



**FACULTAD DE HUMANIDADES**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“Depresión y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores  
Violentados de la Ciudad de Trujillo”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**AUTORES:**

Sanchez Bacilio, Rosa

Shica Cabrera, Antonieta

**ASESORES:**

Dra. Haydee Mercedes Aguilar

Dr. José Rodríguez Julca

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Violencia

**PERÚ - 2019**



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE  
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL  
UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02  
Versión : 09  
Fecha : 23-03-2018  
Página : 1 de 1

Yo ROSA ELVIRA SANCHEZ BACILLO....., identificado con DNI N° 44751307,  
egresado de la Escuela Profesional de PSICOLOGIA..... de la  
Universidad César Vallejo, autorizo () , No autorizo ( ) la divulgación y  
comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado  
"DEPRESION Y ANSIEDAD ANTE LA HUERTE EN ADULTOS MAYORES VIOLENTADOS DE  
LA CIUDAD DE TRUJILLO....."; en el Repositorio Institucional de la UCV  
(<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822,  
Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

  
FIRMA

DNI: 44751307.....

FECHA: 11 de Febrero del 2019.

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---------------------------------------------------------------------------------	--------	-----------

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE          TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL          UCV</b>	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Yo Antonieta Elvia Shica Cabrera, identificado con DNI N° 70001428,  
 egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la  
 Universidad César Vallejo, autorizo (  ) , No autorizo ( ) la divulgación y  
 comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado  
"Depresión y ansiedad ante la muerte en adultos Mayores viuentados  
de la ciudad de Trujillo."; en el Repositorio Institucional de la UCV  
 (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822,  
 Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

DNI: 70001428

FECHA: 11 de Febrero del 2019.

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---------------------------------------------------------------------------------	--------	-----------

## PÁGINA DEL JURADO



Dra. Mercedes Aguilar Armas



Mg. Lilia Zagarra Pereda



Mg. Tomás Caycho Rodríguez

## DEDICATORIA

*A mis abuelos, Elvia Huaripata Mori y Segundo César Cabrera Calderón por creer en mí, por su inmenso amor brindado cada día, por apoyarme en todos los proyectos que inicié y por haberme forjado como la persona que en la actualidad soy, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos con su ejemplo de vida. Gracias por ser los padres que necesite, los estoy amando.*

*Antonieta Shica Cabrera*

*A mis padres, Andrea Bacilio Varas y Segundo Sanchez Rodríguez por su apoyo incondicional en todo momento de mi vida, por inculcarme los valores que me ayudaron a ser mejor persona y me enseñaron a luchar día a día para conseguir mis objetivos. Gracias por no limitar mis locuras y ser felices con mis logros.*

*Sanchez Bacilio Rosa*

*A mi tía, Pilar Cabrera Huaripata, que a lo largo de este periodo me brindó su apoyo emocional para lograr superar las dificultades presentadas durante los últimos años.*

*Antonieta Shica Cabrera*

*A Robert Olivares Ravello, quien fue mi soporte emocional en todo momento. Gracias por confiar en mí y apoyarme sin juzgar.*

*Sanchez Bacilio Rosa*

## **AGRADECIMIENTOS**

A las autoridades de los diversos Centros del Adulto Mayor de la Ciudad de Trujillo por brindarnos las facilidades, su apoyo y comprensión al momento de realizar la investigación.

A la Dra. Haydee Mercedes Aguilar Armas por compartir sus conocimientos, guiarnos y apoyarnos durante todo el proceso de la investigación hasta culminar, gracias por siempre resolver nuestras dudas y calmar nuestra ansiedad.

A los miembros de mi familia de sangre como de corazón, por creer en mis capacidades y ser una fuente de apoyo constante durante todo este año.

Al Sr Gilmer Calderón por el apoyo en horarios y tiempos de trabajo durante los años de mi carrera. Gracias por tanta paciencia y comprensión.

**Las autoras**

## **DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD**

Yo Rosa Elvira Sanchez Bacilio con DNI 44751307, correspondientemente, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en la investigación de tesis de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaramos bajo juramento que toda la documentación que acompaña es veraz y auténtica.

Así mismo, declaraos también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, febrero del 2019

**Rosa Elvira Sanchez Bacilio**  
**DNI 44751307**

## **DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD**

Yo Antonieta Elvia Shica Cabrera con DNI 70001428, correspondientemente, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en la investigación de tesis de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaramos bajo juramento que toda la documentación que acompaña es veraz y auténtica.

Así mismo, declaraos también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, febrero del 2019

**Antonieta Elvia Shica Cabrera**  
**DNI 70001428**



## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado, presentamos ante ustedes la Tesis titulada Depresión y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Violentados de la Ciudad de Trujillo, con la finalidad de determinar la relación entre la depresión y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores, los cuales hayan sufrido algún tipo de violencia significativa en su vida, de los diversos Centros del Adulto Mayor. En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Título Profesional de Licenciatura en Psicología. Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Rosa Elvira Sanchez Bacilio

DNI 44751307

Antonieta Elvia Shica Cabrera

DNI 70001428

## ÍNDICE

<b>PÁGINA DEL JURADO</b> .....	i
<b>DEDICATORIA</b> .....	v
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	vi
<b>DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD</b> .....	vii
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	ix
<b>RESUMEN</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>II. MÉTODO</b> .....	30
<b>III. RESULTADOS</b> .....	38
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	40
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	44
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	44
<b>REFERENCIAS:</b> .....	46
<b>ANEXOS:</b> .....	51

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo. El diseño de la investigación fue de tipo correlacional. Se utilizó una muestra de 302 adultos mayores de ambos géneros y de un rango de edad entre 60 años a más los cuales en algún momento de su vida hayan sufrido algún tipo de violencia que repercutió en su vida de manera significativa. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS) y la Escala de Depresión geriátrica (GDS), además de un tamizaje para descartar violencia. Los resultados se obtuvieron a partir del coeficiente de correlación de Pearson, el valor encontrado fue de  $r = .65$  entre la variable de depresión geriátrica y ansiedad ante la muerte. De igual manera, sobre las dimensiones específicas: miedo a la agonía, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte, la depresión reportó un grado de correlación grande en sentido directo  $r > .50$ . Debido a esto se concluyó que existe un grado de correlación grande y en sentido directo ( $r = .65$ , IC [.58 - .71]).

Palabras clave: Depresión, Ansiedad ante la muerte, adultos mayores violentados

### **ABSTRACT**

The objective of the present investigation was determining the relationship between depression and death anxiety in violent elderly people in the city of Trujillo. The research design was correlated. The sample consists of 302 older adults of both genders and in an age range between 60 years and over that in a time in their life suffered some kind of violence. The instruments applied were the Death Anxiety Scale (DAS) and the Geriatric Depression Scale (GDS), in addition, a screening to rule out violence. The results were obtained from the Pearson correlation coefficient, the found value was  $r = .65$  between the variable of geriatric depression and death anxiety. Similarly, on the specific dimensions: fear of agony, fear of life end, fear of death, the depression reported a correlation in the direct sense  $r > .50$ . In conclusion, this research found a big degree of correlation and in a direct sense ( $r = .65$ , IC [.58 - .71]).

Keywords: Depression, Death Anxiety, older adults that suffered violence.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad Problemática:**

Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2015) la población adulta mayor, que está conformada por personas desde los 60 a más, es mayor a tres millones once mil cincuenta personas que estarían representando al 9,7% de la población. De la cantidad nombrada, un millón seiscientos mil setenta y seis son del sexo femenino (53,3%) y un millón cuatrocientos cuatro mil novecientos setenta y cuatro son del sexo masculino (46,6%). Estos porcentajes afirman que, tanto en el Perú, como a nivel mundial, se está dando el fenómeno feminización del envejecimiento, que es la confirmación que indican que las mujeres sobreviven más años que los hombres, conforme avanza la edad. Este sumario de feminidad, demuestra que existe 114 personas del sexo femenino por cada 100 personas del sexo masculino y que 141 en la población del sexo femenino de 80 y más años.

En el Centro del Adulto Mayor de Trujillo, según la entrevista personal tanto con la trabajadora social Custodio (comunicación personal, 30 de mayo, 2018) como con la directora se nos informó que la población general de todos los CAM está conformada por 4030 inscritos hasta la actualidad, de los cuales solo un aproximado de 150 adultos mayores asisten diariamente y hacen uso constante de los servicios y actividades que se ofrecen. Así también, en el CAM de La Esperanza cuenta con una población de 80, el CAM de Víctor Larco cuentan con 70, el CAM Laredo y El Porvenir cuentan con 50 adultos mayores, los cuales asisten con regularidad. Entre las características psicológicas de la población se han observado casos de signos de depresión y además de la existencia de cuadros clínicos visibles, ansiedad, problemas de pareja, así como también han sido víctimas de violencia en algún momento durante el transcurso de su vida por parte de familiares, pareja u otros, no se brindó porcentajes aproximados, ya que no cuenta con un informe; sin embargo, en el centro una vez diagnosticados, han proporcionado actividades que mejoren su bienestar emocional y eviten que estas situaciones sean impedimentos para que ejecuten con normalidad sus actividades acostumbradas.

Los adultos mayores cambian a nivel biológico pues su salud se deteriora, en cuanto a los cambios a nivel psicológico existe una disminución cognitiva y por último, en lo que respecta al nivel social está reflejado por la pérdida de actividades que realizaban en su entorno; siendo en muchos casos la familia el único apoyo que reciben y si existe falencias dentro de este, su calidad de vida se vería afectada (Buitrago y Crodon, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2013), afirma que la depresión ha ido acrecentándose y se ha convertido en un trastorno mental frecuente, caracterizándose por tristeza abundante, pérdida de interés y falta de placer al realizar sus actividades, autoestima baja, culpabilidad, disminución del sueño y del apetito, escasa concentración y cansancio. Este trastorno podría hacerse crónico y dificultar el afrontamiento de la vida diaria, siendo su consecuencia más grave el suicidio.

Así también, en un estudio se menciona que las depresiones subyacentes en los adultos mayores se han identificado y tratado por profesionales de la salud, estos reconocen que los síntomas depresivos que pueda presentar pasan por alto fácilmente. A su vez, indican que estos se dan por efectos secundarios de alguna medicación que este consumiendo o una enfermedad física relacionada. Si se da el diagnóstico de depresión, los medicamentos y psicoterapia ayudaran a que la persona que sufre de depresión incremente la confianza para tener una vida satisfactoria (Monterroso, 2012).

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009) menciona que el trastorno de ansiedad se caracteriza por el miedo o la incertidumbre irracional y excesiva, esto dura por lo menos seis meses y pueden empeorar si es que no reciben tratamiento.

En la población del adulto mayor donde existe trastorno de ansiedad oscila entre el 6% al 10%, menor a la prevalencia estimada en adultos más jóvenes, es decir que es una causa importante de discapacidad. Es muy frecuente que la depresión y la ansiedad se presenten juntos pues alrededor del 13 % de adultos mayores que presentan ansiedad también presentan depresión, y el 36 % de los adultos mayores con depresión tiene trastorno de ansiedad relacionada (OMS, 2015).

Según Vega (2015) en su investigación denominada “Percepción del adulto mayor respecto a la muerte en el asilo de ancianos hermanas de la caridad de san José de Chiclayo” menciona que la percepción que tiene el adulto mayor ante la muerte es medianamente desfavorable en un 57.7 %, mientras que el 36,5 % tiene una percepción medianamente favorable y solo el 5,8 % tiene una percepción desfavorable. Lo que da a denotar que el adulto mayor, tiene una mala aceptación de la muerte. Además, se encuentra que existe variación dependiendo de la frecuencia y el tipo de visita que estos reciban.

Caycho, Barboza y Carranza (2018) realizaron un estudio denominado “Prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores peruanos no institucionalizados” el que se llevó a cabo con una población de 236 adultos mayores de los Centros de Adulto Mayor de Lima.

Mencionan que existen diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes entre varones y mujeres, a favor de los primeros; así también, se encontró que el factor familiar contribuye a disminuir el riesgo de desarrollar síntomas depresivos, lo cual se ve claramente al comparar los puntajes entre los adultos mayores no institucionalizados, que en su mayoría viven acompañados, y los institucionalizados, que generalmente viven sin compañía de sus familiares.

Así también la ansiedad ante la muerte, suele ser un tema al que no se le da importancia dentro de la sociedad esto puede deberse al pensamiento errado de que debido a su edad avanzada son propensos a vivir episodios que son tomados como propios para su edad (Graus, 2016).

Domínguez, López y Blanco (2017) mencionan que los adultos mayores tienen relaciones interpersonales grandes y dependerá de estas para favorecer o poner en riesgo la ansiedad ante la muerte. Se asocia el miedo al dolor que produce tener alguna enfermedad como fuente principal de la ansiedad ante la muerte.

Los adultos mayores, están expuestos a diversas situaciones que los predisponen a sufrir dificultades emocionales como las antes mencionadas, que influyen en su calidad de vida, entre ellas podemos encontrar aquellos que sufren algún tipo de violencia, el cual es un fuerte predisponente.

En Buenos Aires, diariamente se reciben 10 denuncias a adultos mayores, de las cuales, 10% corresponde a maltrato físico, 21% a maltrato psicológico, el 14% reciben cuidados negligentes, 10% son por abuso financiero y más del 18% son abandonado o bien solos, es decir no cuentan con redes de apoyo primarias, exponiéndolos a diversas situaciones que ponen en riesgo su integridad. Lo que más llama la atención de este reportaje es que un aproximado del 90% de violencia se da en el entorno más cercano ya sea por parte de sus hijos, nietos o personas de confianza (Jara, 3 de Julio de 2013).

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015) en su informe de “Maltrato a las Personas Adultas Mayores” reportó que se atendieron alrededor de 1 663 casos de adultos mayores en los CEM, denuncias de las cuales el 37% fue por violencia física, 60% por violencia psicológica, abandono y negligencia, el 3% restante es por violencia sexual. Así también mencionan que los principales agresores son los hijos y/o la pareja actual del adulto mayor.

De tal manera que existe una relación entre la depresión y la ansiedad frente a la muerte debido a que el adulto mayor cuando pierde el interés por realizar las actividades que antes disfrutaba,

se siente insatisfecho con su vida y en sus estados de ánimos predominante, se encuentra fluctuando entre la tristeza y/o cólera, esto sumado al sentimiento de abandono o maltrato físico o psicológico al que están expuestos, genera en ellos ansiedad por la preocupación constante del miedo a la agonía o enfermedad y al reconocer que su ciclo de vida está por terminar. Esto coincide con Martínez, Alonso y Calvo (2001) los cuales mencionan que la ansiedad ante la muerte se presenta acrecentada en adultos mayores. Refiere que entre mayores sean los niveles de depresión existe una mayor predisposición a presentar niveles significativos de ansiedad ante la muerte, es por eso que se llegó a la conclusión, que la intervención psicológica sería principalmente a combatir o reducir los niveles de depresión por consecuente disminuirá la ansiedad ante la muerte. Por ellos la importancia de realizar este estudio y asociar estas variables.

## **1.2.Trabajos Previos:**

### **Internacionales:**

Rodríguez, Cruz y Pérez (2014) realizaron una investigación denominada “Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas” el cuál fue realizado en una población de 103 con personas de 62 a 99 años de edad, los cuales 31 eran del sexo masculino y 72 del sexo femenino, quienes viven en instituciones situadas en una comunidad de Madrid. Para ello se utilizaron seis instrumentos, los cuales fueron, la entrevista sociodemográfica, para recoger datos generales; el índice Barthel, que mide la dependencia en la realización de actividades diarias; el Cuestionario Corto del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ); el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI-R), la Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS) de Templer; la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage y el Cuestionario de Satisfacción con la Vida (CVS). Es así que, mediante los resultados arrojados indican que existe relación entre el nivel de dependencia y el bienestar emocional, se observó que entre mayores sean los niveles de dependencia al momento de realizar actividades de la vida diaria, mayor será la sintomatología ansiosa (.64) y depresiva (.002), disminuye la satisfacción de vida y es mayor la ansiedad ante la muerte (.012). Es decir, que la satisfacción con la vida (CSV) se correlaciona negativamente con los niveles de depresión (GDS) y de ansiedad (STAI-R), además los niveles de depresión y ansiedad presentan una correlación positiva y, mencionar que, según los investigadores, los problemas tanto físicos como psicológicos son predictivos de mayores niveles de ansiedad ante la muerte.



Godishala y Swathi (2014) realizaron una investigación denominada “Ansiedad ante la muerte, depresión ante la muerte, depresión geriátrica e ideación suicida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados” el cual fue realizado con una población de 40 adultos mayores que estaban institucionalizados y 40 adultos mayores que vivían con sus familias, es decir un total de 80 adultos mayores de edades que oscilan entre 60 y 80 años de la ciudad de Warangal en la India. Para ello, se utilizaron 4 instrumentos los cuales fueron la Escala de Ansiedad Ante la Muerte, la Escala de Depresión ante la muerte, la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala Modificada de Ideación Suicida. Es así que los resultados obtenidos de la investigación arrojaron que existe una correlación entre la depresión geriátrica y la ansiedad ante la muerte (0.366) la cual es altamente significativa y es en sentido directo.

Rodríguez (2017) realizó un estudio denominado “Dependencia y bienestar en ancianos institucionalizados: Propuesta de un programa de intervención” el cuál fue realizado con una población de 132 personas, de los cuales 39 pertenecían al sexo masculino y 93 al femenino, de 65 años en adelante, y los cuales vivían en residencias para adultos mayores de Granada en España. Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos, un Cuestionario socio demográfico, para obtener datos generales; el Índice de Barthel, para medir el nivel de dependencia para realizar actividades diarias; el Cuestionario del estado mental de Pfeiffer (SPMSQ); el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI); la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (DAS); la Escala de depresión de Yesavage, el Cuestionario de Satisfacción la vida (CSV); la Escala Geriátrica multidimensional de Filadelfia (PGCMS), el Cuestionario de apoyo social de DUKE-UNC y finalmente el Cuestionario de Salud SF-36. Es así que los resultados obtenidos del estudio arrojaron que la dependencia, tiene un efecto negativo sobre el bienestar, es decir confirma que los mayores niveles de dependencia corresponden a una mayor sintomatología depresiva (.003) y de ansiedad ante la muerte (.014), un deterioro en la movilidad y el mantenimiento del autocuidado, una percepción deficiente de calidad de vida que se relaciona con la salud física y una peor actitud hacia el propio envejecimiento (.076). Además, se encontró que en relación a la variable ansiedad ante la muerte, en su factor cognitivo - afectivo (DAS – F1) las diferencias se encuentran entre los grupos independiente – dependiente severo – total ( $p=.009$ ). Estos datos indican que las personas con mayor nivel de dependencia tienen .005n mayor afectación cognitivo – afectiva ante la muerte. Esto es similar a lo que pasa con el factor miedo al dolor o enfermedad (DAS – F2) las diferencias se explican por las comparaciones entre los grupos independiente – dependiente moderado ( $p=.005$ ), lo que indica que las personas que presentan dependencia moderada tienen niveles altos de ansiedad ante la

enfermedad y una muerte dolorosa en comparación con las personas independientes. Menciona así también que la depresión es uno de los predictores más potentes de la calidad de vida, así como también el deterioro de las funciones físicas.

### **Nacional:**

Silva, Del Rio, Motta, Coelho y Partezani (2015) en su estudio denominado “Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú” el que se llevó a cabo en una población de 369 adultos mayores de 60 años y los cuales vivían en el distrito de Breña. Para esto, se aplicaron los siguientes instrumentos el Canadian Task Force Health Examination, con la intencionalidad de investigar los tipos de violencia y la prevalencia en la población, como segundo instrumento se utilizó la Escala de depresión geriátrica, el cual explora síntomas cognoscitivos de algún episodio depresivo. Es así que los resultados arrojan que hay una relación significativa (.001) entre la existencia de violencia en los adultos mayores y los síntomas depresivos. Como conclusión se llegó a que el adulto mayor es una población vulnerable, es por eso que se debe reconocer los signos y señales de que el adulto mayor sufre violencia, debido a que posterior a esto tiene mayor probabilidad de que sufra depresión, menciona la importancia de denunciar estos casos para favorecer un envejecimiento saludable y feliz. Por último, mencionan que el adulto mayor que no presenta síntomas depresivos tiene un 62% de probabilidad de sufrir violencia en comparación con el que si presenta.

## **1.3. Teorías relacionadas al tema**

### **1.3.1. Depresión:**

#### **1.3.1.1. Definición**

Según la OMS (2013), menciona que este trastorno es más frecuente en los últimos tiempos y se caracteriza por tristeza abundante, pérdida de interés y falta de placer al realizar sus actividades, sentimientos de culpa, baja autoestima disminución del sueño y del apetito, falta de concentración y cansancio. Esto podría requerir atención inmediata si es crónica pues dificulta el afrontamiento de la vida diaria en la escuela, trabajo o en el ámbito social, siendo su consecuencia más grave el suicidio. Indica que la depresión se divide en tres niveles, siendo el leve un nivel que no necesita de medicamentos, mientras cuando es moderado o grave es necesario la medicación y tratamiento.

Así también, Martínez (2002) coincide con lo anterior, nos refiere que la depresión es un trastorno emocional que tiene como manifestación el abatimiento y la falta de felicidad, esta

sintomatología se puede dar de manera permanente o por un tiempo corto. Además, algunas personas en lugar de tristeza presentan irritabilidad, generando dificultades en alguna de las áreas de su vida como puede ser su rendimiento académico, en el trabajo o simplemente limitar su actividad habitual.

La OMS menciona que más de 300 millones de personas sufren de este trastorno llamado, depresión. Estos datos evidencian que ha existido un incremento de más del 18 % de casos entre el 2005 y el 2015, debido a que muchas de estas personas no reciben el apoyo adecuado, junto con el miedo al estigma de su sufrir un trastorno mental, dificultan que ellos sigan un tratamiento que les permita mejorar su calidad de vida (OMS, 31 de marzo del 2017).

### **1.3.1.2. Depresión geriátrica:**

La etapa de la adultez tardía, suele ser descrita como una etapa idílica, en la cual el anciano se ocupa de descansar, reflexionar o cumplir metas que fueron postergadas durante su vida, pero esto no es totalmente cierto, los eventos que se dan durante esta etapa como el deterioro físico debido a enfermedades, la pérdida de seres queridos o familiares, estos eventos, pueden llegar a ser una fuerte carga emocional para el desarrollo adecuado de su calidad de vida y bienestar emocional. Por eso, el adulto mayor siente que pierde el control de su propia vida ocasionando emociones negativas, características de la depresión como tristeza, soledad, baja autoestima, aislamiento social y apatía (Chica y Zambrano, 2017).

También, Sotelo, Rojas, Sánchez e Irigoyen (2012) definen la depresión como un trastorno afectivo que se da con frecuencia en adultos mayores de 60 años a más, siendo el sexo femenino el más predominante y que se caracteriza por sentimientos de tristeza, llanto, aislamiento, falta de concentración, insomnio y lo más grave agitación e idealización suicida. Es considerado un problema público de la salud con peligrosas implicaciones en la discapacidad y el bienestar de vida en los adultos que la padecen.

Mientras que, para Peña, Herazo y Calvo (2009) el poder identificar en adultos mayores de 65 años un trastorno depresivo genera más mortandad produciendo impacto desfavorable en la calidad de vida considerándose un problema grave en el ámbito público mundial. Así también un adulto mayor deprimido puede sufrir de la misma manera que padecer alguna enfermedad médica como artritis, diabetes o alguna enfermedad pulmonar.

### **1.3.1.3. Factores de riesgo para sufrir depresión en el anciano:**

Aguera, Losa y Gilbete (2011) mencionan que se han identificado varios factores de riesgo que influyen en la depresión geriátrica, como: el sexo femenino, mayor de edad, niveles educativos más bajos, no estar agotado, situaciones de duelo, vivir solo, estados de salud defectuosos y alguna discapacidad física (diagnóstico de enfermedades recientes), deterioro cognitivo, falta de apoyo de la sociedad, ausencia de sueño o haber padecido depresión previa. Se dice que, refiriéndonos solo al impacto de alguna enfermedad física, se encuentra que en un 25 % de pacientes que les realizaron un cateterismo o sufrieron un infarto de miocardio presenta depresión en su nivel mayor. El 30-50% que han padecido alguna lesión en el cerebro y sobreviven desarrollan depresión. En sentido contrario se realizó un estudio epidemiológico donde se incluyeron más de 4.000 pacientes a los cuales se les realizó un seguimiento de cinco años, donde arrojó que la depresión podría aumentar en un 65% el riesgo de enfermedades como diabetes en los adultos mayores de 55 años.

Chica y Zambrano (2017) nos mencionan que existen diversos tipos de factores psicosociales que podrían ser fuertes predisponentes para que el adulto mayor desencadene una depresión. Entre ellos se encuentra manifestaciones de violencia psicológica, la pérdida de roles sociales como dejar de trabajar, la jubilación, la situación financiera, la existencia de una dinámica familiar disfuncional, soledad, abandono, la falta de contacto y apoyo social, la muerte de personas cercanas a ellos que sean significativos como familiares o amigos, así como sufrir de enfermedades que alteren su autonomía, es decir que dependan de otros para realizar actividades básicas de la vida diaria como cambiarse, ir al baño, entre otros, debido que esto genera frustración lo que desencadena un cuadro depresivo.

#### **1.3.1.4. Causas de la depresión geriátrica:**

Según una investigación realizada por Llanes, López, Vásquez y Hernández (2015) denominada “Factores Psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”, encontraron que entre las principales causas que desencadena la depresión en el adulto mayor son:

- El temor a la muerte, ya que son conscientes que su ciclo de vida se está por terminar.
- La inadaptación a la jubilación, ya que pasar de desempeñar una labor y aportar dentro del hogar, pasan a no desempeñarse más en su trabajo y de aportar de la misma manera a como antes lo hacían.

- La violencia al adulto mayor, ya sea psicológica, física, por negligencia, abandono o económica, está en un fuerte desencadenante que altera tanto la calidad de vida como el bienestar psicológico.
- La muerte de familiares cercanos como lo puede ser su pareja o hijos, o amigos.
- Los insuficientes ingresos económicos, los cuales les permitan una calidad de vida adecuada como tener los servicios básicos, tener una vivienda, alimentarse o tener acceso a medicación.

#### **1.3.1.5. Tipos de Depresión Geriátrica:**

Según Brink, Yesavage, Lum, Heersema y Rose (2008) en su instrumento de la escala de depresión geriátrica, para interpretar los resultados los clasifican en tres niveles, los que se describen a continuación:

- No depresión, es decir que no presenta sintomatología de un cuadro depresivo.
- Depresión moderada, es decir, que presenta alguna sintomatología depresiva que está afectando algunas de las áreas de su vida como la social, laboral o familiar.
- Depresión Severa, presenta una sintomatología considerable depresiva, la cual está caracterizada por sentimientos de inutilidad, angustia y existe riesgo de suicidio.

#### **1.3.1.6. Depresión según la teoría cognitiva:**

Beck (citado en Sanz, 1993) menciona que los trastornos emocionales que puede presentar un individuo están relacionados con su percepción, donde el procesamiento de la información presentaría un sesgo sistemático o alguna distorsión. Beck indica que son las personas depresivas al experimentar una pérdida o un fracaso las que le dan mayor importancia o de manera excesiva algún suceso negativo y es en la mayoría de los casos una situación definitiva o repetitiva, es así que se da origen a la llamada triada cognitiva distorsionada que es caracterizada por una visión desfavorable del mundo del futuro y del yo. Esto involucra el retiro constante del individuo con su entorno, una permanencia que difiere cualquier valor de adaptación a la conducta de retirada. Es así que se mostrarían todos los síntomas característicos de la depresión en es el aspecto de las emociones, motivaciones de conducta y fisiológicos. Cabe mencionar que el tipo de proceso o síntomas es también consecuencia de muchos factores los cuales en su mayoría están relacionados con los factores psicológicos, hormonales, evolutivos y por ende genéticos. Así también hace referencia que cual sea la causa o la

distorsión del tipo de procesamiento es una parte propia y característica del síndrome emocional y que esta funciona como principal factor propicio para los cambios psicopatológicos.

### **1.3.2. Ansiedad:**

#### **1.3.2.1. Definiciones:**

Limonero (1994) indica que la ansiedad proporciona tensión y una reacción los cuales surge de manera anticipatoria frente a alguna amenaza que puede ser provocada por un evento indeterminado, pues puede o no tener causas delimitadas el cual provoca sentimientos de molestia, incertidumbre e influye en la calidad de vida de la persona. Generando síntomas como la inquietud, inseguridad, tensión frente a un peligro que no está claro o definido.

La ansiedad es una consecuencia de temor ante alguna circunstancia difusa, vaga, in concreta e indefinida que difiere del miedo pues presenta una referencia implícita; comparte la excitación interior de temor, abandono y zozobra. Sin embargo, mientras que el miedo es producido por algo, la ansiedad o angustia se da por nada. Es por ello que haciendo más simple los conceptos se puede decir que el miedo es temor con cuerpo, pero la ansiedad es un temor que carece de cuerpo exterior y es impreciso (Rojas, 2014).

Por otro lado, Valdés (1994) menciona que se llama ansiedad a la manifestación de emociones como la angustia y desesperación, estas tienen un origen inconsciente que pueden ser normales o de antecedente para diagnosticar alguna enfermedad esto dependerá de la reacción de cada individuo.

Todos estos autores, llegan a la conclusión que un miedo o temor que puede o no ser específico y que genera una sintomatología desagradable para quien la experimenta. Menciona Rojas (2014) que esta genera toda una alteración en la psicología del sujeto, generando medidas defensivas para esquivar estos síntomas.

#### **1.3.2.2. Tipos de ansiedad:**

Existen diversos tipos de ansiedad Rojas (2014) en su libro menciona que son tres, la exógena, la endógena y la existencial. La ansiedad exógena se refiere aquella que es producida por eventos o estímulos exteriores los cuales pueden aparecer de manera súbita y que genera una angustia emocional en grandes niveles. La ansiedad endógena, es aquel que surge a nivel biológico, es parte de la herencia y los cambios dentro del organismo, esto combinado con eventos externos desencadenantes, generan somatizaciones, es un equilibrio entre ambos. Por

último, la angustia existencial, la cual menciona que no es patológica, es natural en todo ser humano y es la que genera inquietud en la vida.

### **1.3.2.3.Causas de la ansiedad:**

Rojas (2014) comenta que la ansiedad, a menudo no tiene un solo origen, sino que combina varias cosas y sumado con lo biológico desencadenan la sintomatología. Entre las causas encontramos:

- Traumas biográficos, es decir eventos que han sido significativos para la persona que los ha sufrido y han generado dolor emocional en grandes niveles, y que no han sido debidamente superados o aceptados.
- Factores predisponentes, aquí se encuentran las diversas situaciones de la vida diaria, las cuales no son debidamente afrontadas por la persona las cuales pueden ser problemas laborales, económicos, afectivos, educativos, familiares o referentes al ámbito social que, al ser constantes durante el día a día de manera prolongada, este miedo real comienza a meterse en otros planos de la vida personal.
- Factores desencadenantes, estos son una combinación de los dos anteriores, tras un evento traumático significativo y combinado con factores predisponentes, generan grandes niveles de ansiedad, difícil de superar y que es constante durante su día a día.

### **1.3.2.4.Ansiedad ante la muerte:**

Martin (2014) hace referencia a que hablar de muerte es algo complejo pues se compone de diversas índoles (religión, cultura, edad, etc.) y estas parecen estar comprometidas y se da en diferentes perspectivas. Así pues, desde el punto psicológico, los estudios realizados indican que los factores como miedo a lo desconocido, ansiedad, falta de control y sufrimiento pueden ser fundamentales para poder comprender este problema como su desarrollo y el mantenimiento del mismo a lo largo de su vida, y por ende conocer que mecanismos de defensa se están utilizando.

Cabrera y Montorio (2009) refieren que la ansiedad trae consigo síntomas o manifestaciones que llegada la edad adulta son frecuentes y bastante importantes para determinar que existe un problema significativo. Va asociado a resultados negativos, aumento en la discapacidad, minúscula sensación de bienestar y satisfacción con su vida, acentuación de la mortalidad, aumento del riesgo de enfermedad coronaria en hombres, así como el uso exagerado innecesario de atención médica.

Según Templer (1970) dice que la ansiedad ante la muerte es como un grupo de emociones poco agradables que el adulto mayor tiene al pensar que su vida llegara a su fin, principalmente en lo cognitivo, donde se encuentra latente el temor a la ansiedad anticipatoria por posible estrés, dolor físico, y el tormento que lleva consigo la invalidación y padecimiento, posteriormente la conciencia de lo transitorio que es el tiempo desde el nacimiento hasta la muerte y el apercibimiento de su proceso.

#### **1.3.2.5. Ansiedad ante la muerte según la teoría Cognitiva Conductual:**

Kastenbaum (1992) según la teoría cognitivo conductual, menciona que la ansiedad ante la muerte, se generan a través de aprendizajes adquiridos por las experiencias de la vida diaria, las cuales dan origen a preocupaciones y conductas relacionadas al miedo hacia la muerte.

Así también, Limonero (1994) nos refiere que la ansiedad ante la muerte son percepciones de la realidad, las cuales se dan de manera constante y desencadenan señales de alarma y peligro, las cuales pueden estar basadas en un miedo real o uno ficticio, que la persona que lo padece las percibe como amenazas verdaderas. Esta sintomatología ansiosa, se manifiesta cuando un evento desencadenante aparece como lo pueden ser morgues, cementerios, ver cadáveres, presenciar la muerte de alguien cercano, entre otros como estímulos que fueron asociados a eventos traumáticos relacionados con la muerte y que generan pensamientos y/o emociones aversivas. Es así que se puede llegar a la conclusión, que la ansiedad ante la muerte es el miedo irracional no a la muerte misma, sino a todo lo que esta conlleva, es decir a la impresión catastrófica de la muerte.

#### **1.3.2.6. Ansiedad ante la muerte según la teoría del aprendizaje:**

Erickson (1933) según su investigación considera que las actitudes que el ser humano presente frente a la muerte se da según el estado de madures y las experiencias a las que ha estado expuesto durante su vida, por tal motivo la presencia de sus prioridades frente a la muerte serán diferentes y se darán en función a su desarrollo y las experiencias que haya podido desarrollar a lo largo de su vida; sin embargo se considera que hay un cierto grado de influencia en cuanto a sus respuestas cognitivas y de conducta que tendrán que ver con los arraigos familiares y el lugar donde se ha desarrollado. Estas reacciones de miedo o ansiedad que presenta el individuo no se ejecutan de manera absoluta si no que existe influencia de las estrategias de afrontamiento que el mismo haya creado, las condiciones que presenta para afrontar y manejar situaciones que le generan preocupación se debe analizar de manera global pues la ha venido utilizando para manejar e identificar las amenazas y que se han ido obteniendo en un proceso de



aprendizaje en cuanto al significado de la muerte. Es por ello que ante la similitud se sugiere disponer de un modelo donde haya interacción de teorías que sea conveniente para un abordaje tan complejo como es la ansiedad.

#### **1.3.2.7. Factores de la ansiedad ante la muerte:**

Templer (1970) menciona que existen dos factores que predisponen para el desarrollo de ansiedad ante la muerte. El primero es el de la salud psicológica, el cual hace referencia a las reacciones emocionales que posee la persona como la ansiedad, la depresión, la neurosis, entre otras, debido a que, al existir una alteración emocional o trastornos en la salud mental, este es un fuerte predisponente para generar un problema de ansiedad ante la muerte asociado a estas. La siguiente son las experiencias vitales, esto hace referencia a las situaciones previamente vividas por la persona, como puede ser el estilo parental de crianza o factores ambientales.

#### **1.3.2.8. Dimensiones de la escala de la ansiedad ante la muerte:**

Templer (1970) autor de la Escala Ansiedad ante la muerte (DAS) define su instrumento en tres dimensiones:

- Miedo a la Agonía o Enfermedad: Es el miedo y tensión emocional, que genera el pensar en la agonía y dolor que trae consigo una enfermedad.
- Miedo a que la vida llegue a su Fin: Es la preocupación cognitiva, que tiene el individuo al pensar en que su ciclo de vida se va a terminar y llegará la muerte.
- Miedo a la Muerte: Es el miedo anticipatorio básicamente a las alteraciones en el cuerpo que genera la muerte.

#### **1.3.2.9. Etapas del miedo ante la muerte:**

Según Leich (1982) menciona que las personas no le tienen miedo a la muerte en sí, sino a lo que esta trae consigo, las etapas son las siguientes:

- Miedo al proceso de la agonía en sí: hace referencia al sufrimiento tanto físico como psicológico de sufrir una enfermedad en la etapa terminal.
- Miedo a perder el control de la situación: es el temor a ser dependiente cuando ya no pueda tomar las decisiones por sí mismo, sino que las tomen los demás.
- Miedo a lo que acontecerá a los suyos tras su muerte: es la preocupación por lo que pasará con los miembros de su familia luego que este fallezca.

- Miedo al miedo de los demás: es el miedo que tiene la persona al ver como los demás sufren por su próximo deceso.
- Miedo al aislamiento y a la soledad: es el miedo al estar solos al morir
- Miedo a lo desconocido: es el miedo a lo que existe después de la muerte, la duda si existe algo más.
- Miedo a que la vida que ha llevado no haya tenido ningún significado: si siente que su vida no ha tenido significado, el proceso de morir es más doloroso y causa más ansiedad.

La suma de todo esto, genera sufrimiento tanto a nivel emocional como físico, y desencadena la ansiedad ante la muerte.

### **1.3.3. Violencia**

#### **1.3.3.1. Definición**

La organización mundial de la salud (2002) menciona que la violencia es el uso tanto de fuerza física y/o como de ejercer el poder, ya sea mediante una amenaza o que está en sí se llegue a concretar contra otra la persona, grupo o comunidad, la que genere daños a nivel físico como lesiones las cuales pueden llegar hasta la muerte o daños a nivel psicológico como trastornos clínicos, del desarrollo o privaciones.

Así también, podemos contrastar esta información con Martínez (2016) el cual nos refiere que la violencia se puede ejercer de diversas maneras, la física es el ataque corporal directo con intención de generar daño. Así también menciona la coacción psicológica la cual consiste básicamente en ejercer daño a nivel emocional y lograr que la víctima realice algo que no desea.

A modo de conclusión, podemos decir que la violencia es todo tipo de ejecución de poder sobre otro, puede ser tanto físico como psicológico, el cual genera daño y tiene como finalidad lograr que la víctima se vea forzada a realizar algo que no quiere.

#### **1.3.3.2. Violencia en adultos mayores**

El adulto mayor, es una población la cual lamentablemente está sumamente olvidada y desatendida en nuestro país y mucho más si hablamos de la violencia directa o indirecta que

sufren tanto por sus cuidadores, familiares como por la misma sociedad, estos son pocas veces denunciados o tomados en cuenta.

El Centro de Emergencia Mujer realizó una investigación en la cual encontraron que las personas adultas mayores en Lima que recurren a denunciar casos de violencia, en su mayoría son mujeres con bajos niveles de escolaridad y sin ingresos económicos. Los agresores en su mayoría suelen ser del sexo masculino y en una minoría mujeres. Como los principales agresores se encuentran los hijos y la pareja, siendo el mayor porcentaje representado por las hijas las que son cuidadoras principales desplazando presumiblemente todas sus frustraciones hacia su progenitor(a). Todo esto combinado con otros factores económicos y conflictos familiares, generan en el adulto mayor una situación bastante compleja de atravesar, lo que puede causar sufrimiento emocional (Martina, Nolberto, Mijanovich, Bardales y Galvez, 2009)

El diario Panamá América, nos menciona que los adultos mayores sufren diversos tipos de violencia entre los más resaltantes se mencionan la desatención, negación de alimentos y abandono de familiares, esto se da en casi un 10 % de la población, lo cual contribuye a que desarrollen lesiones que afecten su seguridad física y/o mental. Además, nos mencionan que los indicadores que nos ayudan a identificar adultos mayores violentados son los sentimientos de tristeza, soledad y baja autoestima (Morales, 6 de Setiembre de 2016).

Una vez, contextualizada la realidad tanto a nivel nacional como internacional, nos podemos dar cuenta que existe adultos mayores que son violentados y lo más alarmante se ejerce desde su propio hogar.

### **1.3.3.3. Tipos de violencia**

Según García (2006) menciona que existen diversos tipos de abuso o maltrato que se pueden ejercer y se agrupan en las siguientes categorías:

- Abuso físico o maltrato físico: significa infligir dolor, incomodidad física o lesión. Dentro de este incluye maltrato sexual sin consentimiento, así como también la negación de la vida sexual o la burla de la misma.
- Abuso psicológico, es la que implica la disminución de la identidad, dignidad y autovaloración de la persona adulta mayor.
- Abuso financiero, es el abuso material o de la propiedad que involucra el mal manejo del dinero o la privatización de su salario.

- Maltrato estructural, es el que involucra a la falta de leyes que protejan a los adultos mayores ya que existen vacíos en cuanto a legislación, políticas, programas, servicios, etc. que protejan y salvaguarden su bienestar.
- Abandono, puede ser de manera intencional o involuntaria. Es intencional, cuando es una decisión consiente del cuidador de privar a las personas mayores de la satisfacción de necesidades básicas o de asistir a las necesidades personales básicas.
- Maltrato médico, hace referencia a la negación de fármacos o mala administración de los mismos.
- Autoabandono, se produce cuando las personas mayores, por opción o por la falta de conocimiento, viven de manera tal que desatienden su salud o la seguridad; a veces este descuido pone en riesgo a otros.
- Negligencia, puede ser activa o pasiva, la pasiva se refiere a dejar solo al adulto mayor, aislado u olvidado y la negligencia activa hace referencia a la negación de recursos vitales para su supervivencia, es decir mantener a los adultos mayores con deshidratación, mala alimentación, entre otros.

#### **1.3.3.4. Violencia, depresión geriátrica y ansiedad ante la muerte**

Existe una relación entre la violencia, depresión geriátrica y ansiedad ante la muerte, debido a que, en distintas investigaciones se menciona que, al existir violencia dentro del hogar del adulto mayor, estas afectan la calidad de vida y el bienestar psicológico del anciano.

Silva, Del Río, Motta, Coelho y Partenazi (2015) menciona que la existencia de violencia intrafamiliar en adultos mayores, en cualquiera de sus modalidades ya sea psicológica, física, por negligencia o entre otros, llega a generar síntomas depresivos y de ansiedad, sin importar el sexo, el rango etario o condición económica.

Martínez, Alonso y Calvo (2001) los cuales mencionan que la ansiedad ante la muerte es frecuente en adultos mayores. Refiere que entre más elevados sean los niveles de depresión existe una mayor predisposición a presentar niveles significativos de ansiedad ante la muerte, es por eso que se llegó a la conclusión, que la intervención psicológica sería principalmente a combatir o reducir los niveles de depresión por consecuente disminuirá la ansiedad ante la muerte.

#### **1.4. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre la depresión y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo?

### **1.5. Justificación:**

La siguiente investigación es de implicancia teórica debido a que es un nuevo aporte, anteriormente se han venido tocando estas variables, pero en distintas poblaciones e incluso de manera más general, sin especificar en depresión geriátrica y su relación en la ansiedad ante la muerte en adultos mayores que han sufrido violencia durante el transcurso de su vida. Es decir, aportaría a mejorar el conocimiento previo existente.

También posee utilidad práctica, debido a que nos servirá para conocer la relación entre la depresión geriátrica y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores, para así en un futuro esta información sea utilizada por los miembros de los Centros de adulto Mayor con la finalidad de tener mayor conocimiento del bienestar psicológico de los miembros de su organización y así puedan realizar una adecuada intervención para mejorar la calidad de vida de los asociados.

Tiene implicancia social debido a que la población seleccionada no es tomada en cuenta, ni considerada en nuestro país, esto se ve evidenciado en el gran porcentaje de adultos mayores que son dejados en segundo plano, es decir son maltratados y olvidados debido a las diferentes enfermedades tanto físicas como el deterioro cognitivo que estos padecen. Es por eso que con nuestra investigación se busca dar relevancia al tema y generar conciencia, para que a los adultos mayores se les brinde una mejor calidad de vida. Es así que se busca que esta información sea utilizada para aplicar programas preventivos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida en los adultos mayores.

Por último, posee utilidad metodológica, debido a que servirá como base y antecedente a futuras investigaciones.

### **1.6. Hipótesis:**

#### **Hipótesis general:**

- Existe relación entre la depresión geriátrica y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo.

#### **Hipótesis específicas:**

- La depresión geriátrica está relacionada con la dimensión miedo a la agonía o enfermedad en los adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo.
- La depresión geriátrica está relacionada con la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo
- La depresión geriátrica tendrá relación con la dimensión miedo a la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo.

### **1.7.Objetivos:**

#### **Objetivo general:**

- Determinar la relación entre la depresión y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre la depresión geriátrica y la dimensión miedo a la agonía o enfermedad en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo.
- Identificar la relación entre la depresión geriátrica y la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo.
- Identificar la relación entre la depresión geriátrica y la dimensión miedo a la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo.

## **II. MÉTODO**

### **2.1.Diseño de Investigación**

La presente investigación se encuentra dentro del diseño de investigación correlacional. Este tipo de diseño tiene como propósito principal, explorar las relaciones entre variables con el objeto de pronosticar o explicar su comportamiento (Ato, López y Benavente, 2013)

### **2.2.Variables y Operacionalización de variables**

**Tabla 1***Operacionalización de la variable depresión geriátrica y ansiedad ante la muerte.*

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión geriátrica	La depresión geriátrica es un trastorno afectivo que se da en adultos mayores, que se caracteriza por sentimientos de tristeza, llanto, aislamiento, falta de concentración, insomnio y lo más grave ideación suicida, generando implicaciones en la calidad de vida del adulto mayor (Sotelo, Rojas, Sánchez y Irigoyen, 2012).	La depresión geriátrica se mide a través de las puntuaciones alcanzadas por la escala de depresión geriátrica de Brink, Yesavage, Lum, Heersema y Rose.	La variable es unidimensional.	Abarcan los 30 ítems que contiene la escala de depresión geriátrica de Brink, Yesavage, Lum, Heersema y Rose.	Escala de Intervalo; esta escala de medición es la que establece distancia entre una medida y otra; asimismo, las variables de intervalo son aquellas que no poseen cero Absoluto (Hernández & Fernández, 2010).
Ansiedad ante la Muerte	Templer (1970) menciona que la ansiedad ante la muerte, es un estado emocional que genera incomodidad y que es ocasionado por la percepción	La ansiedad ante la muerte se mide mediante las puntuaciones arrojadas de las dimensiones miedo a la agonía o enfermedad, miedo a que la vida llegue	<b>Miedo a la Agonía o Enfermedad:</b> Es el miedo y tensión emocional, que genera el pensar en la agonía y dolor que trae consigo una	Abarca los ítems: 4, 6, 7, 9 y 11 que conforman la dimensión de miedo a la agonía o enfermedad.	Escala de Intervalo; esta escala de medición es la que establece distancia entre una medida y

<p>propia de la a su fin y miedo a enfermedad muerte, la muerte de la (Templer, 1970). generando Escala de ansiedad preocupación, ante la muerte <b>Miedo a que la vida llegue a su Fin:</b> Es la preocupación anticipatoria y reacciones físicas. (DAS)</p>	<p>Abarcan los ítems 2, 8, 10, 12, 13, 14 y 15 que conforman la dimensión de miedo a que la vida llegue a su fin. Es la preocupación cognitiva, que tiene el individuo al pensar en que su ciclo de vida se va a terminar y llegará la muerte (Templer, 1970).</p>	<p>otra; asimismo, las variables de intervalo son aquellas que no poseen cero Absoluto (Hernández &amp; Fernández, 2010).</p>
	<p><b>Miedo a la Muerte:</b> Es el miedo anticipatorio básicamente a las alteraciones en el cuerpo que genera la muerte (Templer, 1970).</p>	<p>Abarca los ítems 1, 3 y 5 lo que conforman la dimensión de miedo a la muerte.</p>

## 2.3. Población y muestra

### 2.3.1. Población

Se trabajó con la población total de 302 adultos mayores violentados de 60 años a más que asisten de manera permanente a los Centros del Adulto Mayor, al Círculo del Adulto Mayor y los Centros Integrales del Adulto Mayor, los cuales se encuentran en los distritos de Trujillo, la Esperanza, Víctor Larco, Laredo, El Porvenir, Moche y Florencia de Mora pertenecientes a la ciudad de Trujillo.

**Tabla 2**



*Distribución de la población adulta mayor de los diversos centros de la ciudad de Trujillo.*

CENTROS	SEXO		TOTAL
	F	M	
1. CAM Trujillo	37	6	43
2. CAM La esperanza	46	6	52
3. CAM Víctor Larco	37	4	41
4. CAM Laredo	38	14	52
5. CAM El Porvenir	25	14	39
6. CIAM El Porvenir	16	8	24
7. CIAM Moche	6	5	11
8. CIRAM Florencia de Mora	33	7	40
<b>Total</b>	238	64	302

Fuente: Datos obtenidos por los directores (as) de los CAM, CIAM y CIRAM de la ciudad de Trujillo.

### **2.3.2. Muestra:**

Población censal, según López (1998) nos menciona que la muestra censal es aquella porción que representa la población total de la investigación, esta nos permite generalizar los resultados obtenidos y así fortifica la investigación. Para el presente estudio se realizó una ficha de tamizaje para detectar violencia en el adulto mayor, está la información ha sido contrastada con la jefa de la unidad de prestaciones sociales.

#### **2.3.2.1. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores a partir de los 60 años a más de los distritos la Ciudad de Trujillo del año 2018.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que hayan sufrido algún tipo de violencia física, psicológica, financiera, estructural, por abandono, medico, auto abandono o negligencia.
- Adultos mayores que acepten participar en la evaluación.

### **2.3.2.2. Criterios de exclusión**

- Adultos mayores de 60 años a más que presenten deterioro cognitivo moderado y grave.
- Adultos mayores con discapacidad auditiva o visual.
- Adultos mayores que no desarrollen en su totalidad las pruebas.
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación.

## **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.4.1. Técnica**

La evaluación psicológica, además de ser una rama de la psicología es una disciplina científica con objetivos básicos de investigación, que busca explorar y analizar de manera científica la conducta humana. (Aragón, 2015).

### **2.4.2. Instrumento**

- **La Escala de Depresión Geriátrica:**

#### **Ficha técnica:**

Brink, Yesavage, Lum, Heersema y Rose (2008) crearon la escala de depresión geriátrica, que en su versión original se llama Geriatric Depression Scale (GDS), la cual es utilizada para medir los niveles de depresión, pero específicamente en la población adulta mayor de 60 años a más. Este instrumento es utilizado específicamente en el área clínica, debido a su fácil entendimiento y su corta aplicación. El instrumento es un cuestionario que posee 30 ítems de respuestas dicotómicas (si/no) cuyo contenido se concentra en aspecto tanto cognitivos como conductuales los cuales se relacionan con la depresión.

El tiempo de aplicación es aproximadamente de entre 10 a 15 minutos, se lo puede aplicar de dos formas tanto de manera individual como colectiva, si el evaluador lee las preguntas al paciente evitando interpretaciones y dejando en claro que no existe respuestas buenas o malas, que respondan acorde a como se ha sentido durante la última semana anterior.

Para la corrección de la prueba, 20 ítems (2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 36 y 28) los cuales indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, se les asignará 1 punto por ítem, mientras que los 10 restantes (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) señalan depresión cuando son contestados de forma negativa, los cuales se podrían un puntaje de 1 por ítem. La puntuación máxima es de 30 puntos y la mínima de 0.

### **Validez y Confiabilidad del Instrumento Original:**

En lo que respecta a la confiabilidad de la prueba original, los valores encontrados fueron altos, en lo que respecta a la consistencia interna se utilizó el método de dos mitades y se halló un 0.94 y un 0.85 de fiabilidad mediante el test – retest. En lo referente a la validez de constructo y de criterio encontraron una correlación alta ( $r = 0.84$ ,  $p < 0.001$ ). Índice de kappa ponderado de 0,83. En lo que respecta a los baremos, tienen un punto de corte con mayor área bajo la curva se sitúa en 5. En relación a la validez de constructo y de criterio, se analizó la validez convergente mediante la fórmula de correlación de Spearman, correlacionando la prueba GDS-VE con la escala de Montgomery-Ansberg de detección de depresión. Luego la validez discriminante se analizó mediante la correlación de las pruebas GDS-VE y SPMSQ-VE para despistaje de alteraciones cognitivas

### **Validez y Confiabilidad del Instrumento Adaptado:**

En lo que respecta a la confiabilidad de la prueba adaptada por Fernández (2016) encontramos que para medir la validez de constructo se encontró índices de discriminación ítem test entre .206 a .622, los cuales son aceptables y muy buenos. La validez de constructo se realizó mediante el análisis factorial exploratorio, mediante el método ortogonal, donde se extrajeron 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total, apreciándose saturaciones mayores a .30 con respecto a los factores al que carga cada reactivo. Además, en la confiabilidad por consistencia interna se obtuvo mediante el K-R20 DE Kuder y Richardson, teniendo el índice de confiabilidad .8581, perteneciendo a una categoría Muy alta. Por último, baremos percentilares según el grado de instrucción, y los puntos de corte en relación al percentil se encuentran escalas de 0 a 70, 75 a 95 y 96 a 99. Este instrumento fue adaptado en los programas Integrales del Adulto Mayor de la Provincia de Trujillo (La Esperanza, Huanchaco, El porvenir, Trujillo, Poroto, Laredo y Moche).

- **La Escala de Ansiedad ante la Muerte:**

**Ficha técnica:**

Templer (1970) creó la Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS), el cual puede ser aplicado tanto de manera individual como colectiva, no tiene un tiempo límite, pero aproximadamente tiene una duración de entre 10 a 15 minutos. El instrumento está diseñado para ser aplicado en una población de adultos de edades entre los 18 años hasta los 85 años. Este instrumento, está conformado por tres factores: miedo a la agonía o enfermedad, el cual es la preocupación por el estrés y el dolor que acompañan a la incapacitación, la enfermedad y la muerte (ítems 4, 6, 7, 9 y 11) miedo a que la vida llegue a su fin, es más el impacto psicológico del morir y de la muerte (ítems 2, 8, 10, 12, 13, 14 y 15) y finalmente la escala miedo a la Muerte referida a la ansiedad anticipatoria y reactiva ante las alteraciones físicas provocadas por la muerte (ítems 1, 3 y 5).

Esta escala posee cuatro tipos de respuestas en la escala Likert en el que se ubica nunca o casi nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo y todo el tiempo. Respecto a las puntuaciones comprendidas es 1, 2, 3, 4, siendo el puntaje mínimo de 15 y máximo de 60.

**Validez y Confiabilidad del Instrumento Original:**

La Escala de Ansiedad ante la muerte de la prueba original fue aplicada a estudiantes universitarios hallándose en la validez de constructo valores que oscilan entre .207 y .574, lo que denota que los ítems miden lo que se pretendían medir. En lo que respecta a la confiabilidad se calculó mediante el método de consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach obteniendo un coeficiente de .804, siendo los valores del referido coeficiente muy satisfactorios. Además, se observa a nivel factorial que los coeficientes Alfa de Cronbach oscilan entre .66 y .695, corroborando la confiabilidad por factor. Finalmente, luego de obtener resultados, se procedió a realizar baremos percentilares, para lo cual se realizaron tablas diferentes por género puesto que se identificó diferencias altamente significativas ( $p < 0.001$ ) entre las puntuaciones.

**Validez y Confiabilidad del Instrumento Adaptado:**

En lo que respecta a la prueba adaptada por Graus (2016) se encontró que la validez interna se realizó mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC), obteniendo resultados válidos con un nivel estadísticamente significativo  $p < .001$ . En lo que respecta a la confiabilidad por consistencia interna se halló mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo resultados evidenciando una confiabilidad por dimensiones que oscilan entre .83 y .86 de consideración respetable a muy buena. Por último, se generó normas percentilares generales para el total de la Escala y para las tres dimensiones, considerando edad, género, encontrando que no existen diferencias significativas. Este instrumento fue adaptado en diferentes Instituciones de la Ciudad de Trujillo, que se encuentran inmersos en programas del adulto mayor.

## **2.5.Método de análisis de datos**

Los datos obtenidos en esta investigación, fueron analizados por medio del programa estadístico SPSS (Versión 24), para estimar los estadísticos de resumen y la correlación. Pero, se usó también el programa estadístico R (Versión 3.5.1.), para la estimación de la consistencia interna por medio del coeficiente Omega.

Los métodos estadísticos utilizados para el tratamiento de los datos fueron, según su utilidad, para identificar la tendencia de las puntuaciones y su dispersión referente en la curva normal: La media aritmética, la desviación estándar, la asimetría y la curtosis (Aaron y Aaron, 2001). Valorando la presencia de una distribución sesgada, a partir del valor crítico de  $\pm 1.5$ , donde aquellos valores de asimetría que lo superaron fueron considerados como medidas de distribución sesgada en la asimetría y aquellos que superan el  $\pm 3$  en la curtosis (Pearson, 1905). También se estimó el valor de consistencia para cada puntuación, reportando como consistentes a aquellos cuyo valor alcanzado supero el .70 (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

La correlación fue estudiada a partir del coeficiente de correlación de Pearson, e interpretada por medio de las medidas de tamaño de efecto propuestas por Cohen (1988), quien considera que los valores de correlación entre .10 y .29 reportan tamaño de efecto pequeño, entre .30 y .49 reportan efecto moderado y, entre .50 y 1 efecto grande. Finalmente, se estimaron los intervalos de confianza, siguiendo la técnica del Bootstrap, para efectos de encontrar parámetros de la relación en términos de población. Dicho procedimiento, supone la obtención de sub-muestras de la muestra original, 1000, para a cada una de ellas estimar el valor de relación Ledezma (2008).

## **2.6.Aspectos éticos**

En esta investigación, se tomó en cuenta los aspectos éticos estipulados, comenzando por la presentación de la carta de permiso dirigida a los miembros a cargo del Centro del Adulto Mayor, con el objetivo de obtener el permiso para realizar el desarrollo de la investigación. Se consideró de suma importancia el anonimato de los participantes que forman parte del objeto de estudio. Es por eso, que se cuidó la confidencialidad de los datos obtenidos de los adultos mayores, con la finalidad de salvaguardar su integridad. Así también, se veló porque este no represente un riesgo para el sujeto ni físico ni psicológico. Es por eso, que se realizó un consentimiento informado, que es un requisito fundamental, en el cual los adultos mayores puedan brindar su aceptación y participación voluntaria para este trabajo de investigación además se aplicó una carta testigo a la encargada, en la cual se hace mención de los criterios que seguiría la investigación para que autorice la aplicación de los instrumentos, según el código de ética del Psicólogo Peruano de la Resolución N° 206 (2017) el cual menciona en sus artículos que cualquier investigación se debe realizar respetando la normatividad, brindando un consentimiento informado y ante todo busca salvaguardar la confidencialidad y sobre todo, la salud psicológica prevalece sobre los intereses de la ciencia o sociedad. Finalmente, los resultados no incurrieron en falsificación ni plagio, se recalcó que la participación es voluntaria, además se utilizaron instrumentos psicológicos los cuales estén adaptados y posean validez científica.

## **III. RESULTADOS**

### 3.1. Análisis descriptivo de las variables

En el grupo de adultos mayores de Trujillo, violentados, que formaron parte del estudio obtuvieron puntuaciones en la que se identifica a la depresión con tendencia a calificar debajo de la media ( $M = 12.95$ ,  $DE = 7.050$ ) en un rango de 0 a 30 puntuaciones, donde dicha inclinación se hace de manera ligera, por lo que se aprecia un ajuste referente a la curva normal (Asimetría  $< 1.5$ ). En cuanto a la consistencia de las puntuaciones de esta variable superar el estándar considerado como aceptable ( $\omega = .70$ ).

Con respecto a las medidas de la variable ansiedad ante la muerte, la tendencia de las puntuaciones en cada dimensión (miedo a la agonía y enfermedad, miedo a que la vida llegue a su fin, y miedo a la muerte) y medida general mostraron ligeras inclinaciones por debajo de la media, pero ajustados a la curva normal (Asimetría  $< 1.5$ ). En lo correspondiente a la consistencia de cada puntuación estas alcanzaron valores que superaron el criterio de aceptabilidad ( $\omega = .70$ ).

**Tabla 03**

*Resumen de puntuaciones de la variable depresión geriátrica y ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo (n =302).*

Variables	Rango		M	DE	g1	g2	$\omega$
	Min	Max					
<b>Depresión geriátrica</b>	0	- 30	12.95	7.050	0.236	-0.808	.90
<b>Ansiedad ante la muerte_PT</b>	15	- 59	35.04	10.863	0.084	-1.088	.93
Miedo a la agonía o enfermedad	5	- 20	12.15	4.037	0.136	-0.977	.84
Miedo a que la vida llegue a su fin	7	- 27	16.47	5.165	0.051	-1.032	.77
Miedo a la muerte	3	- 12	6.43	2.622	0.275	-0.999	.81

*Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; RR: Rango real; g<sup>1</sup>: Asimetría; g<sup>2</sup>: curtosis;  $\omega$ : Coeficiente de confiabilidad*

### 3.2. Análisis de la relación

Al revisar la correlación de la depresión sobre la ansiedad ante la muerte, los resultados reportaron que esta ejerce un grado de relación grande en sentido directo ( $r = .65$ , IC [  $.58 - .71$ ]). De igual manera, sobre las dimensiones específicas: miedo a la agonía, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte, la depresión reporto un grado de correlación grande en sentido directo ( $r > .50$ ; IC 95%)

**Tabla 04**

*Correlaciones entre la variable depresión geriátrica y ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo (n =302).*

Variables		r	IC 95%	
			LI	LS
Depresión geriátrica	Miedo a la agonía o enfermedad	.58	.51	.65
	Miedo a que la vida llegue a su fin	.62	.55	.68
	Miedo a la muerte	.57	.49	.65

*Nota: r: Coeficiente de correlación; IC: Intervalo de confianza; LI: Límite Inferior; LS: Límite Superior*

#### IV. DISCUSIÓN



En la presente investigación se tuvo por objetivo determinar la Relación entre la Depresión Geriátrica y la Ansiedad Ante la Muerte en 302 Adultos Mayores Violentados de la Ciudad de Trujillo. En este sentido cuando hablamos de depresión geriátrica se dice que es un trastorno afectivo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, llanto, aislamiento, falta de concentración, insomnio y es considerado un problema público de la salud con peligrosas implicaciones en la discapacidad y el bienestar de vida en los adultos que la padecen (Sotelo, Rojas, Sánchez e Irigoyen, 2012). Mientras que la ansiedad ante la muerte son percepciones de la realidad, las cuales se dan de manera constante y desencadenan señales de alarma y peligro, las cuales pueden estar basadas en un miedo real o uno ficticio, que la persona que lo padece las percibe como amenazas verdaderas. (Limonero, 1994). Para poder comprender a continuación la investigación y los resultados obtenidos.

Con lo descrito anteriormente al revisar la correlación de la Depresión Geriátrica sobre la Ansiedad ante la Muerte en adultos mayores que han sufrido de violencia en la ciudad de Trujillo se encontró que esta ejerce un grado de relación grande en sentido directo ( $r = .65$ , IC [  $.58 - .71$ ]). Dichos resultados guardan relación con lo que sostiene Rodríguez, Cruz y Pérez (2014) en su investigación “Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas” donde indico que existía una relación entre el nivel de dependencia y el bienestar emocional por lo tanto se observó que entre mayores sean los niveles de dependencia al momento de realizar actividades de la vida diaria, mayor será la sintomatología ansiosa (.64) y depresiva (.002), disminuye la satisfacción de vida y es mayor la ansiedad ante la muerte (.012). Es decir, que la satisfacción con la vida, se correlaciona negativamente con los niveles de depresión y de ansiedad, además estos presentan una correlación positiva y, mencionar que, según los investigadores, los problemas tanto físicos como psicológicos son predictivos de mayores niveles de ansiedad ante la muerte. Silva, Del Río, Motta, Coelho y Partenazi (2015) mencionan que la existencia de violencia intrafamiliar en adultos mayores, en cualquiera de sus modalidades ya sea psicológica, física, por negligencia o entre otros, llega a generar síntomas depresivos y de ansiedad, sin importar el sexo, el rango etario o condición económica. Ello es coincidente con lo que en este estudio se halla.

En lo que respecta a la correlación entre la Depresión Geriátrica y la dimensión miedo a la

agonía o enfermedad los resultados reportaron que ejerce un grado de relación grande en sentido directo ( $r = .58$ ) indicando que a mayor depresión más miedo a la agonía o enfermedad. Así afirma Rodríguez (2017) en su investigación “Dependencia y bienestar en ancianos institucionalizados: Propuesta de un programa de intervención” es decir que mayores niveles de dependencia corresponden a una mayor sintomatología depresiva (.003) y de ansiedad ante la muerte (.014), un deterioro en la movilidad y el mantenimiento del autocuidado, una percepción deficiente de calidad de vida que se relaciona con la salud física y una peor actitud hacia el propio envejecimiento (.076).

Cuando se habla del miedo a la agonía o enfermedad es importante que el adulto mayor cuente con el apoyo adecuado para sobrellevar esta etapa, sin embargo, una investigación realizada en El Centro de Emergencia Mujer, encontraron que las personas adultas mayores en Lima que recurren a denunciar casos de violencia, en su mayoría son mujeres con bajos niveles de escolaridad y sin ingresos económicos. Los agresores en su mayoría suelen ser del sexo masculino y en una minoría mujeres. Como los principales agresores se encuentran los hijos y la pareja, siendo el mayor porcentaje representado por las hijas las que son cuidadoras principales desplazando presumiblemente todas sus frustraciones hacia su progenitor(a). Todo esto combinado con otros factores económicos y conflictos familiares, generan en el adulto mayor una situación bastante compleja de atravesar, lo que puede causar sufrimiento emocional (Martina, Nolberto, Mijanovich, Bardales y Galvez, 2009). Así pues, según Leich (1982) cuando un adulto mayor está deprimido significa que va a tener miedo no a la muerte en sí, sino a lo que esta trae consigo como lo indica en una de sus etapas: miedo al proceso de la agonía, que hace referencia al sufrimiento tanto físico como psicológico de presentar una enfermedad en la etapa terminal. Esta información nos confirma la primera hipótesis planteada en nuestra investigación.

En cuanto a correlación entre la Depresión Geriátrica y la variable miedo a que la vida llegue a su fin se obtuvo un resultado elevado, indicando una correlación grande en sentido directo ( $r=.62$ ) es decir que a mayor depresión más miedo a que la vida llegue a su fin. Templer (1970) dice que la ansiedad ante la muerte es como un grupo de emociones poco agradables que el adulto mayor tiene al pensar que su vida llegara a su fin, principalmente en lo cognitivo, donde se encuentra latente el temor a la ansiedad anticipatoria por posible estrés, dolor físico, y el tormento que lleva consigo la invalidación y padecimiento, posteriormente la conciencia de lo transitorio que es el tiempo desde el nacimiento hasta la muerte y el apereamiento de su proceso. De igual manera Leich (1982) indica que el

adulto mayor siente preocupación por lo que les pasara a los miembros de su familia cuando el fallezca o al sufrimiento que ocasionara su deceso, estas emociones se encuentran constantemente en su cabeza ocasionando miedo al saber que su ciclo de vida está por terminar.

En cuanto a la correlación entre la Depresión geriátrica y la dimensión miedo a la muerte se reportó un grado de asociación grande en sentido directo ( $r= .57$ ) confirmando que a mayor depresión más miedo a la muerte. Así pues, Cabrera y Montorio (2009) refieren que la ansiedad trae consigo síntomas o manifestaciones que llegada la edad adulta son frecuentes y bastante importantes para determinar que existe un problema significativo. Va asociado a resultados negativos, aumento en la discapacidad, minúscula sensación de bienestar y satisfacción con su vida, acentuación de la mortalidad, aumento del riesgo de enfermedad coronaria en hombres, así como el uso exagerado innecesario de atención médica. Así también Leich (1982) menciona que dentro de las etapas del miedo a la muerte es temer a lo desconocido, al no saber si existe algo después de la muerte, pero sobre todo miedo a que la vida que ha llevado no haya tenido ningún significado siendo así más doloroso el proceso de morir y causándole más ansiedad. Estos sentimientos generan sufrimiento tanto a nivel emocional como físico, y desencadena la ansiedad ante la muerte.

Es importante mencionar que la adultez tardía, suele tomarse como una etapa donde el anciano descansa y cumple metas que fueron postergadas en algún momento de su vida, pero esto no es totalmente cierto debido a que el deterioro físico por enfermedades, pérdida de familiares o maltrato hacen sentir al adulto mayor perder el control de su propia vida ocasionando emociones negativas, características de la depresión como tristeza, soledad, baja autoestima, aislamiento social y apatía (Chica y Zambrano, 2017). Por otro lado, se identifica como violencia cualquier maltrato de manera física, psicológica, abuso financiero, maltrato estructural, abandono, medico, negligencia y auto abandono los cuales ejercen deterioro emocional en el adulto mayor (García, 2006)

Esta investigación arroja datos que hacen evidente una tendencia hacia la depresión geriátrica indicando que esta se puede mantener en el tiempo o podría incrementarse así también una fuerte predisposición al miedo al miedo a enfermarse a morirse o a la forma en la que van a morir. Así pues, queda abierto un campo de acción muy grande, tanto para el área de investigación, como para la adecuada intervención.

## V. CONCLUSIONES

- Se encontró que existe una correlación de  $r = .65$ , a partir del coeficiente de correlación de Pearson, entre la variable depresión sobre la variable ansiedad ante la muerte evidencia un grado de relación grande en sentido directo ( $r = .65$ , IC [  $.58 - .71$ ]).
- Así mismo, en la correlación entre las dimensiones específicas miedo a la agonía, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte, la depresión, reportaron valores que oscilan entre  $.57$  al  $.62$ . Es decir que existe un grado de correlación grande en sentido directo ( $r > .50$ ; IC 95%).
- Por otro lado, para calcular la consistencia interna de ambas variables se utilizó el coeficiente omega, encontrando puntuaciones que oscilan entre  $.77$  al  $.93$ , las cuales superan el estándar considerado como aceptable ( $\omega = .70$ ).

## VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda se priorice la investigación con respecto a la variable depresión asociada a ansiedad ante la muerte y más variables que están relacionadas a las dificultades emocionales en los adultos mayores como clima familiar y social, calidad de vida, entre otros así se podrá seguir confirmando la relación, enriqueciendo y dando relevancia a esta temática.
- Se recomienda continuar realizando investigaciones con adultos mayores que han sufrido violencia, debido a que es una población la cual está olvidada y no es tomada en cuenta, se puede encontrar diversas investigaciones con población adulta joven y adolescentes, pero adultos mayores son escasas.
- Se recomienda validar la ficha de tamizaje utilizada con la finalidad de que al momento de identificar violencia en los adultos mayores, no surja ningún tipo de sesgo.
- Se recomienda realizar estudios comparativos entre la población adulta mayor violentada y la que no sufrió violencia, para comprobar si existen diferencias.

- Se recomienda al momento de aplicar los instrumentos que se realice en pequeños grupos o de manera individualizada, debido a que los adultos mayores presentan diversas dificultades tanto visuales, auditivas como motoras, o incluso poseen un nivel de instrucción bajo lo cual no le permite comprender los ítems, no saben leer o escribir.
- Se recomienda realizar programas preventivos en los cuales aborden temáticas relacionadas a prevenir depresión y ansiedad, debido a que en los Centros del Adulto Mayor en su mayoría buscan mantenerlos activos realizando actividades recreativas, pero estas no tratan directamente las dificultades emocionales, en algunos casos diagnosticadas, que atraviesan los adultos mayores.

## REFERENCIAS:

- Aguera, L., Losa, R y Gilberte, I. (2011). Depresión geriátrica: De la neurobiología al tratamiento farmacológico. Factores de riesgo para la depresión del anciano. *Psicogeriatría*, 3(1), 1-8. Recuperado de: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO\\_0301\\_001\\_R\\_2611002\\_Aguera.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_001_R_2611002_Aguera.pdf)
- Aragón, L. (2015). *Evaluación Psicológica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Ato, M.; López, J y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en Psicología. *Revista Anales de Psicología*, 29 (3), 1051. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>
- Aaron, A. y Aaron, E. (2001). *Estadística para Psicología*. Buenos Aires: Prentice Hall.
- Brink, T., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. & Rose, T. (2008). Screening test for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, 1 (1), 37-43.
- Buitrago, L. & Córdón, L. (2017). *Niveles de Ansiedad y Estrés en Adultos Mayores en Condición de Abandono Familiar de una Institución Geriátrica del Municipio de Facatativá* (Tesis de licenciatura). Universidad de Cundinamarca, Bogotá, Colombia.
- Cabrera, I., y Montorio, I. (2009). Ansiedad y envejecimientos. *Geriatr Gerontol*, 44(2), 106-111.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista Salud Pública*, 10 (5), 831-839.
- Caycho, T., Barboza, M. y Carranza, R. (2018). Prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores peruanos no institucionalizados. *Enfermería clínica*, 29(1), 58-59.
- Chica, A. y Zambrano, G. (2017). *Factores Psicosociales que inciden en la depresión geriátrica de las adultas y adultos mayores que asisten al centro de docencia e investigación para el desarrollo del buen vivir (CDID) y centro de atención de enfermería (CAE) de la universidad de Guayaquil* (tesis de licenciamiento),

Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Domínguez, J.; López, A.; Blanco, A. (2017). Evaluación de la ansiedad ante la muerte en adultos mayores Ourensanos. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 1(14), 87-90. Recuperado de <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.14.2471>

Erikson, E. (1933). *La teoría del Desarrollo psicosocial del desarrollo psicosocial de Erikson*.

Fernández, C. (2016). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Programas Integrales del adulto mayor de Trujillo* (tesis de licenciatura), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.

García, N. (2006). *Violencia, Maltrato y abuso en la vejez: una realidad oculta, una cuestión de derechos*. Recuperado de: [http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1623/1/violencia\\_maltrato\\_y\\_abuso\\_en\\_la\\_vejez.\\_una\\_realidad\\_oculta\\_una\\_cuestion\\_de\\_derechos.\\_c.\\_sirlin.pdf](http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1623/1/violencia_maltrato_y_abuso_en_la_vejez._una_realidad_oculta_una_cuestion_de_derechos._c._sirlin.pdf)

Graus, M. (2016). *Propiedad Psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte en pacientes adulto mayor de Instituciones de la Ciudad de Trujillo* (Tesis de licenciatura), Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.

Godishala, S. & Swathi, P. (2014). Death Anxiety, Death Depression, Geriatric Depression and Suicidal Ideation among Institutionalized and Non Institutionalized Elders. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4 (10), 1-8.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). INEI: *Estadísticas de población*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>

Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). *Trastornos de ansiedad*. Recuperado de [http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf)

Jara, F. (3 de Julio de 2013). El 90% de los casos de violencia contra los abuelos ocurre en el seno familiar. *Infobae*. Recuperado de <https://www.infobae.com/sociedad/2016/07/03/el-90-de-los-casos-de-violencia-contra-los-abuelos-ocurre-en-el-seno-familiar/>

- Kastenbaum, K. (1992). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Revistas diversitas*, 6 (1), 135 – 140. Obtenido de: [http://www.usta.edu.co/otras\\_pag/revistas/diversitas/doc\\_pdf/diversitas\\_10/vol.6no.1/articulo\\_10.pdf](http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_10/vol.6no.1/articulo_10.pdf)
- Ledezma, R. (2008). Introducción al Bootstrap. Desarrollo de un ejemplo acompañado de software de Aplicación. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 4 (2), 51 – 60.
- Leich, T. (1982). *La mort restituée*. Ginebra, Suiza: Labor et Fides.
- Limonero, J. (1994). *Construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Barcelona, España.
- Llanes, H., López, Y., Vásquez, J. y Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revistas de Ciencias Médicas*, 21 (1), 65-74.
- López, E. (1998). *Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Martin, C. (2014). *Miedo a morir: Estudio experimental de las repercusiones de la angustia ante la muerte en población joven; aplicaciones en procesos de fin de vida* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Martina, M., Nolberto, V., Mijanovich, M., Bardales, O y Gálvez, D. (2010). Violencia hacia el adulto mayor: centro emergencia mujer del ministerio de la mujer y desarrollo social. Lima- Perú, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14 (3), 1 – 7. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v14\\_n3/pdf/a04v14n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a04v14n3.pdf)
- Martínez, A. (2016). La violencia, conceptualización y elementos para su estudio. *Revista Política y Cultura*, 46 (1), 7 – 31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/267/26748302002.pdf>
- Martínez, B., Alonso, J. y Calvo, F. (2001). Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Revista Psiquis*, 22 (5), 176-182.



- Martinez, M. (2002). Depresión y estado de salud en el adulto mayor en el servicio de geriatría. *Revista Simposio Adulto Mayor*, 6 (1), 270 - 277
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *Violencia Familiar en las Personas Adultas Mayores en el Perú: Aportes desde la casuística de los Centros Emergencia Mujer*. Recuperado de [https://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/mimdes\\_adultos\\_mayores\\_libros.pdf?fbclid=IwAR31IZ5wuQnNpKN0yXDGvkuno6n1zmXsotqGjeyIopcCHpPA71MNhk2Xpq0](https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/mimdes_adultos_mayores_libros.pdf?fbclid=IwAR31IZ5wuQnNpKN0yXDGvkuno6n1zmXsotqGjeyIopcCHpPA71MNhk2Xpq0)
- Monterroso, K. (2012). *Tipos de depresión en personas de la tercera edad* (Tesis de licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- Morales, J. (6 de setiembre de 2016). *Ancianos son violentados, sigue negligencia familiar*. Panamá América. Recuperado de <http://www.panamaamerica.com.pa/content/ancianos-son-violentados-sigue-negligencia-familiar>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Depresión*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*: Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (31 de marzo del 2017). *La depresión encabeza la lista de causas de enfermedades*. Artículo recuperado de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;jsessionid=1516558BD2FEAA17D5BD9EC15744CCC6?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=1516558BD2FEAA17D5BD9EC15744CCC6?sequence=1)
- Pearson, K. (1905). Skew Variation, a Rejoinder. *Biometrika* 2 (4) 169-212

- Peña, D., Herazo, M y Calvo, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina* 57 (4), 345-349. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf>
- Radio Programas del Perú Noticias (18 de noviembre del 2015). *Violencia contra adultos mayores en el Perú, una dolorosa realidad*. Recuperado de <http://rpp.pe/peru/actualidad/violencia-contra-adultos-mayores-en-el-peru-una-dolorosa-realidad-noticia-914990>
- Resolución N° 206 (2017). *Código de ética del colegio de psicólogos del Perú*. Colegio de Psicólogos del Perú.
- Rojas, E. (2014). *Como superar la ansiedad, la obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Rodríguez, M. (2017). *Dependencia y Bienestar en Ancianos Institucionalizados: Propuesta de un Programa de Intervención* (Tesis doctoral), Universidad de Granada, Andalucía, España.
- Rodríguez, M., Cruz, F. y Pérez, M. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index Enfermería*, 23(1), 36 – 40. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/original6.pdf>
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9(2), 133-170. Recuperado de [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf)
- Silva, J., Del Río, A., Motta, S., Coelho, S. y Partenazi, R. (2015). Violencia Intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63 (3) 367-375. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a04.pdf>
- Sotelo, A., Rojas, JC., Sánchez, E y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*, 14 (1), 5-13. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>
- Templer, D. (1970). *Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad asociados en ofensores Sexuales Recluidos en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor*

(Tesis de Licenciatura). Universidad Rodrigo Facio San José, San Pedro, Costa Rica.

Valdés, M. (1994) *Estudio de las Actitudes ante la Muerte en Cónyuges de pacientes Hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Generales*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, España.

Vega, S. (2015) *Percepción del adulto mayor respecto a la muerte en el asilo de ancianos Hermanas de la Caridad de San José, Chiclayo 2015*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Martín de Porres, Perú.

**ANEXOS:  
ANEXO A**

Protocolo de la Escala de Depresión Geriátrica de Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – GDS**  
Adaptado por Fernández, 2016

Ítem	Pregunta a realizar	Respuesta	
		SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Tiene esperanzas en el futuro?	SI	NO
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI	NO
7	¿Suele estar de buen humor?	SI	NO
8	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO

<b>9</b>	¿En general se siente usted feliz?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>10</b>	¿Se siente a menudo abandonado?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>11</b>	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>12</b>	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>13</b>	¿Se suele preocupar por el futuro?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>14</b>	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>15</b>	¿Piensa que es maravilloso vivir?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>16</b>	¿Se siente a menudo triste?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>17</b>	¿Se siente inútil?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>18</b>	¿Se preocupa mucho por el pasado?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>19</b>	¿Cree que la vida es muy interesante?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>20</b>	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>21</b>	¿Se siente lleno de energía?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>22</b>	¿Se siente sin esperanza?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>23</b>	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>24</b>	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>25</b>	¿Siente a menudo ganas de llorar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>26</b>	¿Tiene problemas para concentrarse?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>27</b>	¿Está contento de levantarse por la mañana?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>28</b>	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>29</b>	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

<b>30</b>	¿Su mente está tan clara como antes?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

## **ANEXO B**

Protocolo de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer

### **ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE – DAS**

Adaptado por Graus, 2016

**Por favor, lea cada afirmación, piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo e indique con qué frecuencia se siente así.**

<b>Afirmación</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Todo el tiempo</b>
1. Tengo mucho miedo de morirme.	1	2	3	4
2. Pienso en la muerte.	1	2	3	4
3. Me pone nerviosos que la gente hable de la muerte.	1	2	3	4
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme	1	2	3	4
5. Tengo miedo de morir	1	2	3	4

6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer.	1	2	3	4
7. Me molesta ciertos pensamientos sobre la muerte.	1	2	3	4
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.	1	2	3	4
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.	1	2	3	4
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4
12. Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	4
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	1	2	3	4
14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4

## ANEXO C

Protocolo de la Ficha de Tamizaje para descartar violencia.

### FICHA TAMIZAJE

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente los ítems y responda las siguientes preguntas:

PREGUNTAS DE EXPLORACION	RESPUESTA	
	SI	NO
¿Ha recibido malos tratos en algún momento de su vida (insultos, gritos, golpes)? - Considera que han repercutido en su vida de forma: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha recibido insultos, amenazas o malos tratos por alguien cercano a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha recibido golpes y/o empujones por alguien cercano a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que las leyes existentes para proteger al adulto mayor realmente los cuidan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le ha afectado el rechazo notorio de algún miembro de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez alguien cercano a usted le ha quitado o dispuesto de su salario, pensión o propiedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sentido privado de desarrollar sus necesidades básicas como: alimentación, acceso a la salud, medicamentos, casa o aseo personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha sentido que le han negado el uso del servicio público como acceso al autobús, medico etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Has sido forzado (a) a tener contacto sexual?

Si la respuesta es sí especificar:

- ¿Hace cuánto tiempo fue?

\_\_\_\_\_

¿Se ha sentido abandonado en alguna oportunidad por las personas más importantes de su vida?

¿Alguna vez lo han hecho sentir que es una carga para alguien?

**GRACIAS**

**ANEXO D**



## CARTA TESTIGO INFORMADO

LUGAR Y FECHA: Trujillo 25.09.18

Por medio de la presente YO Hayde Custodio López  
con DNI 16556754 doy fe que se me ha informado ampliamente sobre el estudio titulado: **“Depresión y ansiedad ante la muerte en adultos mayores violentados de la ciudad de Trujillo”** y de los términos establecidos para salvaguardar la seguridad y privacidad de los participantes, dichos términos son los siguientes: Las investigadoras responsables me proporcionaron información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para la población, así mismo me respondió y aclaró cualquier duda que le planteé acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, además de los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado a la investigación. Las investigadoras me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, estos serán manejados de forma confidencial, así también se me informó que la participación es voluntaria y que si alguno de los adultos mayores deseaba no continuar con el llenado de las pruebas, se encontraba en total derecho de no hacerlo.





Hayde Custodio López

**Jefa de la unidad de Prestaciones Sociales**



Rosa Sanchez Bacilio

**Investigador responsable**

**Facultad de Humanidades**

**Escuela de Psicología**



Antonieta Shica Cabrera

**Investigador responsable**

**Facultad de Humanidades**

**Escuela de Psicología**