se indicó por juicio de expertos, dicha validación se adjunta en anexos de la presente.

### **B) Validez por juicio de expertos**

La validación de instrumentos se efectuó mediante juicio de expertos el cual fue ejecutado por especialistas con competencia en el área de estudio.

La validación de instrumentos se realizó de acuerdo con el formato establecido por la universidad.

**Tabla 1.**

*Validación de instrumentos por juicio de expertos*

<b>NRO</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>APLICABILIDAD</b>
Experto 1	Figuroa Prado, Christian Wilfredo	Magister en Psicología Educativo	Aplicable
Experto 2	Aponte Urdaniga, Arturo Italo	Dr. en Psicología Clínica	Aplicable

### **3.7. Métodos de análisis de datos**

Una vez recolectada la información se procedió a codificarla para un mejor orden y control con la finalidad de procesarlas, utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 21.0 que permitirá la obtención de una base de datos y tablas de frecuencias, y se procedió en el siguiente orden:

- Calificación individual de cada protocolo, evaluando los ítems en cada sujeto.
- Tabulación de resultados por cada ítem
- Tabulación de resultados por cada variable.
- Tabulación de resultados por cada dimensión.
- Tabulación de resultados por indicadores.

La elaboración de cuadros y gráficos se realizó mediante el programa

Informático EXCEL por su mejor manejo y versatilidad.

Para analizar los resultados se tuvo en cuenta los objetivos, hipótesis y variables, con ayuda de la estadística descriptiva se realizó la construcción de tablas y gráficos que permitió interpretar los resultados obtenidos en las tablas de frecuencias y los porcentajes.

### **3.8. Aspectos éticos**

En la investigación se consideró los aspectos de Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, se tuvieron en cuenta los artículos 22, 23, 24, 25, 26 y 27 del capítulo III dedicado a la investigación. En la cual, se debe resaltar que se empleó el consentimiento informado, se cauteló la primacía del beneficio sobre los riesgos y evitar la falsificación o el plagio. Justamente, todo lo detallado implicó que en el proceso de recabar datos se garantizó la confidencialidad y discreción del caso.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Estadísticos descriptivos

**Tabla 2.**

*Numero de datos procesados en especificaciones del muestreo.*

Método de muestreo	Simple
Número de muestras	100
Nivel de intervalo de confianza	95,0%
Tipo de intervalo de confianza	Percentil

\*Fuente: Elaboración Propia

Número de muestras en las que se realizó la investigación fue de 67 encuestados, con un intervalo de confianza del 95 %, un tipo de intervalo de confianza en percentiles.

**Tabla 3.**

*Cuadro general de estadísticos descriptivos de las dos variables violencia y depresión.*

		Estadísticos	
		Violencia	Depresión
N	Válido	100	100
	Perdidos	0	0
Media		1,44	1,77
Error estándar de la media		,050	,069
Mediana		1,00	2,00
Moda		1	2
Desv. Desviación		,499	,694
Varianza		,249	,482
Asimetría		,245	,343
Error estándar de asimetría		,241	,241
Curtosis		-1,980	-,883
Error estándar de curtosis		,478	,478
Rango		1	2
Mínimo		1	1
Máximo		2	3
Suma		144	177
Percentiles	25	1,00	1,00
	50	1,00	2,00
	75	2,00	2,00

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que el número de encuestados en violencia es de 100, casos perdidos 0, media 1,44, error de estándar de la media 0,05, mediana 1,00, moda 1, desv. desviación 0,49, varianza 0,24, asimetría 0,24, error de estándar de asimetría

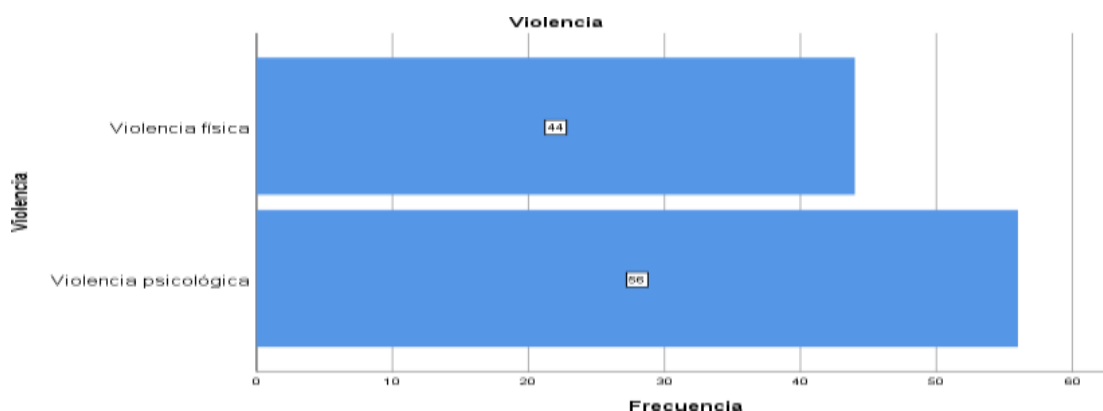
0,24, curtosis – 1,98, error de estándar de la curtosis 0,47, rango es de 1; encuestados en estrés es de 100, casos perdidos 0, media 1,77, error de estándar de la media 0,06, mediana 2,00, moda 2, desv. desviación 0,69, varianza 0,48, asimetría 0,34, error de estándar de asimetría 0,24, curtosis – 0,88, error de estándar de la curtosis 0,47, rango es de 2.

**Tabla 4.**  
*Variable violencia y sus componentes.*

		<b>Violencia</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Violencia psicológica	56	39,4	56,0	56,0
	Violencia física	44	31,0	44,0	100,0
	Total	100	70,4	100,0	
Perdidos	Sistema	42	29,6		
Total		142	100,0		

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa dentro de la variable violencia, una frecuencia significativa de 56 que pertenece a violencia psicológica, mientras que otro grupo tiene una frecuencia de 44 que pertenece a violencia física; todo ese grupo sumado nos da según su frecuencia a los 100 encuestados que sería el 100 % de la muestra en estudio.



**Figura 1.** Variable violencia y sus componentes.

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que la mayoría del grupo encuestado según su frecuencia significativa es de 56 que pertenecen a violencia psicológica, mientras otro grupo también tiene una frecuencia de 44, que pertenece a violencia física; todo esto nos muestra que son 100 encuestados y que serían el 100% de la muestra en estudio.

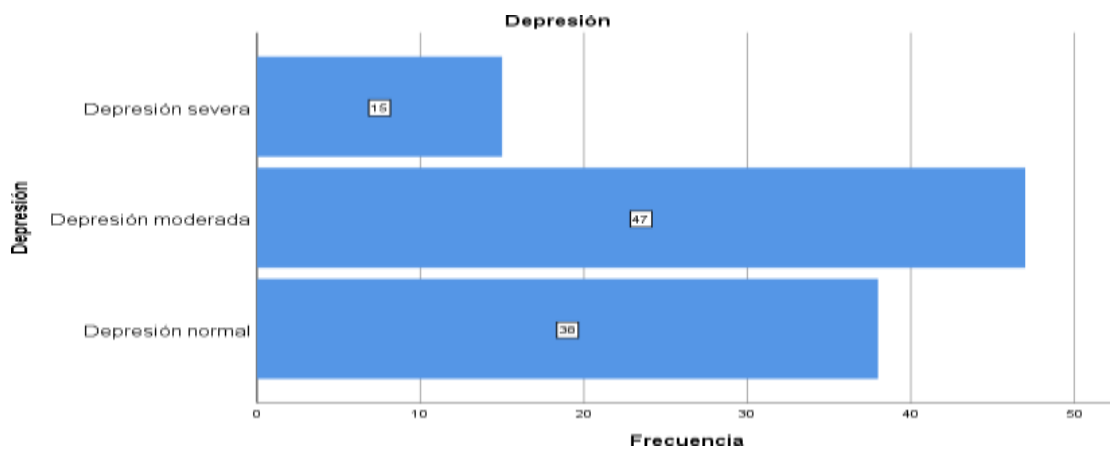
**Tabla 5.**

*Variable depresión y sus componentes.*

		<b>Depresión</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Depresión normal	38	26,8	38,0	38,0
	Depresión moderada	47	33,1	47,0	85,0
	Depresión severa	15	10,6	15,0	100,0
	Total	100	70,4	100,0	
Perdidos	Sistema	42	29,6		
Total		142	100,0		

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa dentro de la variable depresión a una frecuencia significativa que contiene 47 que pertenece a depresión moderada, mientras otro grupo importante también significativo recae con 38 que pertenece a depresión normal y un grupo minoritario con 15 que pertenece a depresión severa; todo esto sumado nos da 100 de la muestra de encuestados o el 100% de la muestra en estudio.



**Figura 2.** Variable depresión y sus componentes

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que un grupo significativo con 47, pertenece a la dimensión de depresión moderada, otro grupo significativo mayoritario con 38 pertenece a la dimensión depresión normal y mientras un grupo minoritario con 15 pertenece a la dimensión depresión severa; todo esto, sumado nos da 100 de la muestra total de encuestados o de igual manera el 100% de muestra en estudio.

**Tabla 6.**

*Estadísticos descriptivos de las variables violencia y depresión en su procesamiento de medias.*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Violencia	Media	1,44	,00	,05	1,34	1,54
	Desv. Desviación	,499	-,003	,007	,475	,503
	N	100	0	0	100	100
Depresión	Media	1,77	,00	,07	1,64	1,91
	Desv. Desviación	,694	-,010	,037	,617	,767
	N	100	0	0	100	100

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en la variable violencia según su estadístico su media es de 1,44, su des. desviación es de 0,49, con muestra de 100 y su sesgo de media es 0, de des. desviación es -0, numero de datos perdidos es 0; en la variable depresión según su estadístico de media es de 1,77, su des. desviación es de 0,69, con muestra de 100 y su sesgo de media es 0, su des. desviación es -0,01, numero de datos perdidos es 0.

**Tabla 7.**

*Estadísticos descriptivos de los componentes dimensión violencia física y Dimensión depresión normal en su procesamiento de medias.*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Violencia física	Media	1,35	,00	,05	1,25	1,45
	Desv. Desviación	,479	-,002	,017	,436	,500
	N	100	0	0	100	100
Depresión normal	Media	1,29	,01	,04	1,23	1,38
	Desv. Desviación	,456	,001	,019	,423	,489
	N	100	0	0	100	100

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en la dimensión violencia física según su estadístico su media de 1,35, su des. desviación es de 0,47, con muestra de 100 y su sesgo de media es 0, de des. desviación es -0, número de datos perdidos es 0; en la dimensión depresión normal según su estadístico su media es 1,29, su des. desviación es 0,45, con muestra de 100 y su sesgo de media 0,01, su des. desviación es 0, numero de datos perdidos es 0.

**Tabla 8.**

*Estadísticos descriptivos de los componentes dimensión violencia psicológica y Dimensión depresión moderada en su procesamiento de medias.*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Violencia psicológica	Media	1,34	,00	,04	1,25	1,44
	Desv. Desviación	,476	-,003	,015	,435	,499
	N	100	0	0	100	100
Depresión moderada	Media	1,33	-,01	,04	1,25	1,42
	Desv. Desviación	,473	-,004	,016	,433	,497
	N	100	0	0	100	100

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en la dimensión violencia psicológica según su estadístico su media es 1,34, des. desviación es 0,47, con una muestra de 100 y su sesgo de media es 0, con des. desviación 0, numero de datos perdidos es 0; en la dimensión depresión moderada según su estadístico su media es 1,33, su des. desviación es 0,47, con una muestra de 100 y su sesgo de media es - 0, 01, su des. desviación es -0, numero de datos perdidos es 0.

**Tabla 9.**

*Estadísticos descriptivos de los componentes dimensión violencia física y dimensión depresión severa en su procesamiento de medias.*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Violencia física	Media	1,35	,00	,04	1,25	1,44
	Desv. Desviación	,479	-,003	,015	,436	,499
	N	100	0	0	100	100
Depresión severa	Media	1,36	,00	,04	1,27	1,44
	Desv. Desviación	,482	-,002	,014	,446	,499
	N	100	0	0	100	100

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en la dimensión apoyo social según su estadístico su media es 1,35, su des. desviación es 0,47, con una muestra de 100 y su sesgo de media es 0, su des. desviación es -0, numero de datos perdidos es 0; en la dimensión depresión severa según su estadístico su media es 1,36, su des. desviación es 0,48, con una muestra de 100 y su sesgo de media es 0, su des. desviación es -0, numero de datos perdidos es 0.

**Tabla 10.**

*Estadísticos descriptivos de los componentes dimensión violencia psicológica y dimensión depresión severa en su procesamiento de medias.*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Violencia psicológica	Media	1,34	,00	,05	1,23	1,44
	Desv. Desviación	,476	-,004	,019	,420	,499
	N	100	0	0	100	100
Depresión severa	Media	1,36	,00	,05	1,26	1,48
	Desv. Desviación	,482	-,003	,015	,441	,502
	N	100	0	0	100	100

\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en la Dimensión violencia psicológica según su estadístico su media es 1,34, su des. desviación es 0,47, con una muestra de 100 y su sesgo de media es 0, su des. desviación es -0, numero de datos perdidos es 0; en la dimensión depresión severa según su estadístico su media es 1,36, su des. desviación es 0,48, con una muestra de 100 y su sesgo de media es 0, su des. desviación es -0, su número de datos perdidos es 0.

**Tabla 11.**

*Estadísticos descriptivos de los componentes dimensión violencia física y dimensión depresión moderada en su procesamiento de medias.*

		Simulación de muestreo <sup>a</sup>				
		Estadístico	Sesgo	Desv. Error	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Violencia física	Media	1,35	,00	,05	1,24	1,44
	Desv. Desviación	,479	-,003	,016	,427	,499
	N	100	0	0	100	100
Depresión moderada	Media	1,33	,00	,05	1,23	1,43
	Desv. Desviación	,473	-,004	,020	,424	,498
	N	100	0	0	100	100

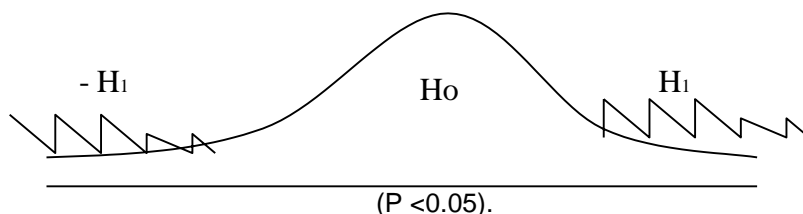
\*Fuente: Elaboración Propia.

Se observa en la dimensión violencia física según su estadístico su media es 1,35, su des. desviación es 0,47, con una muestra de 100 y su sesgo de media es 0, su des. desviación es -0, numero de datos perdidos es 0; la dimensión depresión moderada según su estadístico su media es 1,33, su des. desviación es 0,47, con una muestra de 100 y un sesgo de media es 0, su des. desviación -0, numero de datos perdidos es 0.



## 4.2. Prueba de normalidad

Se empleó la prueba del chi 2 Pearson para las variables de violencia y depresión, con sus respectivos componentes en las dimensiones propuestas.



Para probar la normalidad, haremos uso de la prueba de hipótesis para la normalidad.

### 1) Hipótesis

$H_0$ : Los datos siguen una distribución normal

$H_a$ : Los datos no siguen una distribución normal

### 2) Nivel de significación: $\alpha = 5\%$ (0.05)

### 3) Prueba estadística: para esta prueba utilizaremos la prueba del chi 2 Pearson.

En la prueba del chi 2 Pearson, se pudo comprobar que ambas variables no tienen una distribución normal, por lo tanto se empleó los estadísticos no paramétricos ( $p < 0.05$ ).

## 4.3. Estadística inferencial

Para encontrar si existe relación entre violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020, se utilizó la prueba del chi 2 Pearson y el estadístico Z de normalidad a un nivel de significación del 5%, que permitió contrastar las hipótesis planteadas con sus respectivas variables en estudio, cuyos resultados nos muestran:

**Tabla 12.**

*Correlaciones de variables violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.*

		Violencia	Depresión		
Violencia	Correlación de Pearson	1	-,171		
	Sig. (bilateral)		,088		
	N	100	100		
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0	,006	
		Desv. Error	0	,103	
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	1	-,352
			Superior	1	,066
Depresión	Correlación de Pearson	-,171	1		
	Sig. (bilateral)	,088			
	N	100	100		
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	,006	0	
		Desv. Error	,103	0	
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	-,352	1
			Superior	,066	1

H0. No existe relación, y por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula entre las variables violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

H1. Sí existe relación y por lo tanto se acepta la hipótesis alterna con un valor de -0,17 con una intensidad de correlación baja entre las variables violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

**Tabla 13.**

*Correlaciones de las dimensiones violencia física y la dimensión depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.*

		Violencia física	Depresión normal	
Violencia física	Correlación de Pearson	1	-,007	
	Sig. (bilateral)		,945	
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0	-,009
		Desv. Error	0	,103
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior Superior	1 1
Depresión normal	Correlación de Pearson	-,007	1	
	Sig. (bilateral)	,945		
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	-,009	0
		Desv. Error	,103	0
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior Superior	1 1

H0. No existe relación, y por lo tanto, se acepta la hipótesis nula con un valor de -0 entre la dimensión violencia física y dimensión depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

H1. No existe relación, y por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna entre la dimensión violencia física y dimensión depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

**Tabla 14.**

*Correlaciones de las dimensiones violencia psicológica y la dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.*

		Violencia psicológica	Depresión moderada	
Violencia psicológica	Correlación de Pearson	1	,349**	
	Sig. (bilateral)		,000	
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0	-,007
		Desv. Error	0	,094
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior Superior	1 1
			,144 ,564	
Depresión moderada	Correlación de Pearson	,349**	1	
	Sig. (bilateral)	,000		
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	-,007	0
		Desv. Error	,094	0
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior Superior	,144 1
			,564 1	

- H0. No existe relación, y por lo tanto, se acepta la hipótesis nula entre la dimensión violencia psicológica y dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- H1. Sí existe relación, y por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna con un valor de 0,34 con una intensidad de correlación baja entre la dimensión violencia psicológica y dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

**Tabla 15.**

*Correlaciones de las dimensiones violencia física y la dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.*

		Violencia física	Depresión severa	
Violencia física	Correlación de Pearson	1	-,114	
	Sig. (bilateral)		,261	
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0	,002
		Desv. Error	0	,096
		Intervalo de confianza Inferior	1	-,313
		al 95% Superior	1	,070
Depresión severa	Correlación de Pearson	-,114	1	
	Sig. (bilateral)	,261		
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	,002	0
		Desv. Error	,096	0
		Intervalo de confianza Inferior	-,313	1
		al 95% Superior	,070	1

H0. No existe relación, y por lo tanto, se acepta la hipótesis nula entre la dimensión violencia física y dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

H1. Sí existe relación, y por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna con un valor de -0,11 con una intensidad de correlación baja entre la dimensión violencia física y dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

**Tabla 16.**

*Correlaciones de las dimensiones violencia psicológica y la dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.*

		Violencia psicológica	Depresión severa		
Violencia psicológica	Correlación de Pearson	1	-,142		
	Sig. (bilateral)		,157		
	N	100	100		
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0	-,013	
		Desv. Error	0	,093	
		Intervalo de confianza	Inferior	1	-,320
			Superior	1	,023
Depresión severa	Correlación de Pearson	-,142	1		
	Sig. (bilateral)	,157			
	N	100	100		
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	-,013	0	
		Desv. Error	,093	0	
		Intervalo de confianza	Inferior	-,320	1
			Superior	,023	1

H0. No existe relación, y por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula entre la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

H1. Sí existe relación, y por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna con un valor de -0,14 con una intensidad de correlación baja entre la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

**Tabla 17.**

*Correlaciones de las dimensiones violencia física y la dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.*

		Violencia física	Depresión moderada	
Violencia física	Correlación de Pearson	1	-,025	
	Sig. (bilateral)		,809	
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	0	,002
		Desv. Error	0	,089
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	1
	Superior		1	,180
Depresión moderada	Correlación de Pearson	-,025	1	
	Sig. (bilateral)	,809		
	N	100	100	
	Simulación de muestreo <sup>c</sup>	Sesgo	,002	0
		Desv. Error	,089	0
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	-,201
	Superior		,180	1

H0. No existe relación, y por lo tanto, se acepta la hipótesis nula con un valor de -0,02 entre la dimensión violencia física y la dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

H1. No existe relación, y por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna entre la dimensión violencia física y la dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

## V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se investigó que si se relacionan las variables violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

De los sujetos investigados, adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, se encontró que la variable violencia y sus dimensiones violencia psicológica y violencia física y la variable depresión y sus dimensiones depresión normal, depresión severa y depresión moderada se relacionaban; encontrando que existe relación entre violencia y depresión con un valor de  $-0,17$  con una intensidad de correlación baja (tabla 11), también encontrando que existe relación entre los componentes de la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión moderada con un valor de  $0,34$  con una intensidad de correlación baja (tabla 13), también encontrando que existe relación entre los componentes de la dimensión violencia física y la dimensión depresión severa con un valor de  $-0,11$  con una intensidad de correlación baja (tabla 14), también encontrando relación entre los componentes de la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión severa con un valor de  $-0,14$  con una intensidad de correlación baja (tabla 15); mientras no se encontró ninguna relación entre los componentes de la dimensión violencia física y la dimensión depresión normal con un valor de  $-0$  (tabla 12), también no encontrando ninguna relación entre los componentes de la dimensión violencia física y la dimensión depresión moderada con un valor de  $-0,02$  (tabla 16); estos resultados demostrarían la importancia de este trabajo de investigación sobre violencia y depresión en la que son sometidos este grupo social de la tercera edad los cuales llegarían a ser vulnerables con consecuencias de muerte, los cuales son expuestos a maltratos de diversas formas en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar y en sus hogares durante la pandemia del COVID-19, para lo cual se hizo la revisión literaria de diversos autores que citaban estas variables cada uno a su estilo y en lo cual cito la gran importancia del trabajo de investigación de Acevedo, Tania (1) que demostró en su estudio sobre el maltrato al adulto mayor del Cam - EsSalud La Esperanza en el año 2015 en Perú; igualmente la importancia de la investigación de Acuña, Lucelina (2) que trabajo en el maltrato del adulto mayor en el



entorno familiar urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota – Cajamarca 2015 en Perú; la investigación de Aguilar, Víctor (3) que recalca en su estudio sobre la prevalencia de sospecha de maltrato en el adulto mayor y factores vinculados a la violencia en México: de la misma forma la importancia del trabajo de investigación de Ariaga, Rosalinda (4) que recalca sobre la problemática en los tipos de maltrato y grado de funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar en Nezahualcoyotl en México; otro gran trabajo de investigación fue el de Colomar, Gerardo (8) que menciona sobre el abuso y maltrato al anciano, es un análisis y revisión de sentencias judiciales en España; también sobre la importancia de la investigación de Condori, Jackelin (9) que menciona también sobre las causas, consecuencias de maltrato en el adulto mayor” en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el 2015 en Perú; otro trabajo de importancia es el de Flores, Tania (12) que recalca sobre la discriminación, violencia y/o maltrato psicológico en las personas adultas mayores en el centro desarrollo integral de la familia (CEDIF) en Tumbes en Perú; otra de las investigaciones es la de Baldera, Yessica (5) que menciona sobre los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí de Lambayeque en Perú; otras de las investigaciones es la de Crespo, Jonathan (10) que menciona sobre la prevalencia de la depresión en Adultos Mayores, en asilos de los Cantones, Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar en Ecuador; otras de las investigaciones es la de Dander, Elva (11) que menciona sobre los síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el CSRD de Santa Catarina Tabernillas en el Estado de México. Como evidenciamos en nuestro estudio se trata en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, donde estas variables de violencia y depresión y sus componentes se relacionan entre sí, pero en algunos de los casos sus componentes no se relacionan; encontrando que las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental que es la comprensión o la empatía que se tiene hacia ellos.

## **VI. CONCLUSIONES**

- Se demostró que existe correlación entre las variables violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- Se demostró que no existe correlación entre la dimensión violencia física y la dimensión depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- Se demostró que existe correlación entre la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- Se demostró que existe correlación entre la dimensión violencia física y la dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- Se demostró que existe correlación entre la dimensión violencia psicológica y la dimensión depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- Se demostró que no existe correlación entre violencia física y la dimensión depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Realizar charlas informativas permanentes dirigidas a pacientes ambulatorios a los adultos mayores sobre temas de violencia y depresión en tiempos de pandemia, en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.
- Realizar más talleres participativos en la Microred Generalísimo San Martín, Mariano Melgar del personal de salud para involucrarlos en temas de trato al público y ética profesional.
- Realizar charlas preventivas dirigidas a pacientes ambulatorios adultos mayores en la Microred Generalísimo de San Martín y familiares sobre temas de estabilidad emocional y buena convivencia en grupos familiares.
- Al haberse encontrado relación entre las variables de violencia física, depresión en sus distintos niveles urge un estudio por en la Microred para conocer a profundidad todos los factores y analizar el entorno familiar más a profundidad.
- Con la base del estudio se deben implementar políticas de salud mental y prevención de la violencia en este grupo etario en la Microred Generalísimo San Martín y que abarque a sus familiares también, como un piloto para que pueda ser replicado en otros establecimientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, Tania. (2015). Maltrato al adulto mayor del Cam - Es salud La Esperanza en el año 2015. Perú: Tesis de Licenciatura en trabajo social. Universidad Nacional Trujillo.
- Acuña, Lucelina. (2015). Maltrato del adulto mayor en el entorno familiar urbanización Santa Eulalia Ciudad de Chota – Cajamarca 2015. Perú: Tesis de licenciatura en enfermería. Universidad Nacional Cajamarca.
- Aguilar, Víctor. (2015). Prevalencia de sospecha de maltrato en el adulto mayo y factores vinculados. México: Tesis para obtener el diploma en especialista en medicina familiar. Universidad Veracruzana
- Arriaga. (2013). Tipos de maltrato y grado de funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar, Nezahualcoyotl. México: Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Baldera, Yessica. (2016). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí – Lambayeque. Tesis de licenciatura en enfermería. Universidad Señor de Sipan.
- Bennett, Kant: (2000). “Ansiedad producto de violencia”. Londres: Macmillan.
- Bennett, Kant: (2002). “Causas de la Ansiedad y su tratamiento. Londres: Macmillan.
- Colomar, Gerardo. (2018). Abuso y maltrato al anciano: análisis y revisión de sentencias judiciales en España. España: Tesis para programa de doctorado en medicina departamento de medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Condori, Jackelin. (2015). Causas, consecuencias de maltrato en el adulto mayor” Instituto de Medicina Legal - Arequipa 2015. Perú: Tesis de licenciatura en enfermería. Universidad Nacional de San Agustín.
- Crespo, Jonathan. (2015). En su investigación. Prevalencia de la Depresión en

Adultos Mayores, en asilos de los Cantones, Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la Provincia del Cañar. Ecuador: Tesis para la obtención del título de Médico. Universidad de Cuenca.

Dander, Elva. (2015). "Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el CSRD. Santa Catarina Tabernillas. Estado de México. México: Tesis para obtener el título de médico cirujano. Universidad Autónoma del Estado de México.

Flores, Tania. (2017). Discriminación, violencia y/o maltrato psicológico en las personas adultas mayores en el centro desarrollo integral de la familia (cedif), tumbes. Tesis para obtener el título de enfermera. Universidad Nacional Tumbes.

Gómez, D (2010). Caracterización del maltrato a los ancianos. Consejo Popular Capitán San Luis Pinar del Río. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000200005&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000200005&script=sci_abstract). Fecha de acceso: 27/03/13.

Hernández, Sampieri. (2019). Metodología. Barcelona-España: Helder.

Huenchan, Sandra. (2000). Violencia y dependencia en los adultos mayores. Buenos Aires: Paidós.

MIMDES. Trastornos de Depresión y Ansiedad. Perú: Rev. Vol. N° 4 MIMDES 2000. Pág 34- 50.

MIMDES. Trastornos de Depresión según manuales clínicos. Perú: Rev. MIMDES 2001. Vol. N° 9 Pág 20- 42.

Pollock, Miguelli. (2003). Violencia en el escenario social. Buenos Aires: Paidós Diagonales, Paidós SAICF.

Saz, Edi. (2000). Teorías de la violencia. Madrid: Libro-Hobbie-Club.

Sánchez, Francis & Sancho, Marcos & García, Sergio. (2004). Negligencia de Abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Madrid: Rev. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Sancho, Edson & Olivera, André. (2002). Maltrato a los ancianos, estudio en el

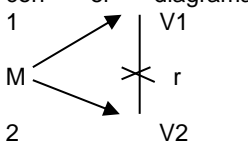
- consejo Popular de Belén, Habana vieja. Cuba: Rev. Cubana Enfermería.18 (3):144- 53.
- Schopenhauer, Abert. (1995). Violencia producto de las sociedades. Buenos Aires: Paidós.
- Schopenhauer, Abert. (1996). Violencia y sus consecuencias en los adultos mayores. Buenos Aires: Paidós.
- Torres, Louis & Rosas, Enríquez. (2009). Maltrato, abandono, negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un Hospital general de la Ciudad de México. México: Rev Archivos en medicina Familiar. 11 (4) p 159 – 65.
- Torres, Marcos. (2008). Ancianos, Tercera Edad. Salamanca desde 2008. Disponible en: <http://html.terceraedad.com/ancianos-y-tercera-edad>. Fecha de acceso: 22/04/13.
- Teubal, Reimon. (2004). Violencia familiar, Trabajo Social e Instituciones. En Buenos Aires. Argentina: Paidós, 257- 258p.2004.
- Vigil, C (2013). Descripción demográfica de personas de la tercera edad de Chota. Disponible en: [http://www.gentedechota.com/chota\\_peru/](http://www.gentedechota.com/chota_peru/). Fecha de acceso: 21/06/13.
- Viviano, Raúl. (2005). Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú: aportes desde la casuística de los centros emergencia mujer. Programa nacional contra la violencia familiar y sexual, MIMDES.
- Zavaleta, Marcus. (2012). Problemática social de los adultos mayores. en:<http://problematICAadultosmayores.blogspot.com/2012/04/definición-Deadulto-mayor-monica.html>. Fecha de acceso: 04/04/13.
- Zambrano, Health (2009). Violencia al adulto mayor. Disponible en: <http://www.healthfinder.gov>. Fecha de acceso: 06/03/13.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Formulación de hipótesis	Tipo, nivel y diseño de la investigación	Variables de investigación	Metodología
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre Violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a) ¿Cuál es la relación entre Violencia física y depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?</p> <p>b) ¿Cuál es la relación entre Violencia psicológica y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?</p> <p>c) ¿Cuál es la relación entre Violencia física y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre Violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a) Describir la relación entre Violencia física y depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p>b) Determinar la relación entre Violencia psicológica y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p>c) Describir la relación entre Violencia física y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia,</p>	<p><b>HIPÓTESIS PRINCIPAL</b></p> <p>Existe relación positiva entre Violencia y depresión en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>a) Existe relación positiva entre Violencia física y depresión normal en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p>b) Existe relación positiva entre Violencia psicológica y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p>c) Existe relación positiva entre Violencia física y depresión severa en adultos mayores en tiempos de</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>El tipo de investigación es de enfoque descriptivo – correlacional, donde la Investigación cuantitativa, se enfoca esencialmente en los aspectos susceptibles de medición de los fenómenos académicos que emplea la metodología empírico-analítica y se asiste de pruebas estadísticas para el estudio de datos.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>La investigación abordada es de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo-correlacional, teniendo en cuenta que las variables de estudio violencia asociada a la depresión han permitido ser definidas conceptual y operacionalmente en las hipótesis y que los datos permiten un tratamiento estadístico</p>	<p><b>VARIABLES:</b></p> <p><b>V1: Violencia</b></p> <p><b>DIMENSIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Físico</li> <li>Psicológico</li> </ul> <p><b>VARIABLES:</b></p> <p><b>V2: Depresión</b></p> <p><b>DIMENSIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Depresión normal</li> <li>Depresión moderada</li> <li>Depresión severa</li> </ul>	<p><b>1. POBLACIÓN Y MUESTRA</b></p> <p>La población o universo es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Siendo de 134 la población adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p>La muestra será de 100 adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p> <p><b>2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>La Técnica a utilizar será la Encuesta para datos personales, la escala Depresión de Yesavage y el Cuestionario de Violencia de Acevedo en los adultos mayores de la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar; será aplicado a los (100) adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar 2020.</p> <p><b>PROCESAMIENTO DE LOS DATOS</b></p> <p>Una vez recolectada la información se procederá a</p>



<p>la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020? d) ¿Cuál es la relación entre Violencia psicológica y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?</p> <p>e) Cuál es la relación entre Violencia física y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020?</p>	<p>en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. d) Determinar la relación entre Violencia psicológica y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. e) Describir la relación entre Violencia física y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p>	<p>pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. d) Existe relación positiva entre Violencia psicológica y depresión severa en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020. e) Existe relación positiva entre Violencia física y depresión moderada en adultos mayores en tiempos de pandemia, en la Micro Red Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, 2020.</p>	<p>de las variables violencia y depresión.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN El diseño será no experimental se puede definir al diseño no experimental como aquel que se realiza sin manejar a propósito las variables. En otras palabras, se trata de no hacer variar en manera intencional tales variables independientes para ver su repercusión sobre otras variables.</p> <p>El diseño se representa con el diagrama:</p>  <p>Dónde: M: representa la muestra seleccionada de 134 adultos mayores. V1: Violencia V2: Depresión r: Es el coeficiente de correlación entre las observaciones de V1 y V2.</p>		<p>codificarla para un mejor orden y control con la finalidad de procesarlas, utilizando el paquete Estadístico SPSS Versión 23.0 para obtener una base de datos.</p> <p>CONSIDERACIONES ÉTICAS Los criterios éticos a tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El respeto y la privacidad: La persona con embarazo adolescente tiene derecho a ser informada para tomar su decisión en participar y se mantiene en todas las etapas de la investigación.</li> <li>• Consentimiento informado: Documento que establece que la persona participe voluntariamente y conozca sus derechos.</li> <li>• El anonimato: Se reserva la identificación de los participantes,</li> <li>• Principio de justicia: Todos los participantes tendrán oportunidad de participar con un trato justo, sin importar la edad, educación o estado socioeconómico,</li> </ul>
---	---	--	---	--	--

## Anexo 2: Matriz de operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA ÍNDICE VALOR RIZACIÓN
Violencia	Es considerada un problema de Salud Pública que está presente en distintos ámbitos de desarrollo del ser humano; e incluso se percibe como parte de la condición humana.	Se manifiesta cuando Hablamos de imposición, es hablar de las agresiones físicas, psicológicas, sexuales, malos tratos o cualquier tipo de agresiones que se dan en personas que comparten el mismo lugar.	Violencia física  Violencia psicológica	Pegarles o manosearlos violentamente, causar dolor, lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad.  Discriminar por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causan dolor</li> <li>• Restringen la libertad</li> <li>• Proferían insultos</li> <li>• Formulan acusaciones</li> </ul>	No 2 Si 1
Depresión	Es un sentimiento caracterizado por tristeza, disminución de interés o por las actividades que abarca un tiempo o intensidad considerable para interferir con la vida diaria.	Se comprende cuando puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.	Depresión normal  Depresión moderada  Depresión severa	Se trata de un tipo de depresión muy frecuente. Una depresión leve es una depresión que puede afectar a cualquiera.  Aunque puede que se trate del tipo de depresión menos conocida, con frecuencia nos encontremos casos con este tipo de depresión.  Los síntomas de la depresión se van a manifestar en repetidas ocasiones. Este tipo de depresión forma parte de los diferentes tipos de depresión existentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es frecuente</li> <li>• Afecta a cualquiera</li> <li>• Menos conocida</li> <li>• Encuentro de casos</li> <li>• Ocasiones repetidas</li> <li>• Forma diferentes tipos</li> </ul>	SI 2 NO 1

### Anexo 3: Instrumentos

#### ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE

Marque la alternativa que crea conveniente SI - NO.

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SÍ	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ	NO
¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ	NO
¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ	NO
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ	NO
¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ	NO
¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ	NO

## CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE ACEVEDO

Marcar la alternativa correspondiente: SI-NO

Violencia Física 2

Violencia Psicológica 1

### I. Datos Generales:

1. Edad:

2. Sexo: (F) (M)

3. Estado civil:

a. Soltera/o

b. Conviviente

c. Casada/o

d. Separada/o

e. Viuda/o

### II. Situación Socioeconómica:

#### SALUD

1. Tiene un nivel de funcionalidad: Dependiente

a. Si b. No

2. ¿Usted presenta alguna enfermedad crónica?

a. Si b. No

3. ¿Tiene enfermedad crónica?

a. Si b. No Mencionala .....

4. ¿Se encuentra en control?

a. Si b. No

#### VIVIENDA

5. ¿La vivienda que usted habita es?

Es Propia

a. Si b. No

#### EDUCACIÓN

6. Grado de Instrucción:

Posee Secundaria completa

a. Si b. No

#### PARTICIPACIÓN SOCIAL

7. ¿Usted participa en alguna organización?

a. Sí b. No

8. ¿Usted en alguna organización/es?

a. Sí b. No

#### ECONÓMICO

9. ¿Desarrolla alguna actividad?

a. Sí b. No (marcar alternativa también)

a. Trabajo remunerado

c. Jubilado/a

b. Labores domésticas

d. Otras

10. Sus ingresos provienen de alguna actividad:

- a. Sí                      b. No      (marcar alternativa también)
- |                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| a. Trabajo           | e. Apoyo de familiares            |
| b. Pensión por vejez | f. Ayuda de terceros              |
| c. Pensión de viudez | g. No cuenta con ingresos propios |
| d. Pensión y trabajo | h. Otros ¿Cuáles? _____           |

**11. El monto de su ingreso mensual alto o bajo:**

- a. Sí                      b. No

**III. Situación Familiar:**

**12. ¿Es jefe de hogar?**

- a. Sí                      b. No

**13. ¿Tiene hijos vivos, en la actualidad?**

- a. Sí                      b. No

**14. ¿Vive con alguien en el hogar?**

- a. Sí                      b. No

Ponga cantidad.....

**15. ¿Vive con alguien?**

- a. Sí                      b. No      (marcar alternativa también)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| a. Sola/o      | e. Nietos/as   |
| b. Cónyuge     | f. Nuera/yerno |
| c. Padre/madre | g. Hermana/o   |
| d. Hijos/as    |                |

**16. ¿Cómo califica usted la relación con sus familiares?**

- a. Buena (si)                      b. Mala (No)

**17. ¿Cómo es la comunicación con los miembros de su familia?**

- a. Buena (si)                      b. Mala (No)      (Responder preguntas alternas)
- a. Se expresa de manera clara y directa los sentimientos, ideas y opiniones; sin amenazas ni manipulación, respetando a los demás. \_\_\_\_\_
- b. No se expresan los sentimientos y pensamientos o se expresan de una manera inadecuada; sin confianza y con temor. \_\_\_\_\_
- c. Se expresan las ideas y pensamientos pero sin respetar a los demás, emitiendo insultos, comentarios en forma de burla y sin tener en cuenta las opiniones y derechos de los demás. \_\_\_\_\_

**18. ¿Considera usted que tiene mayor autoridad o toma de decisiones en su familia?**

- a. Sí                      b. No      (marcar alternativa también)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| a. Usted    | d. Nietos/as |
| b. Cónyuge  | e. Otros:    |
| c. Hijos/as |              |

**19. En una palabra ¿cómo describiría su ambiente familiar?**

- a. Buena (si)                      b. Mala (No)      (marcar alternativa también)

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| a. Alegre/animoso    | c. Tenso/estresante |
| b. Calmado/tranquilo | d. Otros:           |





## Anexo 4: Validación del instrumento

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS VARIABLE 1: VIOLENCIA

#### CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE ACEVEDO

Dimensiones-Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	1		2		3		
<b>Situación Socioeconómica:</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
<b>Salud</b>							
1. Tiene un nivel de funcionalidad	/		/		/		
2. ¿Usted presenta alguna enfermedad crónica?	/		/		/		
3. ¿Tiene enfermedad crónica?	/		/		/		
4. ¿Se encuentra en control?	/		/		/		
<b>Situación Socioeconómica:</b>							
<b>Vivienda</b>							
5. ¿La vivienda que usted habita es?	/		/		/		
<b>Situación Socioeconómica:</b>							
<b>educación</b>							
6. Grado de Instrucción	/		/		/		
<b>Participación Social</b>							
7. ¿Usted participa en alguna organización?	/		/		/		
8. ¿Usted en alguna organización/es?	/		/		/		
<b>Económico</b>							
9. ¿Desarrolla alguna actividad?	/		/		/		
10. Sus ingresos provienen de alguna actividad:	/		/		/		
11. El monto de su ingreso mensual alto o bajo:	/		/		/		
<b>Situación Familiar</b>							
12. ¿Es jefe de hogar?	/		/		/		
13. ¿Tiene hijos vivos, en la actualidad?	/		/		/		
14. ¿Vive con alguien en el hogar?	/		/		/		
15. ¿Vive con alguien?	/		/		/		



16. ¿Cómo califica usted la relación con sus familiares?	/		/		/		
17. ¿Cómo es la comunicación con los miembros de su familia?	/		/		/		
18. ¿Considera usted que tiene mayor autoridad o toma de decisiones en su familia?	/		/		/		
19. En una palabra ¿cómo describiría su ambiente familiar?	/		/		/		
20. ¿Cree usted que es bien tratado(a) en su familia?	/		/		/		
21. Ha recibido en su familia buen trato:	/		/		/		
22. En algún momento se ha sentido agredido:	/		/		/		
23. ¿Ha vivido alguna práctica negativa en su familia?	/		/		/		
24. ¿Le ha ocurrido situaciones en su hogar?	/		/		/		
25. ¿Tuvo motivos por los que perdió el control de su propiedad?	/		/		/		
26. ¿Controlan sus ingresos?	/		/		/		
27. Considera usted que hay motivos e indicadores negativos en su familia	/		/		/		
28. ¿Con frecuencia ha recibido malos tratos?	/		/		/		
29. ¿Tiene relación de parentesco con la persona de la que recibió este mal trato?	/		/		/		
30. ¿Alguien ha tenido conocimiento de lo sucedido?	/		/		/		
31. ¿Se ha sentido mal viviendo estas experiencias?	/		/		/		

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS  
VARIABLE 2: DEPRESIÓN  
ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE**

Dimensiones-Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	1		2		3		
Estado	Si	No	Si	No	Si	No	
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	/		/		/		
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	/		/		/		
3. ¿Siente que su vida está vacía?	/		/		/		
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	/		/		/		
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	/		/		/		
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	/		/		/		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	/		/		/		
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	/		/		/		
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	/		/		/		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	/		/		/		
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	/		/		/		
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	/		/		/		
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	/		/		/		
14. ¿Se siente lleno de energía?	/		/		/		
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg:

Mg. Psi. Figueroa Prado Christian Wilfredo

DNI : 08154736

Especialidad del validador: Psicólogo Educativo

03 de Junio del 2020

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

\*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

\*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Validador

Christian Wilfredo Figueroa Prado  
Mg. Psi. Nº 24026

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS  
VARIABLE 1: VIOLENCIA**

**CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE ACEVEDO**

Dimensiones-Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
	1		2		3		
	Si	No	Si	No	Si	No	
<b>Situación Socioeconómica: Salud</b>							
1. Tiene un nivel de funcionalidad	X		X		X		
2. ¿Usted presenta alguna enfermedad crónica?	X		X		X		
3. ¿Tiene enfermedad crónica?	X		X		X		
4. ¿Se encuentra en control?	X		X		X		
<b>Situación Socioeconómica: Vivienda</b>							
5. ¿La vivienda que usted habita es?	X		X		X		
<b>Situación Socioeconómica: educación</b>							
6. Grado de Instrucción	X		X		X		
<b>Participación Social</b>							
7. ¿Usted participa en alguna organización?	X		X		X		
8. ¿Usted en alguna organización/es?	X		X		X		
<b>Económico</b>							
9. ¿Desarrolla alguna actividad?	X		X		X		
10. Sus ingresos provienen de alguna actividad:	X		X		X		
11. El monto de su ingreso mensual alto o bajo:	X		X		X		
<b>Situación Familiar</b>							
12. ¿Es jefe de hogar?	X		X		X		
13. ¿Tiene hijos vivos, en la actualidad?	X		X		X		
14. ¿Vive con alguien en el hogar?	X		X		X		
15. ¿Vive con alguien?	X		X		X		



16. ¿Cómo califica usted la relación con sus familiares?	X		X		X		
17. ¿Cómo es la comunicación con los miembros de su familia?	X		X		X		
18. ¿Considera usted que tiene mayor autoridad o toma de decisiones en su familia?	X		X		X		
19. En una palabra ¿cómo describiría su ambiente familiar?	X		X		X		
20. ¿Cree usted que es bien tratado(a) en su familia?	X		X		X		
21. Ha recibido en su familia buen trato:	X		X		X		
22. En algún momento se ha sentido agredido:	X		X		X		
23. ¿Ha vivido alguna práctica negativa en su familia?	X		X		X		
24. ¿Le ha ocurrido situaciones en su hogar?	X		X		X		
25. ¿Tuvo motivos por los que perdió el control de su propiedad?	X		X		X		
26. ¿Controlan sus ingresos?	X		X		X		
27. Considera usted que hay motivos e indicadores negativos en su familia	X		X		X		
28. ¿Con frecuencia ha recibido malos tratos?	X		X		X		
29. ¿Tiene relación de parentesco con la persona de la que recibió este mal trato?	X		X		X		
30. ¿Alguien ha tenido conocimiento de lo sucedido?	X		X		X		
31. ¿Se ha sentido mal viviendo estas experiencias?	X		X		X		

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS**  
**VARIABLE 2: DEPRESIÓN**  
**ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE**

Dimensiones-Ítems	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
	Si	No	Si	No	Si	No	
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	X		X		X		
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	X		X		X		
3. ¿Siente que su vida está vacía?	X		X		X		
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	X		X		X		
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	X		X		X		
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	X		X		X		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	X		X		X		
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	X		X		X		
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	X		X		X		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	X		X		X		
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	X		X		X		
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	X		X		X		
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	X		X		X		
14. ¿Se siente lleno de energía?	X		X		X		
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

Dr. Psi. Aponte Urdaniga Arturo Italo

DNI : 09463178

Especialidad del validador: Psicólogo Clínico

04 de Junio del 20 20

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Validador

ARTURO I. APONTE URDANIGA  
PSICOLOGO  
C. Pa. P. 0088



## Anexo 5: Matriz de datos

Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Pértidos	Columnas	Alineación	Medida	Usa
Identidad	Númérico	8	0	Sujeto	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
V1	Númérico	8	0	Violencia	{1, Violenci	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
V2	Númérico	8	0	Depresión	{1, Depresió	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
Dimensión...	Númérico	8	0	Violencia psicol	{1, Profesion	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensión...	Númérico	8	0	Violencia física	{1, Causan	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensión...	Númérico	8	0	Depresión normal	{1, Es frecu	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensión...	Númérico	8	0	Depresión mod	{1, Menos c	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Dimensión...	Númérico	8	0	Depresión severa	{1, Ocasion	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	Tiene un nivel d	{1, Si}	Ninguna	9	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_2...	Númérico	8	0	¿Usted present	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_3...	Númérico	8	0	¿Tiene enferme	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_4...	Númérico	8	0	¿Se encuentra	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_5...	Númérico	8	0	¿La vivienda qu	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_6...	Númérico	8	0	Posee Secund	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_7...	Númérico	8	0	¿Usted particip	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_8...	Númérico	8	0	¿Usted en algu	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_9...	Númérico	8	0	¿Desarrolla alg	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	Sus ingresos pr	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	El monto de su	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	¿Es jefe de hog	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	¿Tiene hijos viv	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	¿Vive con algu	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	¿Vive con algu	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	¿Cómo califica	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	¿Cómo es la c	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
Pregunta_1...	Númérico	8	0	¿Considera ust	{1, Si}	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de variables



	Identidad	V1	V2	Dimensi nviolenci psicológic	Dimensi nviolencia física 1 a	Dimensi ndepresió nnormal	Dimensi ndepresió nmoderad	Dimensi ndepresió nsevera 2	Pregunta 1 a a	Pregunta 2 a vol encia a	Pregunta 3 a vol encia a	Pregunta 4 a vol encia a	Pregunta 5 a vol encia a
1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
3	3	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
4	4	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
5	5	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1
6	6	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
7	7	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	8	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
9	9	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
10	10	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2
11	11	1	3	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1
12	12	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1
13	13	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
14	14	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
15	15	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1
16	16	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
17	17	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2
18	18	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
19	19	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
20	20	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
21	21	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	22	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
23	23	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2

## Anexo 6: Propuesta de valor

### Propuesta para violencia:

1. **Informarse del tema:** No asuma que conoce el tema. La mayoría de nosotros no somos conscientes de los aspectos importantes de la violencia. Al estudiar y conocer los aspectos que generan violencia, se pueden identificar patrones para prevenir situaciones de riesgo.
2. **Genera y fomenta un ámbito de respeto:** Trate a los demás como queremos ser. Aprendemos que, a través del respeto y el diálogo de perdón, podemos encontrar una base común para resolver problemas.
3. **La violencia no se debe aceptar bajo ninguna circunstancia:** Pellizcar, tirar o golpear el brazo siempre es algo que debe evitar. La aceptación de la situación resultó ser el inicio del proceso de "normalización de la situación". En otras palabras, creo que no está mal y estoy acostumbrado al ataque.
4. **Siempre expresa tu postura:** La violencia psicológica se puede disfrazar de muchas formas y es más común de lo que piensas. En muchos casos, no quieren causar problemas o temer que su pareja se vaya, sino que optan por ser sumisos. Al pensar de manera diferente, es importante hablar con firmeza, respeto y claridad.

### Propuesta de valor depresión:

1. **Equilibra tus obligaciones con actividades de las que disfrutas (como relajarte o pasar tiempo con tus amigos).** Todo es cuestión de equilibrio: todo es responsabilidades y trabajo y nada de distracciones eso estaría perjudicando tu salud, pero si tu horario está tan lleno de actividades, que no te queda tiempo para hacer los deberes, eso también te estresará y llegarás hasta la depresión.
2. **Organiza tus obligaciones.** Utiliza un calendario o aplicación de planificación para registrar tus deberes como parte de tus tareas domésticas, tus prácticas y otras obligaciones. Por descontado, planificar no sirve de nada si no haces lo que planificas: controlar el estrés de ayudar a que llegues al límite de la depresión, también significa ocupar tu tiempo con regularidad, mantenerte al día en tus tareas propuestas y superar la tendencia a dejarlo

todo para después. Tómate tu tiempo para reflexionar un poco cada día sobre cómo te están yendo las cosas. ¿En qué necesitas trabajar? ¿Lo haces? ¿Dispones de tiempo para hacerlo?

3. **Come alimentos saludables.** Lo que comes afecta a tu estado de ánimo, a tu nivel de energía y de estrés. Comer de forma saludable no significa evitar todos los manjares; sino dar importancia al equilibrio de nuevo para no llegar a la depresión.
4. **Duerme bien.** Debemos focalizar porque es fácil dejar que los deberes, hablar con los amigos o un exceso de televisión se interpongan en el tiempo que pasas durmiendo, por mucho que te guste dormir.
5. **Dedica tiempo a hacer ejercicio cada día.** Es difícil estar ansioso mientras haces respiraciones profundas al correr o realizar algún tipo de ejercicio que te ayude a relajarte.