



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACTORES PROTECTORES DEL MALTRATO EN ADULTOS
MAYORES DEL CANTÓN AZOGUES. DICIEMBRE 2022 - MARZO
2023

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

AUTOR: BRIAN JULIAN ENCALADA PARAPI

**DIRECTOR: LCDA. IGNACIA MARGARITA ROMERO
GALABAY, MGS**

AZOGUES – ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Brian Julian Encalada Parapi portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302700307** Declaro ser el autor de la obra: “**Factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022 – marzo 2023**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **09 de febrero del 2023**

F: 

Brian Julian Encalada Parapi

C.I. 0302700307

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Lcda. Ignacia Margarita Romero Galabay, Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022-Marzo 2023**", realizado por: **Brian Julian Encalada Parapi**, con documento de identidad: **0302700307**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 09 de febrero del 2023



UNIVERSIDAD
CATOLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
Lcda. Margarita Romero G. Mgs.
DOCENTE

LCDA. IGNACIA MARGARITA ROMERO GALABAY, MGS

0302196183

DIRECTORA

DEDICATORIA

A Dios, por haberme guiado en todo el proceso académico y por concederme el ímpetu para no desvanecerme ante las adversidades.

A mi madre, por haberme dado la vida, por ser testigo de mis sueños y moldear mi corazón y forma de ser. Por los mejores consejos de lucha y sacrificio. Gracias por guiar mis pasos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el don del conocimiento, valores y salud. Por el designio cumplido, cimiento para iniciar una etapa laboral.

A mi madre y familiares, por la confianza, apoyo emocional y económico y la motivación para no renunciar a mis sueños.

A las autoridades y cuerpo docente de la carrera de Enfermería por sembrar las bases del conocimiento en la resolución de problemas de salud y fomentar la responsabilidad y ética en los cuidados de las personas.

A la Lcda. Margarita Romero y Dr. Andrés Ramírez por su magna asistencia, dirección y contribución. Por solventar todas las dudas y por el acompañamiento en todo el proceso de elaboración de este proyecto.

RESUMEN

Introducción: El maltrato en los adultos mayores se considera un problema de salud pública por la repercusión en la calidad de vida de los afectados, reflejando la violación de los derechos humanos. **Objetivo:** Determinar los factores protectores del maltrato en los adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022 - marzo 2023. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, correlacional. Mediante muestreo probabilístico por conglomerados se obtuvo 368 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la escala de fragilidad, de Barthel, Minimental y de Maltrato. **Resultados:** Participaron 221 (60,1%) mujeres, 108 (29,3) residían en Azogues, 190 (51,6) eran casados, 357 (97,0%) mestizos y 146 (39,7%) terminaron la secundaria. Se estableció una relación estadísticamente significativa entre el abuso con la zona de residencia ($p=0,02$) y con la escolaridad ($p<0,00$). Existió relación estadísticamente significativa positiva entre el maltrato psicológico, negligencia, abuso económico, sexual y maltrato global con la fragilidad ($p<0,05$). Las relaciones estadísticamente significativas negativas, se dieron entre el maltrato psicológico con el nivel de dependencia para ABVD ($p=0,03$) y entre el maltrato económico con la salud cognitiva ($p<0,00$) y con el nivel de dependencia para realizar ABVD ($p=0,01$). Existió relación estadísticamente significativa positiva entre el maltrato económico con los rangos de edad ($p=0,03$). **Conclusión:** Se determinó que el factor protector del maltrato psicológico y económico fue el mayor nivel de dependencia para ABVD, también lo fue la disminución de la salud cognitiva para el maltrato económico.

Palabras clave: Adultos mayores, factores protectores, maltrato

ABSTRACT

Introduction: Mistreatment of older adults is considered a public health problem due to the impact on their living conditions, reflecting the violation of their human rights.

Objective: To determine the protective factors of mistreatment in older adults in Azogues canton from December 2022 to March 2023.

Methodology: It was a quantitative, cross-sectional, correlational study. Through probabilistic cluster sampling, 368 people were chosen.

The instruments were the frailty, Barthel, Minimental, and Abuse scales.

Results: The following information was established: 221 (60.1%) were women, 108 (29.3) live in Azogues, 190 (51.6) were married, 357 (97.0%) were of mixed race, and 146 (39.7%) had secondary education.

A statistically substantial relationship was established between abuse with the area of residence ($p=0.02$) and schooling ($p<0.00$).

There was a meaningful positive relationship between psychological, economic, sexual, global abuse, and neglect with frailty ($p<0.05$).

There were significant negative connections between psychological abuse with the Level of Dependence on Activities of Daily Living (ADLs) ($p=0.03$) and economic abuse with cognitive health ($p<0.00$) and the level of dependency on performing ADLs ($p=0.01$).

There was a positive correlation between financial mistreatment with age ranges ($p=0.03$).

Conclusion: It was determined that the protective factor against psychological and financial mistreatment was the higher dependence on ADL and against economic mistreatment was the decreased cognitive health.

health.

Keywords: Older adults, protective factors, mistreatment

ÍNDICE

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
Resumen.....	VI
<i>Abstract</i>	VII
Índice	VIII
Introducción	1
Metodología	14
Resultados	20
Discusión.....	36
Conclusión	44
Referencias Bibliográficas	46
Anexos	52
ANEXO 1: PROTOCOLO.....	52
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	79
ANEXO 4: CERTIFICADO APROBACIÓN CEISH-UCACUE.....	85
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL .	86

Introducción

La situación de maltrato a los adultos mayores constituye un problema de salud pública por las repercusiones en la calidad de vida y bienestar del afectado y es considerado como un acto que refleja la violación de los derechos humanos (1). En este contexto, la Organización Mundial de la Salud establece una definición del maltrato en el adulto mayor como “Cualquier acto aislado y repetitivo o la falta de acción apropiada, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza, que causa daño o malestar a la persona mayor”(2).

Ahora bien, a este tema no se le ha prestado la debida importancia y el desafío que se presenta es la discriminación y desigualdad por el nivel de dependencia de este grupo vulnerable (2,3). De cierta forma, se han creado instituciones que han desarrollado políticas y estrategias para proteger los derechos de las mujeres, los jóvenes y los niños, no obstante, en la actualidad existe limitación en políticas protectoras de los adultos mayores (3).

Cabe considerar que, los tipos de abuso son los siguientes: el físico que se relaciona con lesiones en el organismo, como golpes, empujones o sacudidas. El maltrato psicológico engloba los insultos, las amenazas, entre otros, este tipo es uno de los más frecuentes en personas no institucionalizadas. El maltrato económico se trata del mal uso o administración de los recursos propios del adulto mayor. Quienes suelen aprovecharse de esta situación son los convivientes y los hijos. El maltrato sexual incluye actos, proposiciones, utilización de términos sexuales sin autorización de la víctima, entre otros (2,4-7).

Por otra parte, vale la pena mencionar que, los factores de riesgo para el maltrato en este grupo poblacional son: El sexo mujer, la fragilidad, la dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), alteraciones a nivel cognitivo, enfermedades, agresividad, mala funcionalidad familiar, entre otros. En Portugal se realizó un estudio del abuso en adultos mayores en donde los resultados mostraron que, del 2004 al 2013 el 79,7% de situaciones de maltrato lo sufrían las mujeres, con un porcentaje del 75,9% estaban personas mayores de 75

años y el 55,9% eran personas con discapacidad (2). Otro factor importante corresponde a la demencia (4) y el deterioro de capacidades psicomotoras que convierte a los ancianos en personas dependientes, presentando dificultad de tomar decisiones por si solos, siendo abusados por individuos dentro de su entorno, como cuidadores o familiares, apareciendo el maltrato, las negligencias y violación de derechos (4,8).

Dentro de este marco, los factores de riesgo relacionados con el cuidador o familiar engloban situaciones de estrés, enfermedades psicológicas, consumo de sustancias psicotrópicas, problemas económicos, déficit de apoyo social y ser hombre (2,6), a esto se suman los adultos mayores que reciben cuidado en instituciones (4). Por lo general, quienes cumplen con el rol de abusadores son los convivientes, los hijos, personas desconocidas y hermanos. En cuanto a América Latina el grupo que presenta mayor abuso son las mujeres, el motivo es que sus esposos las consideran como un objeto de su propiedad (4). Ahora bien, lo preocupante se encuentra en el bajo porcentaje de reporte de abusos (2), esto lo demuestra un estudio realizado en el año 2017 en donde hubo notificación de 1 por cada 24 casos (4).

Debe señalarse que, las consecuencias del maltrato incluyen daños físicos y psicológicos crónicos (6,9,10). Diferentes estudios han mencionado que en un adulto mayor maltratado se incrementa en tres veces la probabilidad de ser hospitalizado (6,7). Así mismo, puede presentar baja autoestima, aislamiento social, sentimiento de culpabilidad y mayor probabilidad de padecer depresión (2). A esto se suma la discriminación, explotación y situaciones legales que pueden poner en riesgo sus pertenencias. Lo más importante radica en que, cualquier tipo de abuso está relacionado con un incremento en la mortalidad de la población adulta mayor (4,6). Así pues, un estudio demostró que existe mayor probabilidad de muerte en ancianos maltratados en comparación con los que no viven esta situación (7).

Visto de esta forma, la prevalencia del maltrato hacia adultos mayores no institucionalizados corresponde al 15,7%, esto representa uno de cada seis adultos mayores (5). En el año 2014 en Estados Unidos se registraron 715 000 casos de maltrato físico. En Finlandia y Gran Bretaña los porcentajes fueron entre el 4,0% y el 6,0% (2). De igual manera, en España se realizó un estudio sobre el maltrato, evidenciándose que el 29,1% de la población mayor sufría esta situación y los sectores más vulnerables fueron el género femenino, la dependencia física y el vivir solo y las condiciones de maltrato más frecuentes fueron la negligencia y maltrato a nivel psicológico (11). En igual forma, un estudio realizado en España mostro resultados de abuso en un 12.1%, el tipo de maltrato dominante fue el psicológico presente en un 80,0% de todos los casos de maltrato, a continuación estaba el abuso físico y sexual, seguido del económico y el abandono (2). Al mismo tiempo, se realizó un estudio en México, en donde los resultados mostraron ancianos maltratados en un porcentaje de 37,0% por los hijos, el 11,0% sufrió maltrato por su pareja, el 10,0% por los nietos y el 17,4% por otras personas (10). Durante la pandemia por SARS COV 2 no se realizaron muchos estudios en este apartado, pero la OMS y la ONU indicaron que en tiempos de problemas económicos, catástrofes o pandemias, hay un incremento de maltrato en adultos mayores, esta información está basada en las crisis anteriores (12). Cabe recalcar que, estudios realizados pueden mostrar datos subestimados por el bajo porcentaje de notificación de casos de violencia por miedo de los adultos mayores (10).

Dentro de este orden de ideas, nivel Nacional, el INEC mediante la encuesta sabe I presentó porcentajes de maltrato familiar en un 4,0% en adultos mayores, correspondiendo al 3,0% la violencia sexual, el 16,4% fue a nivel psicológico y el 14.9% sufrieron abandono (9,10). Hay que hacer notar que, este estudio refleja el incumplimiento de políticas públicas que fomentan el fortalecimiento de lazos familiares para que las personas mayores puedan tener un envejecimiento activo. Gracias a este estudio se logró comparar a nuestro País con otras regiones situaciones económicas, sociales, de violencia, entre otros, de los adultos mayores.

Sumado a esto, se instauraron programas para proteger a esta población (11). Así pues, la Constitución de la República del Ecuador ha creado programas de apoyo para satisfacer necesidades en los apartados de salud, empleo, convivencia y a nivel social de este grupo vulnerable (13). Simultáneamente, los centros de salud han creado espacios, grupos de apoyo y clubes en donde los adultos mayores desarrollan actividades recreativas, manualidades y charlas mejorando su autoestima y calidad de vida (14).

Dentro de este marco, el problema de investigación está enfocado en la limitada información y conocimiento de la realidad por la que atraviesan los adultos mayores con respecto al trato, a nivel nacional y local. Por este hecho, entidades, instituciones y otras administraciones de la seguridad social no han priorizado el gestionamiento para concientizar sobre este problema, lograr que se implementen estrategias de prevención y control y de esta forma disminuir los índices de violencia en este grupo vulnerable. Como se ha mencionado, la prevalencia de maltrato en otros países va en aumento y si bien es cierto, se han aplicado estrategias mediante la utilización de instrumentos para conocer los factores de riesgo del maltrato y poder combatirlo. Sin embargo, las pruebas de eficacia de estas intervenciones han resultado insuficientes.

Como se mencionó, a nivel local, el poco conocimiento sobre el abuso en personas de edad, disminuye aún más las posibilidades del establecimiento de medidas de prevención como planes de apoyo para cuidadores y familiares para disminuir la carga que demanda la atención de la persona mayor, la ejecución de programas de administración económica para quienes se encuentren en riesgo de abuso económico, la implementación de líneas telefónicas de ayuda, de apoyo inmediato y gratuito, la creación de centros de acogida de emergencias y la conjugación de entidades multidisciplinarias que ataquen al problema desde diferentes ámbitos, como profesionales de la salud médica y mental, la justicia penal y los organismos protectores de adultos mayores.

Con respecto a la conveniencia de la investigación. El maltrato es definido como el mal comportamiento que tiene consecuencias médicas y a nivel social en el abusado, las personas que hacen daño están directamente relacionadas con el adulto mayor como los cuidadores o familiares o por condiciones que convierten a la persona en vulnerable, tal es el caso de la edad o la discapacidad. Es un acto que se aprende. Los niños reciben maltrato, crecen dentro de ese ambiente y llegan a ser adultos que abusan de sus hijos y de sus padres (15).

En el año 2013 se analizó el consenso desarrollado en Montevideo en la primera reunión de la Conferencia sobre la Población y desarrollo de América Latina y el Caribe, en donde se aprobaron los acuerdos sobre la aplicación de más de 120 medidas relacionadas con temas prioritarios, dentro de estos temas se encuentra el envejecimiento, y se menciona que por la edad y al ser un grupo vulnerable, este grupo ha sido víctima de abusos y sus derechos no se están respetando, por lo que se llegó al acuerdo de eliminar todas las formas de discriminación y violencia, enfatizando la obligación de los estados en promover un envejecimiento digno. También se acordó la creación de programas de derechos humanos para erradicar todos los tipos de abuso tanto en instituciones públicas como privadas (16).

La Constitución de la República del Ecuador vela por los derechos de los adultos mayores. El artículo N36 indica que son un grupo de atención prioritaria en instituciones públicas o privadas y más aún si tienen doble vulnerabilidad (8,17). El artículo N37 señala que este grupo poblacional debe recibir asistencia en el ámbito psicológico y económico y que los familiares que hayan abandonado a los adultos mayores recibirán una sanción (8,13). El artículo 11 de los deberes del estado, sociedad y familia con las personas mayores menciona que, es responsabilidad de los familiares propiciar cuidados a nivel, físico, psicológico y emocional para lograr un desarrollo integral mediante apoyo y respeto, también involucra al estado y la sociedad para garantizar los derechos de los ancianos. Debe existir el deber y el compromiso de la familia y comunidad para que la etapa final de la población longeva sea digna (8).

El Ministerio de Inclusión Económica y social (MIES) se preocupa por la salud, calidad de vida y envejecimiento activo. Los trabajadores sociales son los encargados de promocionar estos programas, mediante visitas a zonas vulnerables, para lograr incluir a más adultos mayores y proporcionar cuidados y protección en diferentes ámbitos (8,13).

En base a los datos expuestos por el INEC, que reflejan el 4,0% de Adultos mayores en situación maltrato a nivel Nacional (10), también porque la violencia a este grupo es considerado un problema de salud pública por las repercusiones a nivel socioeconómico y de salud (2,12). Se pretende mediante este estudio indagar más allá de datos estadísticos, adentrándonos hacia las verdaderas causas o factores que repercuten en la salud y calidad de vida de este grupo poblacional, tomando en cuenta que las cifras de abuso pueden tener sesgo por la escasez de reportes de estas situaciones y que en el caso que se identifique vulneración de derechos de las personas mayores no existan los instrumentos o entidades que actúen de manera eficaz en la protección y cumplimiento de políticas en beneficio de este grupo expuestas por la Constitución de la República del Ecuador, esto sumado a que profesionales de la salud no se encuentran bien equipados para poder diagnosticar una persona que ha sido abusada.

El aporte, teniendo en cuenta la relevancia social, nace por las consecuencias en la salud de los adultos mayores, por el maltrato que puede involucrar varios aspectos emocionales, desencadenando ansiedad, estrés, autoestima baja, sentimiento de inutilidad, soledad, aparición y complicaciones de enfermedades neurodegenerativas y crónicas. Se anhela despertar en la sociedad, a nivel familiar y en instituciones públicas y privadas el arte de cuidar, de ser empáticos, de preocuparse por los demás, de terminar con las desigualdades sociales, de que no haya rechazo, se luche por los derechos de los ancianos, que tengan la oportunidad de poder acudir a un lugar seguro si es que están siendo maltratados y que se establezca a nivel social una visión positiva de esta etapa de vida.

Se estableció la importancia de determinar los factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues. El aporte teórico será relevante porque incrementara los conocimientos actuales y contribuirá con futuras soluciones para el problema del maltrato. Los resultados de este estudio servirán como cimiento para que instituciones puedan desarrollar planes de acción de ayuda para este grupo vulnerable, también para que los profesionales de la salud puedan identificar los factores de riesgo, utilicen los instrumentos y técnicas adecuadas para el diagnóstico de abuso y para que se ejecuten programas encaminados a mitigar este problema y que nuestra población adulta mayor se sienta protegida.

Ahora bien, las hipótesis de la investigación se detallan a continuación:

1. No existe hipótesis para el objetivo específico 1, al ser de tipo exploratorio
2. El maltrato está asociado con el sexo, la escolaridad, el estado civil y la zona de residencia en los adultos mayores del cantón Azogues (objetivo específico 2).
3. Existe una asociación entre el maltrato con la fragilidad, nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria y la salud cognitiva (objetivo específico 3).
4. El maltrato global y cada uno de sus tipos está relacionado con los rangos de edad (objetivo específico 4).

Definiciones de maltrato

El término abuso del adulto mayor en los años 70 se definía como “Vapuleando a la abuelita”, haciendo referencia a los malos tratos que sufrían los ancianos, al principio este término solo englobaba el aspecto físico y simplemente se lo consideraba un problema doméstico (2).

En el año de 1975, se empieza a considerar a este grupo poblacional como vulnerable y víctimas de maltrato, se menciona que es un problema que puede estar enmascarado por caídas o circunstancias que justifican carencia en los cuidados hacia el adulto mayor y en 1986 se establece la definición de maltrato como acontecimientos que disminuyen la calidad de vida y que involucran consecuencias a nivel físico y psicológico (18).

En 1995 se establece una definición en Reino Unido por parte de la Organización contra el maltrato a los Ancianos, se menciona que el abuso es una actitud que destruye a los adultos mayores, se desarrolla dentro de un ambiente de confianza y repercute en la salud, física, psicológica, social y financiera e involucra la violación de los derechos humanos (16).

La definición propuesta por la OMS en la “Declaración de Toronto para la prevención del maltrato en adulto mayores”, es actualmente la más utilizada y define al abuso como un acto que puede desarrollarse de manera única o repetida, causando daño y angustia y provocada por personas con quienes existe un lazo de confianza (2).

De acuerdo a lo antes mencionado, existen los siguientes tipos de maltrato:

Maltrato físico: Se produce por una falta de respeto, abuso por parte de familiares y frecuentemente se da en asilos por parte de los cuidadores, está involucrado el uso de la fuerza para obligar a realizar actividades en contra de la voluntad de las víctimas (16,17), tal es el caso de golpes, patadas, bofetadas, quemaduras y utilización de objetos cortopunzantes o armas (15).

Maltrato psicológico: Influye a nivel emocional en la persona mayor, los lugares en donde puede darse son en la casa, asilo y la calle. La sociedad es la que fomenta este tipo de maltrato (10), además incluye actitudes para aislar o amedrentar con agresiones de tipo verbal, este tipo de abuso es uno de los más frecuentes (16,17). A manera de ejemplo tenemos regaños verbales, amenazas, aislamiento social forzado, trato como a un niño o a un bebé (15).

Maltrato económico: Aprovechamiento de los bienes materiales y económicos del anciano y la obtención de un beneficio económico a expensas del sacrificio ajeno (10), no existe un consentimiento del uso de los recursos (16,17). Ejemplos de este tipo de abuso son el robo de objetos o dinero, falsificación de firmas o suplantación de identidad para cobrar dinero ajeno, convencimiento a la persona mayor para que firme contratos o inclusión dentro de un testamento (15).

Maltrato sexual: Tiene como objetivo la satisfacción sexual o excitación, utilizando como objeto al adulto mayor, realizando practicas eróticas en contra de su voluntad (16), por ejemplo la violación, desnudez sin consentimiento, expresiones verbales sexuales, frote de genitales, entre otros (17).

Estado del arte del maltrato relacionado con factores sociodemográficos

Un estudio realizado por Agudelo en el 2016 en Colombia mostro resultados de mayor porcentaje de maltrato en mujeres con un 55,5%, las personas casadas y en unión libre tuvieron un porcentaje de maltrato de 55,9% (19). En otro estudio desarrollado por el mismo autor en la ciudad de Medellín en el año 2020, se evidencio que en los adultos mayores en un rango de edad entre 60 y 74 años el 84,2% se presentó maltrato, con respecto al sexo el 73.7% de mujeres sufrieron abuso, en cuanto al estado civil el 68.4% de personas sin pareja presentaron esta condición (20).

Con respecto al maltrato relacionado con los rangos de edad, Curcio (21) en su estudio sobre maltrato en adultos mayores Colombianos, presenta la prevalencia de maltrato a nivel global en personas de 60 a 69 años del 17,1% y de acuerdo a sus tipologías, las personas con un rango de edad de 60 a 69 años igualmente presentaron mayor porcentaje de maltrato a nivel psicológico con un 14,9%, físico con el 2,2%, sexual con el 0,3%, económico con el 1,4% y de negligencia con el 9,2%.

En Ecuador en el año 2019 se publicó un estudio acerca de los factores sociodemográficos y el maltrato en adultos mayores en Guayaquil, los resultados evidenciaron que las personas de 75 a 84 años fueron quienes más sufrieron de abusos con un porcentaje de 53,0%, con respecto al estado civil el 64,0% de personas que no tenían pareja fueron víctimas de maltrato, con relación al sexo las mujeres fueron el grupo con mayor porcentaje de abuso con el 68,0% y en el apartado de escolaridad el 65,0% de personas que terminaron la primaria sufrieron maltrato representando un mayor porcentaje (22).

Fragilidad

Esta condición está relacionada con un conjunto de signos y síntomas que representan un desequilibrio en la homeostasis, consecuente a una disminución de la funcionalidad fisiológica en adultos mayores, esto puede provocar otro tipo de incapacidades como caídas, incremento de hospitalizaciones, institucionalización e incluso la muerte (23–26). Por la disminución de la fecundidad e incremento de la esperanza de vida este síndrome ha cobrado mucha importancia en los últimos años. En América Latina el porcentaje de adultos mayores de 60 años en las comunidades es de 7.7% y 39.3% y los factores de riesgo para padecer este síndrome son una edad mayor, el sexo mujer, bajo nivel socioeconómico y comorbilidades (27). Estudios realizados en México, demuestran que el 7,0% presenta este problema, mientras que en España el porcentaje es del 8.5% (28).

Para la identificación de esta condición se utiliza el fenotipo de la fragilidad que consiste en una escala en la cual se valoran diferentes criterios relacionados con la salud del adulto mayor, dentro de estos criterios están: la fatiga, la resistencia, la deambulación, enfermedades y la pérdida de peso. Si la respuesta es positiva en cada ítem se le otorga una puntuación de 1, al final el puntaje total demostrara si el adulto mayor presenta el síndrome. Si la puntuación es de 0, la persona esta robusta, de 1 a 2 representa pre fragilidad y mayor o igual a tres puntos quiere decir que el individuo tiene la condición de fragilidad (23–25).

El tratamiento se basa en la realización de actividad física, el buen apego terapéutico y una alimentación adecuada. Los profesionales suelen utilizar el ejercicio aeróbico puesto que es sencillo de realizar para los adultos mayores (26).

Estado del arte del maltrato relacionado con la fragilidad en el adulto mayor

Una investigación realizada en la ciudad de México por Torres (29), presenta una prevalencia de maltrato del 35,7% y relaciono el maltrato con la fragilidad en adultos mayores de 60 años

no institucionalizados, finalmente se demostró que no hubo asociación entre ambas variables ($p=0,47$).

Por otra parte, se estudió a 429 adultos mayores en el Noroeste de Turquía, el 28,7% tenían el síndrome de fragilidad y el 22,4% sufrieron maltrato. La relación entre ambas variables mostro una asociación significativa ($p=< 0,00$) (30).

Otro estudio realizado con 852 adultos mayores determinó una prevalencia de fragilidad del 13,9% y de maltrato del 20,0% y se demostró una asociación entre las dos variables estudiadas ($p = 0,02$) (31).

Al noroeste de Brasil se realizó un estudio con una muestra de 146 adultos mayores, se relacionó la variable de fragilidad con el maltrato obteniendo una relación ($p=< 0,00$) y demostrando que el síndrome de fragilidad representa un factor de riesgo del abuso en la población adulta mayor (32).

Definición de la dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria

Las actividades básicas de la vida diaria son todas aquellas tareas que una persona debe realizar para involucrarse en diferentes situaciones de la vida. Estas actividades están relacionadas con el autocuidado, el transporte y la comunicación, también están incluidas todas aquellas tareas que se realizan en la casa y que incluyen responsabilidad (33). La funcionalidad física y psicológica le permiten a la persona realizar todas estas tareas (34). Si un adulto mayor es capaz de cuidarse a sí mismo, es un ser autónomo (35). Sin embargo, esta autonomía puede verse disminuida por déficit a nivel biopsicosocial y aparece dificultad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria repercutiendo en la calidad de vida del individuo (36).

Para la valoración del nivel de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria se utiliza la escala de Barthel en donde se analiza la capacidad del adulto mayor para comer, ir al baño, vestirse, arreglarse, también los problemas para realizar la deposición y la micción, el

uso del retrete, traslado a la cama o al sillón, la deambulación y la capacidad para subir o bajar las escaleras (10,36)

Estado del arte del maltrato relacionado con la dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Agudelo (19) menciona en su estudio realizado en Colombia que los adultos mayores dependientes son 7 veces más propensos a ser maltratados que los adultos mayores independientes (RP=7,2; IC95%:1,2-43,3) (19).

Otro estudio realizado en Colombia por Curcio (21) sobre la asociación del maltrato de adultos mayores con la funcionalidad y condiciones socioeconómicas mostro que en el apartado de la funcionalidad el 78,8% de la muestra eran independientes en ABVD y el 61,6% en AIVD. Del porcentaje de personas con maltrato, el 23,3% eran dependientes en ABVD y el 34,0% en AIVD con una relación significativa ($p=0,00$) en los dos apartados.

Salud cognitiva

La cognición es conocida como la capacidad intelectual para que una persona pueda desenvolverse dentro de su entorno. La disfunción cognitiva afecta principalmente aspectos como la memoria operativa y la atención, como consecuencia de cambios a nivel cerebral de tipo morfológico, circulatorio, metabólico y químico (37). En los adultos mayores no suele haber pérdida de memoria de hechos ni de situaciones pasadas, no hay perdida de conocimiento de conceptos, tampoco se pierde la capacidad de comprensión, de lenguaje, leer y escribir, por lo tanto, con la edad muchas capacidades cognitivas se mantienen (38).

Si existe un buen nivel de funcionalidad en la persona mayor, se considera que la condición cognitiva es normal, pero existen alteraciones como perdida de la memoria, cambios de conducta y dificultad de pensamiento que se relaciona con el déficit cognitivo, lo que provoca dependencia especialmente para poder desempeñar actividades de la vida diaria (38).

Para la valoración de la capacidad cognitiva se utilizan instrumentos confiables, rápidos y sobre todo validados, entre los más utilizados tenemos al *Mini Mental State Examination*. Esta escala valora aspectos como la orientación en tiempo y espacio, la repetición, la atención y el cálculo, la evocación y el lenguaje. Cada respuesta o acción correcta tiene un valor de 1 punto, al final si el puntaje es igual o mayor a 27 quiere decir que la capacidad cognitiva es normal, si el puntaje esta entre 24 a 26, hay deterioro leve, si el puntaje esta entre 16 y 24 existe deterioro moderado y menor a 16 puntos hay un déficit cognitivo severo (39).

Estado del arte del maltrato relacionado con la salud cognitiva

Se realizo un estudio sobre la prevalencia del abuso y factores de riesgo en anciano durante la pandemia por COVID 19 en China. Con respecto a la salud cognitiva, se evidencio que el 25,0% de personas tuvo deterioro cognitivo severo, presentó maltrato, siendo este el porcentaje más alto con relación al deterioro cognitivo leve y moderado (40).

Otro estudio sobre el deterioro cognitivo y el maltrato en adultos mayores no institucionalizados, en México, demostró una relación positiva entre el deterioro cognitivo y el maltrato ($p=0,00$). Esta relación se evidencio en todas las esferas del área cognitiva, menos en la ejecutiva. La relación del maltrato con la memoria episódica tuvo un valor $p=0,03$, con el lenguaje $p=0,01$, a nivel visuoespacial $p=0,01$, con la atención $p=0,01$ y con la queja cognitiva $p=0,06$ (41).

Cabe considerar, que el propósito de la investigación es determinar los factores protectores del maltrato en los adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022-Marzo 2023. En segundo lugar, dentro de los objetivos específicos tenemos: Definir las características sociodemográficas de la población de estudio, Relacionar el maltrato al adulto mayor en función del sexo, escolaridad, estado civil y zona de residencia, Verificar si los tipos de maltrato se asocian con la fragilidad, nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria y la salud cognitiva y Analizar la relación del maltrato global y sus tipologías según los rangos de edad.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, puesto que, el investigador no manipuló las variables en ningún momento, correlacional, al tratarse de un proyecto en el que se evaluó la relación estadística de las variables. De corte transversal, porque las variables fueron evaluadas en un momento y tiempo específico dentro del año 2022.

Población

La población estuvo constituida por 8 387 personas mayores, este dato estadístico fue obtenido del Instituto Nacional de Estadística y Censos y corresponde al total de la población adulta mayor en el cantón Azogues mayor de 60 años (42).

Muestra

Para elegir la muestra de estudio, se empleó un muestreo probabilístico por conglomerados, al tratarse de una población extensa. En primera instancia se seleccionaron participantes de todas las parroquias del cantón Azogues, posterior, se utilizó muestreo sistemático aleatorio para elegir participantes de los Barrios. El instrumento de recolección de datos se aplicó a la población adulta mayor que haya cumplido con los criterios de inclusión. El muestreo mencionado nos ayudó a representar la población total de adultos mayores y controlar la dirección correcta del proceso de selección de la muestra. El software epidemiológico que se utilizó para calcular el tamaño mínimo de la muestra será Epidat 4.1, bajo los siguientes criterios:

- Población total: 8 387 personas mayores de 60 años.
- Proporción esperada: 50%.
- Nivel de confianza: 95%
- Exactitud absoluta: 5%
- Resultado final de la muestra: 368 participantes.

Criterios de Inclusión:

- Personas de 60 años en adelante.
- Adultos mayores residentes en el cantón Azogues y sus parroquias.
- Personas mayores con pleno uso de sus capacidades de comunicación.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no quisieron participar en la investigación
- Participantes con enfermedades neurodegenerativas o en circunstancias que interfieran con la recopilación de datos.
- Personas que no disponían del tiempo que tomaba la resolución del cuestionario.

Variables e instrumentos

Variable dependiente

Dentro de la variable dependiente tenemos al maltrato (existe maltrato, no existe maltrato), al tratarse de la situación que recibe el enfoque principal.

Variables Independientes

Factores sociodemográficos: Sexo (hombre, mujer), edad (de 60 a 70 años, de 71 a 75 años, de 76 años en adelante), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre), autoidentificación étnica (indígena, mestizo, afrodescendiente, blanco, otro), escolaridad (ninguno, educación básica, bachiller, tercer nivel, cuarto nivel), actividades básicas de la vida diaria (dependencia severa, dependencia moderada, dependencia leve, independencia), función cognitiva (normal, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado, deterioro cognitivo grave), fragilidad (robusto, pre frágil, frágil).

Instrumentos

Actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel)

Instrumento creado para valorar la función física. Se empezó a aplicar desde el año 1955 en pacientes con enfermedades crónicas, musculoesqueléticas y neuromusculares y para valorar la evolución en el proceso de recuperación en las áreas de rehabilitación. Utilizado para valorar a

un adulto mayor en cuanto a su nivel de independencia para realizar actividades la vida diaria, se obtienen resultados cuantitativos mediante diferentes puntuaciones. Consta de 10 ítems, se puede obtener los datos mediante preguntas directas al participante. La puntuación de 0 a 20 representa dependencia total, de 21 a 60 dependencia severa, de 61 a 90 dependencia moderada, de 91 a 99 dependencia escasa, una puntuación de 100 independencia (43).

Fragilidad (Escala Frail)

La encuesta fue validada en el año 2006 mediante su aplicación a 158 adultos mayores en el centro metropolitano Edmonton, Alberta. Esta validación se dio con un Alfa de Crohnbach de 0,8, se la considera como confiable para la utilización de profesionales no geriatras y se la puede utilizar para realizar validaciones en otros ámbitos. Cada día más investigadores se están sumando a utilizar este instrumento. El cuestionario está formado por 5 preguntas que contienen aspectos importantes para diagnosticar la fragilidad, estos ítems son la fatiga, la resistencia, el desempeño aeróbico, las enfermedades y la pérdida de peso. Si la respuesta es positiva en cada ítem se le otorga una puntuación de 1, al final el puntaje total demostrara si el adulto mayor presenta el síndrome. Si la puntuación es de 0, la persona esta robusta, de 1 a 2 representa pre fragilidad y mayor o igual a tres puntos quiere decir que el individuo tiene la condición de fragilidad (44).

Capacidad cognitiva (Minimental Status Examination) modificado

Esta escala fue creada en 1975 por Folstein y McHung para aplicarla en pacientes psiquiátricos. En la actualidad se utiliza la versión en castellano modificada por Lobo y col. Se han realizado 14 estudios utilizando este instrumento, demostrando que su sensibilidad fue del 88,3% y con un porcentaje de especificidad de 86,2% para la demencia. El tiempo de aplicación no supera los 10 minutos y es fácil de resolver. Dentro de los indicadores se encuentran la orientación, fijación, calculo y concentración, el lenguaje y la memoria. Cada respuesta o acción correcta tiene un valor de 1 punto, al final si el puntaje es igual o mayor a 27 quiere decir que la capacidad

cognitiva es normal, si el puntaje esta entre 24 a 26 puntos hay deterioro leve, si el puntaje esta entre 16 y 24 existe deterioro moderado y menor a 16 puntos hay un déficit cognitivo severo (45).

Escala de maltrato al Adulto mayor

Sirve para detectar los diferentes tipos de maltrato a nivel físico, psicológico, de negligencia, económico y sexual. Fue elaborada en el año 2013 a falta de un instrumento que permita valorar el abuso en el adulto mayor. La encuesta fue aplicada a 626 personas mayores en la Ciudad de México. El alfa de Cronbach para la aceptación del cuestionario fue de 0,8 a nivel general, para el apartado que valora el maltrato psicológico fue de 0,8, para el abuso físico 0,7, para el maltrato a nivel económico 0,5, para la negligencia 0,8 y para el maltrato sexual 0,9. Por lo tanto se recomienda la aplicación de la encuesta en el ámbito clínico y en proyectos sociales que tengan el propósito de valorar esta condición en adultos mayores no institucionalizados. Consta de 22 preguntas, se requiere de un tiempo de 5 a 10 minutos para poder responderla, si la persona responde una vez afirmativamente para cualquier ítem se determina que ha sufrido maltrato (46).

Procedimiento

El instrumento de recolección de datos fue aplicado mediante visitas en los domicilios de los participantes de manera privada para asegurar la veracidad y confidencialidad en las respuestas. Previo a ello se compartió información sobre el estudio, se dio a conocer el propósito del proyecto, los riesgos y beneficios, procedimientos a realizar, el tiempo promedio de llenado de la encuesta, los derechos de los participantes, el mecanismo de confidencialidad de la información y los datos de contacto de los investigadores. Se cuestionó sobre la decisión de participar o no en el mismo, se obtuvo la firma del participante en el consentimiento informado en el caso que haya aceptado formar parte de la investigación y se entregó una copia del documento. La encuesta se aplicó en el mes de diciembre a la población adulta mayor del

cantón Azogues y sus Parroquias, la resolución de la misma le tomó a la persona un promedio de 20 a 30 minutos. Una vez recolectados los datos, se elaboró una matriz con los mismos en la hoja de cálculo “Excel”, esta información fue exportada al programa estadístico Jamovi, InfoStat y SPSS versión 26. Se definieron las etiquetas y los tipos de variables y se identificaron datos perdidos para posteriormente realizar los análisis de acuerdo con los objetivos del estudio.

Consideraciones éticas y de género

El estudio estuvo basado en los principios planteados por la declaración de Helsinki, misma que propone el respeto de derechos de los participantes, así como también en la toma de decisiones, previa explicación de los beneficios y riesgos de la participación en la investigación, salvaguardando la integridad y confidencialidad.

La investigación se basó en los principios éticos de aceptación de la participación mediante el consentimiento informado, decisión de los investigados de las condiciones en las que participaron, los datos recolectados no se utilizaron para otros fines más que para investigativos, con ello, la conducta ética permitió a los investigadores el fomento de la cooperación y colaboración en un ambiente de confianza, para poder cumplir las metas planteadas, ser responsables a nivel social y evitar daños por conductas ilegales o antiéticas.

Los investigadores desarrollaron su proyecto en base a protocolos, cumpliendo con las normas vigentes que propicia resultados congruentes y la optimización de recursos. Los colaboradores se rigieron a normas que inculcan el respeto de ideas ajenas, la utilización de modelos de referencias y citas, respetando los derechos de los autores y el esfuerzo que involucra la realización de sus proyectos.

Los recursos materiales fueron administrados eficazmente para alcanzar los objetivos dentro de los plazos establecidos. No se utilizaron los recursos para beneficio particular, la gestión financiera fue transparente, y mediante un informe se rindió cuentas de todos los recursos que se utilizaron.

El presente estudio, fue acogido por el proyecto de investigación “Factores predictivos del maltrato en adultos mayores” previamente aprobado por el CEISH UCACUE el 18 de octubre del 2022, bajo los principios éticos y morales de la investigación (Anexo 4).

En el apartado de género, se priorizó la igualdad, para cumplir con el objetivo de alcanzar nuevos conocimientos, calidad en los resultados, con excelencia a nivel científico. Se involucró como objeto de estudio a mujeres y hombres.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un proceso ordenado y sistemático para analizar cada una de las variables teniendo en cuenta los objetivos a alcanzar. Se empleó un análisis de tipo descriptivo y exploratorio univariado y bivariado y se describió dentro de la noción epidemiológica la prevalencia.

Al tratarse de un estudio en donde se utilizaron variables de tipo cualitativo. Para determinar las características sociodemográficas de la población de estudio (Objetivo específico 1), se empleó un análisis univariado y se expusieron las frecuencias relativas y absolutas para cada uno de los factores sociodemográficos (sexo, estado civil, escolaridad y zona de residencia).

Para poder identificar el maltrato al adulto mayor en función del sexo, estado civil, escolaridad y zona de residencia (Objetivo específico 2), verificar si los tipos de maltrato se asocian con la fragilidad, actividades básicas de la vida diaria y la salud cognitiva (Objetivo específico 3) y analizar las diferencias del maltrato global y sus tipologías según los rangos de edad (Objetivo específico 3), se utilizó un análisis bivariado de tipo cualitativo-cualitativo con el estadístico Chi Cuadrado, mediante el cual se identificó la independencia en las variables en correlación.

Resultados

TABLA 1
Características sociodemográficas de la población de estudio

		<i>n</i>	%
Edad	60 – 69 años	111	30,2
	70 – 79 años	157	42,7
	80 años en adelante	100	27,2
Sexo	Hombre	147	39,9
	Mujer	221	60,1
Parroquia de residencia	Aurelio Bayas	3	0,8
	Azogues	108	29,3
	Borrero	59	16
	San Francisco	8	2,2
	Cojitambo	97	26,4
	Guapán	41	11,1
	Javier Loyola	10	2,7
	Luis Cordero	35	9,5
	San Miguel	5	1,4
Taday	2	0,5	
Estado civil	Soltero	26	7,1
	Casado – Unión Libre	190	51,6
	Separado – Divorciado	35	9,5
	Viudo	117	31,8
Etnia	Blanco	5	1,4
	Mestizo	357	97
	Indígena	6	1,6
Escolaridad	Primaria	105	28,5
	Secundaria	146	39,7
	Técnico o superior	76	20,7
	Cuarto nivel	1	0,3
	Ninguno	40	10,9
Total		368	100

Del total de la muestra que incluyó a 368 adultos mayores, con relación a la edad predominaron de 70 a 79 años: 157 (42,7%), participaron 221 (60,1%) mujeres, 108 (29,3) residían en la ciudad de Azogues, 190 (51,6) eran casados o estaban en unión libre, 357 (97%) pertenecían a la etnia Mestiza y 146 (39,7%) terminaron la secundaria.

TABLA 2
Ítems de la salud cognitiva (Escala Minimental)

		<i>n</i>	%
¿En qué mes estamos?	Si	342	92,9
	No	26	7,1
¿En qué día estamos?	Si	335	91
	No	33	9
¿En qué año estamos?	Si	329	89,4
	No	39	10,6
¿Qué día de la semana es hoy?	Si	337	91,6
	No	31	8,4
Nombrar tres objetos (árbol, mesa y avión) y pedir al adulto mayor repetir en voz alta y que los que recuerde (en cualquier orden). A. Árbol	Si	347	94,3
	No	21	5,7
Nombrar tres objetos (árbol, mesa y avión) y pedir al adulto mayor repetir en voz alta y que los que recuerde (en cualquier orden). B. Mesa	Si	340	92,4
	No	28	7,6
Nombrar tres objetos (árbol, mesa y avión) y pedir al adulto mayor repetir en voz alta y que los que recuerde (en cualquier orden). C. Avión	Si	336	91,3
	No	32	8,7
Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). A. 9	Si	291	79,1
	No	77	20,9
Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). B. 7	Si	258	70,1
	No	110	29,9
Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). C. 5	Si	252	68,5
	No	116	31,5
Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). D. 3	Si	233	63,3
	No	135	36,7
Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). E. 1	Si	249	67,7
	No	119	32,3
Dar un papel al adulto mayor y pedirle: Tomarlo, doblarlo y ponerlo sobre sus piernas. A. tomarlo	Si	347	94,3
	No	21	5,7
Dar un papel al adulto mayor y pedirle: Tomarlo, doblarlo y ponerlo sobre sus piernas. B. Doblarlo	Si	350	95,1
	No	18	4,9
Dar un papel al adulto mayor y pedirle: Tomarlo, doblarlo y ponerlo sobre sus piernas. C. Ponerlo entre sus piernas	Si	349	94,8
	No	19	5,2
Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 6 (árbol, mesa y avión). A. Árbol	Si	290	78,8
	No	78	21,2
Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 6 (árbol, mesa y avión). B. Mesa	Si	285	77,4
	No	83	22,6
Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 6 (árbol, mesa y avión). C. Avión	Si	272	73,9
	No	96	26,1
Pedir al adulto mayor que copie o imite los siguientes gestos: El encuestador pone las manos sobre la cabeza y le pide al adulto mayor que repita la acción	Si	352	95,7
	No	16	4,3

Total	368	100
-------	-----	-----

En la salud cognitiva, 342 (92,9%) participantes respondieron correctamente el mes en el que estamos, 335 (91%) sabían en que día estamos, 329 (89,4%) acertaron el año en curso, 337 (91,6%) mencionaron de forma correcta el día de la semana. De los 3 objetos mencionados (árbol, mesa y avión) 347 (94,3%) recordaron la palabra árbol, 340 (92,4%) fueron capaces de recordar la palabra mesa, 336 (91,3%) tuvieron presente la palabra avión. Al decir 5 números y pedir al participante repetirlos al revés (1,3,5,7,9), 291 (79%) mencionaron de manera acertada el número 9, 258 (70,1%) indicaron el número 7, 252 (68,5%) citaron el número 5, 233 (63,3) recordaron el número 3 y 249 (67,7) refirieron el número 1. Al dar un papel al adulto mayor y pedirle tomarlo, doblarlo y ponerlo sobre sus piernas, 347 (94,3%) lo tomaron, 350 (95,1% lo doblaron y 349 (94,8%) lo pusieron sobre sus piernas. Al pedir que recuerde las palabras mencionadas en un principio (árbol, mesa y avión), 290 (78,8%) recordaron la palabra árbol, 285 (77,4%) mencionaron mesa y 272 (73,9%) indicaron avión. Al pedir al adulto mayor que copie ponerse las manos sobre la cabeza 352 (95,7%) lo realizaron correctamente.

TABLA 3
Items del nivel de fragilidad (Escala de Frail)

		<i>n</i>	%
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Hipertensión arterial sistémica	Si	161	43,8
	No	207	56,3
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Diabetes?	Si	115	31,3
	No	253	68,8
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Cáncer (otro que no sea cáncer menor de piel)?	Si	10	2,7
	No	358	97,3
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Enfermedad pulmonar crónica?	Si	11	3
	No	357	97
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Cardiopatía isquémica?	Si	5	1,4
	No	363	98,6
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Insuficiencia cardiaca congestive?	Si	2	0,5
	No	366	99,5
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Angina	Si	5	1,4
	No	363	98,6
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Asma	Si	21	5,7
	No	347	94,3
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide)?	Si	113	30,7
	No	255	69,3
j ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Enfermedad vascular cerebral (derrame)?	Si	2	0,5
	No	366	99,5
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene Enfermedad renal crónica?	Si	21	5,7
	No	347	94,3
¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene COVID 19?	Si	60	16,3
	No	308	83,7
Resistencia. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?	Si	146	39,7
	No	222	60,3
Deambulación. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?	Si	157	42,7
	No	211	57,3
¿Se ha caído en el último año?	Si	55	14,9
	No	313	85,1
¿Ha dejado de hacer sus actividades diarias en la casa por temor a caerse?	Si	77	20,9
	No	291	79,1
¿Ha dejado de salir a la calle a hacer sus diligencias o actividades por temor a caerse?	Si	74	20,1
	No	294	79,9
Cuando está de pie o caminando, ¿siente que pierde el equilibrio?	Si	113	30,7
	No	255	69,3
Fatiga. En las últimas 4 semanas ¿Qué tanto tiempo se sintió cansado?	Todo el tiempo	22	6
	La mayor parte de tiempo	40	10,9
	Algo de tiempo	107	29,1
	Muy poco tiempo	83	22,6
		116	31,5

		Nada de tiempo	
¿En último año, usted considera que su peso?	Subió	130	35,3
	Bajo	238	64,7
Total		368	100

En el nivel de fragilidad, 207 (56,3%) adultos mayores no sufrían hipertensión arterial sistémica, 253 (68,8%) no padecían de diabetes, 358 (97,3%) no tenían cáncer, 357 (97%) no presentaban enfermedad pulmonar crónica, 363 (98,6%) no sufrían de cardiopatía isquémica, 366 (99,5%) refirieron no tener insuficiencia cardiaca congestiva, 363 (98,6%) no presentaban angina, 347 (94,3%) no padecían de asma, 255 (69,3%) no tenían artritis, 366 (99,5%) no presentaban enfermedad vascular cerebral, 347 (94,3%) no sufrían de enfermedad renal crónica, 308 (93,7%) no padecían de COVID 19. En el apartado de resistencia 222 (60,3%) personas mayores no tenían dificultad para subir una escalera sin ayuda de un bastón o caminador, Con respecto a la deambulaci3n 211 (57,3%) no presentaban dificultad para caminar 100 metros sin ayuda de un bast3n o caminador, 313 (85,1%) no se han caído en el último año, 291 (79,1%) no han dejado de realizar sus actividades diarias en casa por miedo a caerse, 294 (79,9%) no han dejado de salir a la calle por temor a caerse, 255 (69,3%) no perdían el equilibrio al estar de pie o caminando. Con referencia a la fatiga, 116 (31,5%) se han sentido cansados en las últimas cuatro semanas nada de tiempo. Con relación al peso, 238 (64,7%) bajaron de peso en el último año.

TABLA 4
Items del nivel de dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (Escala de Lawton y Brody)

		<i>n</i>	%
Comida	Dependiente	74	20,1
	Necesita ayuda	148	40,2
	Independiente	146	39,7
Lavado (baño)	Dependiente	74	20,1
	Necesita ayuda	148	40,2
	Independiente	146	39,7
Vestido	Dependiente	69	18,8
	Necesita ayuda	112	30,4
	Independiente	187	50,8
Arreglo	Dependiente	64	17,4
	Necesita ayuda	114	31
	Independiente	190	51,6
Ir al Retrete	Dependiente	68	18,5
	Necesita ayuda	110	29,9
	Independiente	190	51,6
Transferencia (traslado cama/sillón)	Dependiente	58	15,8
	Necesita ayuda	99	26,9
	Independiente	211	57,3
Deambulaci3n	Dependiente	65	17,7
	Necesita ayuda	99	26,9
	Independiente	204	55,4
Subir y bajar escaleras	Dependiente	63	17,1
	Necesita ayuda	100	27,2
	Independiente	205	55,7
Deposici3n	Incontinente	12	3,3
	Accidente ocasional	29	7,9
	Continente	327	88,9
Micci3n	Incontinente	46	12,5
	Accidente ocasional	65	17,7
	Continente	257	69,8
Total		368	100

En el nivel de dependencia para realizar Básicas de la Vida Diaria, 148 (40,2%) adultos mayores necesitaban ayuda para realizar la comida, 148 (40,2%) necesitaban ayuda para el lavado y el baño, 187 (50,8%) eran independientes para arreglarse, 190 (51,6%), no necesitaban ayuda para utilizar el retrete, 211 (57,3%) eran independientes para trasladarse de la cama al sill3n, 204 (55,4%) deambulaban independientemente, 205 (55,7%) podían subir y bajar escaleras de manera independiente, 327 (88,9%) eran continentes para realizar la deposici3n y 257 (69,8%) fueron continentes para miccionar.

TABLA 5
Determinación de estado cognitivo, fragilidad y dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

		<i>n</i>	%
Salud cognitiva	Normal	239	64.9
	Deterioro leve	94	25.5
	Deterioro moderado	26	7.1
	Deterioro severo	9	2.4
Fragilidad	Robusto	62	16.8
	Prefragilidad	144	39.1
	Frágil	162	44.0
Dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria	Independencia	277	75.3
	Necesita ayuda	34	9.2
	Dependencia	57	15.5
Total		368	100

En cuanto a la salud cognitiva, 239(64,9%) adultos mayores presentan un estado cognitivo normal. Con referencia a la fragilidad, 162 (44%) son personas con un alto nivel de fragilidad y en el caso del nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria, 277 (75,3%) se desenvuelven de manera independiente.

TABLA 6
Ítems del Maltrato (Escala de Giraldo Rodríguez)

		<i>n</i>	%
MALTRATO FÍSICO			
1a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: a. ¿Le han golpeado?	Si	8	2,2
	No	360	97,8
1f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia a. ¿Le han golpeado?	Una vez	7	1,9
	Muchas veces	4	1,1
		357	97
	Nunca		
2a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia ¿Le han dado puñetazos o patadas?	Si	5	1,4
	No	363	98,6
2f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia b. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	Una vez	4	1,1
	Muchas veces	3	0,8
		361	98,1
	Nunca		
3a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: c. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	Si	16	4,3
	No	352	95,7
3f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia c. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	Una vez	12	3,3
	Muchas veces	5	1,4
		351	95,4
	Nunca		
4a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: d. ¿Le han aventado algún objeto?	Si	12	3,3
	No	356	96,7
4f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: Con qué frecuencia d. ¿Le han aventado algún objeto?	Una vez	2	0,5
	Muchas veces	4	1,1
		362	98,4
	Nunca		
5a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: e. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	Si	2	0,5
	No	366	99,5
5f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. e. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	Una vez	1	0,3
	Muchas veces	3	0,8
		364	98,9
	Nunca		
MALTRATO PSICOLÓGICO			
6a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: f. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	Si	22	6
	No	346	94
6f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. f. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	Una vez	15	4,1
	Muchas veces	7	1,9
		346	94
	Nunca		
7a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: g. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	Si	46	12,5
	No	322	87,5
7f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. g. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	Una vez	23	6,3
	Muchas veces	24	6,5
		321	87,2
	Nunca		

8a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: h. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	Si	10	2,7
	No	358	97,3
8f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. h. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	Una vez	7	1,9
	Muchas veces	4	1,1
	357	97	
	Nunca		
9a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: i. ¿Le han hecho sentir miedo?	Si	34	9,2
	No	334	90,8
9f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. i. ¿Le han hecho sentir miedo?	Una vez	20	5,4
	Muchas veces	16	4,3
	332	90,2	
	Nunca		
10a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: j. ¿no han respetado sus decisiones?	Si	92	25
	No	276	75
10f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. j. ¿no han respetado sus decisiones?	Una vez	10	2,7
	Muchas veces	91	24,7
	267	72,6	
	Nunca		
11a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: k. ¿Le han prohibido salir o que lo(a) visiten?	Si	10	2,7
	No	358	97,3
11f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. k. ¿Le han prohibido salir o que lo(a) visiten?	Una vez	6	1,6
	Muchas veces	6	1,6
	656	96,7	
	Nunca		
NEGLIGENCIA			
12a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: l. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	Si	16	4,3
	No	352	95,7
12f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. l. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	Una vez	5	1,4
	Muchas veces	14	3,8
	349	94,8	
	Nunca		
13a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: m. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	Si	13	3,5
	No	355	96,5
13f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. m. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	Una vez	3	0,8
	Muchas veces	8	2,2
	357	97	
	Nunca		
14a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: n. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	Si	7	1,9
	No	361	98,1
14f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. n. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	Una vez	4	1,1
	Muchas veces	5	1,4
	359	97,6	
	Nunca		
15a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: o. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	Si	4	1,1
	No	364	98,9

15f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. o. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	Una vez Muchas veces Nunca	2 5 361	0,5 1,4 98,1
MALTRATO ECONÓMICO			
16a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: p. ¿Alguien ha manejado/maneja su dinero sin su consentimiento?	Si No	12 356	3,3 96,7
16f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: Con qué frecuencia. p. ¿Alguien ha manejado/maneja su dinero sin su consentimiento?	Una vez Muchas veces Nunca	7 8 353	1,9 2,2 95,9
17a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: q. ¿Le han quitado su dinero?	Si No	7 361	1,9 98,1
17f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. q. ¿Le han quitado su dinero?	Una vez Muchas veces Nunca	4 4 360	1,1 1,1 97,8
18a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: r. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	Si No	10 358	2,7 97,3
18f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. r. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	Una vez Muchas veces Nunca	8 3 357	2,2 0,8 97
19a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: s. ¿Han vendido alguna propiedad suya sin su consentimiento?	Si No	4 364	1,1 98,9
19f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. s. ¿Han vendido alguna propiedad suya sin su consentimiento?	Una vez Muchas veces Nunca	4 2 362	1,1 0,5 98,4
20a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: t. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	Si No	3 365	0,8 99,2
20f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. t. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	Una vez Muchas veces Nunca	2 2 364	0,5 0,5 98,9
MALTRATO SEXUAL			
21a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: u. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales sin usted querer?	Si No	2 366	0,5 99,5
21f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. u. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales sin usted querer?	Una vez Muchas veces Nunca	1 2 365	0,3 0,5 99,2
22a. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia: v. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	Si No	4 364	1,1 98,9

22f. Durante los últimos cinco años, al interior de su familia. Con que frecuencia. v. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	Una vez	2	0,5
	Muchas veces	4	1,1
		362	98,4
	Nunca		
Total		368	100

Referente al maltrato físico, durante los últimos 5 años, a 360 (97,8%) personas mayores no los han golpeado, a 363 (98,1%) no les han dado puñetazos o patadas, a 352 (95,7%) no los han empujado o jalado del pelo, a 356 (96,7%) no les han aventado algún objeto y a 366 (99,5%) no les han agredido con un cuchillo o navaja.

Acerca del maltrato psicológico, a 346 (94%) no les han humillado en el interior de su familia, a 322 (87,5%) no les han tratado con indiferencia, a 358 (97,3%) no les han corrido de la casa, a 334 (90,8%) no les han hecho sentir miedo, a 276 (75%) no han irrespetado sus decisiones y a 358 (97,3%) no les han prohibido que los visiten.

Concerniente a la negligencia, a 352 (95,7%) no les han dejado de proporcionar ropa, a 355 (96,5%) no les han dejado de suministrar medicamentos, a 361 (98,1%) no les han negado protección y a 364 (98,9%) no les han negado acceso a la casa en la que habita.

En cuanto al abuso económico, de 356 (96,7%) adultos mayores no han manejado su dinero sin su consentimiento, a 361 (98,1%) no les han quitado su dinero, a 358 (97,3%) no les han tomado sin su permiso ningún bien de su propiedad, de 364 (98,9%) no han vendido alguna propiedad sin su consentimiento y a 365 (99,2%) no les han presionado para que deje de ser propietario de alguna propiedad.

Acerca del abuso sexual, a 366 (99,5%) no les han exigido tener relaciones sexuales sin querer y a 364 (98,9%) no les han tocado sus genitales sin consentimiento.

Con relación a la frecuencia en el maltrato físico, en los últimos 5 años, a 357 (97%) nunca los han golpeado, a 361 (98,1%) nunca les han dado puñetazos o patadas, a 351 (95,4%) nunca los han empujado o jalado del pelo, a 362 (98,4%), nunca les han aventado algún objeto y a 364 (98,9%) nunca les han agredido con un cuchillo o navaja.

Sobre el maltrato psicológico, a 346 (94%) nunca les han humillado o se han burlado, a 321 (87,2%) nunca les han ignorado o tratado con indiferencia, a 357 (97%) nunca les han aislado o corrido de la casa, a 332 (90,2%) nunca les han hecho sentir miedo, a 267 (72,6%) nunca han irrespetado sus decisiones y a 356 (96,7%) nunca les han prohibido salir o que lo visiten.

Tocante a la negligencia, a 349 (94,8%) nunca les han dejado de proporcionar ropa, a 357 (97%) nunca les han dejado de suministrar medicación, a 359 (97,6%) nunca les han negado protección cuando lo necesitan y a 361 (98,1%) nunca les han negado acceso a la casa en la que habita.

Referente al abuso económico, de 353 (95,9%) nunca han manejado su dinero sin su consentimiento, a 360 (97,8%) nunca les han quitado su dinero, a 357 (97%) nunca les han tomado un bien de su propiedad sin su permiso, de 362 (98,4%) nunca han vendido una propiedad suya sin consentimiento y a 364 (98,9%) nunca les han presionado para que deje de ser dueño de alguna propiedad.

En consideración al maltrato sexual, a 365 (99,2%) nunca les han exigido tener relaciones sexuales sin querer y a 362 (98,4%) nunca les han tocado sus genitales sin consentimiento.

TABLA 7
Determinación de los tipos de maltrato

		<i>n</i>	%
Maltrato físico	Si	25	6,8
	No	343	93,2
Maltrato psicológico	Si	291	79,1
	No	77	20,9
Negligencia	Si	25	6,8
	No	343	93,2
Maltrato económico	Si	19	5,2
	No	349	94,8
Maltrato sexual	Si	4	1,1
	No	364	98,9
Maltrato global	Si	64	17,4
	No	304	82,6
Total		368	100

Referente a los tipos del maltrato, 25(6,8%) participantes sufrieron maltrato físico, 291(77%) experimentaron maltrato psicológico, 25(6,8%) presentaron negligencia, 19(5,2%) fueron abusados económicamente, 4(1,1%) fueron agredidos sexualmente y 64 (17,4%) tuvieron maltrato global

TABLA 8
Correlación entre el maltrato global y los factores sociodemográficos

	Sexo						χ^2	gl	p
	No		Si		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Mujer	39	60,9	182	59,9	221	60,1	0,02	1	0,87
Hombre	25	39,1	122	40,1	147	39,9			
Total	64	100	304	100	368	100			
Escolaridad									
Posgrado	0	0,0	1	0,3	1	0,3	56,7	4	< .001
Técnico o superior	6	9,4	70	23,0	76	20,7			
Secundaria	7	10,9	139	45,7	146	39,7			
Primaria	33	51,6	72	23,7	105	28,5			
Ninguno	18	28,1	22	7,2	40	10,9			
Total	64	100	304	100	368	100			
Estado civil									
Soltero	7	10,9	19	6,3	26	7,1	6,7	3	0,08
Casado	24	37,5	166	54,6	190	51,6			
Separado-Divorciado	7	10,9	28	9,2	35	9,5			
Viudo	26	40,6	91	29,9	117	31,8			
Total	64	100	304	100	368	100			
Residencia									
Rural	25	39,1	165	54,3	190	51,6	4,9	1	0,02
Urbana	39	60,9	139	45,7	178	48,4			
Total	64	100	304	100	368	100			

Se observa con relación a las personas que sufrieron maltrato global que 182 (59,9%) fueron mujeres, 139 (45,7%) culminaron la secundaria, 166 (54,6%) estaban casados y 165 (54,3%) participantes residían en el área rural.

Se estableció una relación estadísticamente significativa entre el maltrato con la zona de residencia ($p=0,02$) y con la escolaridad ($p<0,00$).

TABLA 9
Relación entre el maltrato global y los diferentes tipos de maltrato con la salud cognitiva, la fragilidad y el nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria

		Salud cognitiva	Fragilidad	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)
Maltrato físico	R de Pearson	-0.095	0.041	-0.034
	valor p	0.069	0.436	0.514
Maltrato psicológico	R de Pearson	-0.049	0.204 ***	-0.113 *
	valor p	0.351	<.001	0.031
Negligencia	R de Pearson	-0.094	0.150 **	-0.071
	valor p	0.071	0.004	0.173
Maltrato económico	R de Pearson	-0.187 ***	0.208 ***	-0.147 **
	valor p	<.001	<.001	0.005
Maltrato sexual	R de Pearson	-0.091	0.163 **	-0.102
	valor p	0.083	0.002	0.051
Maltrato global	R de Pearson	-0.015	0.152 **	-0.027
	valor p	0.768	0.003	0.611

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Se establecieron relaciones estadísticamente significativas positivas entre los diferentes tipos de maltrato con el nivel de fragilidad, a excepción del abuso físico. Así entre el maltrato psicológico con la fragilidad ($p < 0,00$), negligencia con fragilidad ($p = 0,04$), maltrato económico con fragilidad ($p < 0,00$), maltrato sexual con fragilidad ($p = 0,00$) y maltrato global con fragilidad ($p = 0,00$).

De esta manera, mientras mayor sea el nivel de fragilidad, incrementará el maltrato psicológico, la negligencia, el maltrato económico, abuso sexual y el maltrato a nivel global.

Las relaciones estadísticamente significativas negativas, se dieron entre el maltrato psicológico con el nivel de dependencia para ABVD ($p = 0,03$) y entre el maltrato económico con la salud cognitiva ($p < 0,00$) y con el nivel de dependencia para realizar ABVD ($p = 0,00$).

De esta forma, si existe déficit de la salud cognitiva disminuyen las probabilidades de maltrato a nivel económico y las personas con un mayor nivel de dependencia para realizar ABVD sufren menos maltrato psicológico y económico.

TABLA 10
Relación entre el maltrato global y los tipos de maltrato con los rangos de edad

Edad	Maltrato global						χ^2	gl	p
	No		Si		Total				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
60 a 69 años	16	25	95	31,3	111	30,2	103	2	0.59
70 a 79 años	30	46,9	127	41,8	157	42,7			
80 años en adelante	18	28,1	82	27	100	27,2			
Total	64	100	304	100	368	100			
Maltrato físico									
60 a 69 años	104	30,3	7	28	111	30,2	0.31	2	0.85
70 a 79 años	147	42,9	10	40	157	42,7			
80 años en adelante	92	26,8	8	32	100	27,2			
Total	343	100	25	100	368	100			
Maltrato psicológico									
60 a 69 años	18	23,4	93	32	111	30,2	2.24	2	0.32
70 a 79 años	35	45,5	122	41,9	157	42,7			
80 años en adelante	24	31,2	76	26,1	100	27,2			
Total	77	100	291	100	368	100			
Negligencia									
60 a 69 años	107	31,2	4	16	111	30,2	3.42	2	0.18
70 a 79 años	146	42,6	11	44	157	42,7			
80 años en adelante	90	26,2	10	40	100	27,2			
Total	343	100	25	100	368	100			
Maltrato económico									
60 a 69 años	108	30,9	3	15,8	111	30,2	6.73	2	0.03
70 a 79 años	151	43,3	6	31,6	157	42,7			
80 años en adelante	90	25,8	10	52,6	100	27,2			
Total	349	100	19	100	368	100			

Maltrato sexual						
60 a 69 años	110	30,2	1	25	111	30,2
70 a 79 años	156	42,9	1	25	157	42,7
80 años en adelante	98	26,9	2	50	100	27,2
Total	364	100	4	100	368	100

Se aprecia que, el rango de edad en el cual los participantes presentaron mayor maltrato a nivel global y con relación a los diferentes tipos fue entre 70 y 79 años a excepción del maltrato económico y el abuso sexual, en donde prevaleció el maltrato en personas mayores a 80 años. Así, 127 (41,8%) participantes que sufrieron maltrato global, 10 (40%) que tuvieron maltrato físico y 122 (41,9%) que presentaron maltrato psicológico fueron de 70 a 79 años. En cambio 10 (52,6%) con maltrato económico y 2 (50%) con abuso sexual fueron mayores a 80 años. Únicamente existe relación estadísticamente significativa entre el maltrato económico con los rangos de edad ($p=0,03$)

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar los factores protectores del maltrato en los adultos mayores del cantón Azogues.

Referente a los tipos del maltrato, 25(6,8%) participantes sufrieron maltrato físico, 291(77%) experimentaron maltrato psicológico, 25(6,8%) presentaron negligencia, 19(5,2%) fueron abusados económicamente y 4(1,1%) fueron agredidos sexualmente. Chang menciona en su estudio realizado durante la pandemia un incremento de maltrato, así hubo un 7,5% de prevalencia con relación al maltrato financiero, antes de la pandemia hubo un 3,5%. El abuso verbal fue del 9,2% frente al 9,0% antes de la pandemia. El 5,4% de personas sufrieron maltrato físico, antes de la pandemia el porcentaje fue de 1,6% (12). Brijoux (47) por su parte, muestra que en personas mayores de 80 años, el 54,1% ha sufrido algún tipo de maltrato en los últimos 12 meses. El tipo de maltrato más frecuente fue la intimidación con el 39,2%, seguida del paternalismo con el 32,6%, a continuación, estuvo la negligencia con el 27% luego la vergüenza con el 23,1% y finalmente la explotación financiera con el 10,9%. Un estudio realizado en Rumania demuestra en cambio que el 21,5% de participantes mayores a 65 años sufrieron algún tipo de maltrato. El principal tipo de abuso fue el emocional con una prevalencia del 60,2%, seguido de la negligencia con el 53%, luego estuvo el maltrato físico con el 22,9%, y también hubo abuso sexual (48). Du (40), menciona en su estudio realizado en China que el porcentaje de abuso en personas de la tercera edad fue de 15,4%. Existió abuso de tipo negligencia en el 6,7%, a nivel financiero en el 6,2%, emocional en el 3,9% y físico en el 1,5%. Jeong (49) demuestra que en una comunidad en Corea existió una prevalencia de maltrato global en un 12,7%, el 9,4% sufrió maltrato emocional, el 2,9% negligencia, el 1,5% maltrato económico y el 0,5% abuso físico. En una zona rural de Puducherry en 243 adultos mayores, se evidenció un porcentaje de maltrato del 50,2%, del total de maltrato, el 51% tuvo abuso físico, el 24,6% maltrato tipo abandono y el 10,7% maltrato económico (50). En un estudio realizado en la India

por Sathya , se evidencio una prevalencia de abuso físico dentro del hogar del 16,6%, abuso verbal 66,6%, explotación económica 22,2%, maltrato psicológico 36,8% y negligencia 47,5%. Torres (51) en un estudio realizado en México manifiesta que el 35,7% sufrió abuso, los tipos de abuso más frecuentes fueron conflicto de abuso en el 33,4%, abuso financiero con el 12,3% y negligencia con el 6,6%.

Relación entre el maltrato al adulto mayor con el sexo, escolaridad, estado civil y zona de residencia.

En nuestro estudio, se determina que, de las personas que sufrieron maltrato 182 (59,9%) fueron mujeres. Estos resultados son corroborados por el estudio realizado por Alexa (48) en Rumania en donde se demuestra que hubo maltrato en las mujeres en mayor porcentaje que en los hombres. De igual manera Du (40) al realizar su estudio en China durante la pandemia por Sars COV 2, manifiesta que el maltrato en mujeres fue mayor que los hombres con una diferencia de 16,7%. Otro estudio realizado por Jeong (49) en Corea, muestra un porcentaje de maltrato en mujeres del 60,3%, superior al de los hombres. Ramalingam (50) también demostró que, de los 90 hombres participantes en su estudio, el 41,1% fue abusado, y de las 153 mujeres el 55,6% presento algún tipo de maltrato. Del mismo modo, Sathya (52) presenta resultados de maltrato con relación a factores sociodemográficos, en donde las mujeres tuvieron un porcentaje de abuso del 5,6% y los hombres del 4,8%. De manera similar Curcio (21), expone resultados de la prevalencia de maltrato en el 16,4% de mujeres Colombianas siendo el grupo más afectado. Agudelo (19) presentó resultados de un estudio en Colombia en donde del total de personas abusadas, con relación al sexo, las mujeres presentaron 67,8%. Piña (31) también expuso que en México del total de abuso por sexo, el 467 (54,8%) se dio en mujeres. Agudelo (20) de similar forma en un proyecto realizado en Medellín presentó que del total de personas abusadas, el 73,7% eran mujeres y Vinueza (53) de su proyecto de investigación en Ecuador

llego a la conclusión que del porcentaje de maltrato según el sexo, el 52% se desarrolló en las mujeres.

En nuestro estudio, no existe relación estadísticamente significativa entre el sexo y el abuso al observarse un valor p de 0,87. Esto quiere decir que el hecho de ser hombre o mujer no incrementa o disminuye el riesgo de maltrato. En base a lo expuesto, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula. Estos resultados se asemejan con los de Agudelo (20) quien señala que en Medellín Colombia, no existe relación estadísticamente significativa entre el maltrato y el sexo ($p=0,5$) y con los resultados de Piña (31) en México, quien expresa que no existe relación entre las variables mencionadas ($p=0,07$). De diferente forma, nuestros resultados difieren con los del estudio presentado por Jeong (49), quien declara que existe una relación entre el maltrato y el sexo ($p=0,01$). De similar forma lo hace Ramalingam (50), demostrando asociación entre las dos variables con un valor $p=0,03$. Du (40) también menciona que las mujeres tienen más probabilidad de sufrir maltrato, teniendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre las variables abordadas.. Sathya enuncia una relación significativa, semejante a los otros estudios ($p=0,00$). Curcio (21) así mismo, refiere una relación entre el maltrato y el sexo ($p < 0,00$). Agudelo (19), semejante a los otros estudios exhibe que en Pasto Colombia hay relación estadísticamente significativa entre el maltrato y el sexo ($p=0,04$) y Vinueza (53) en su proyecto realizado en Ecuador, manifiesta que si se relacionan las dos variables ($p=0,00$).

Con referencia a la prevalencia de maltrato de acuerdo a la escolaridad, 139 (45,7%) personas que sufrieron maltrato culminaron la secundaria, se demuestra una relación estadísticamente significativa entre el maltrato con el nivel de escolaridad, con un valor $p < 0,00$, por ello, se deduce que a medida que incrementa el nivel de estudios, disminuye el riesgo de maltrato. De manera similar Du (40) en su estudio en China, menciona que mientras el nivel de estudios es mayor, hay disminución de riesgo de maltrato, así, quienes eran analfabetos presentaron

maltrato en (16,6%), existiendo una asociación entre las dos variables ($p=0,00$). Jeong (49), igualmente en su proyecto dice que las personas sin educación presentaron más abuso en un porcentaje de 36%, además se observa relación estadísticamente significativa ($p=0,01$). En el estudio realizado por Ramalingam (50), quienes más maltrato sufrieron, también fueron personas con una educación no formal, de 148 personas el 60,8% presento abuso y se evidencio una relación entre el maltrato y el nivel de educación ($p=0,00$). Curcio (21) también expone un mayor índice de maltrato a menor nivel de estudios ($p < 0,00$) y semejante a los autores mencionados, Vinueza (53) exhibe que en Ecuador hay una relación estadísticamente significativa entre el maltrato y la escolaridad ($p=0,01$).

Al abordar la prevalencia de maltrato de acuerdo al estado civil, las personas casadas presentan un mayor porcentaje de maltrato 166 (54,6%) y no existe relación estadísticamente significativa entre las dos variables ($p=0,08$). Agudelo (19) menciona que en Pasto Colombia quienes más sufren abuso son los solteros con un 54,3% y al igual que en nuestro estudio, no existe relación entre las dos variables ($p=0,09$). El autor antes mencionado en su estudio realizado en 2020 en Medellín Colombia manifiesta que, del total de personas abusadas, el 68,4% eran solteros, Sin haber relación estadísticamente significativa entre el maltrato con el estado civil ($p=0,3$), Los resultados de nuestro proyecto no están relacionados con los de Du (40), al establecerse en su estudio relación entre el maltrato y el estado civil ($p=0,01$) con una prevalencia de maltrato en divorciados del 20%. De similar manera Sathya (52), presenta en sus resultados un mayor índice de maltrato en personas casadas (61,6%), a diferencia de los solteros (39,4%), y al realizar la correlación entre las variables se estableció una relación significativa ($p=0,01$).

Concerniente al estado de asociación entre el abuso y la zona de residencia, en el presente estudio prevaleció el maltrato en la zona rural 165 (54,3%), comparándolo con la zona urbana 139 (45,7%), existiendo relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas ($p=0,02$). De similar forma, en el estudio realizado por Sathya (52) existe una mayor

prevalencia de maltrato en el área rural (5,7%), y se muestra relación estadísticamente significativa ($p=0,001$). En Colombia el maltrato prevalece en personas del área urbana (79%), similar a los estudios anteriores existe relación entre las variables ($p=0,000$) (21).

Relación entre el maltrato global y los diferentes tipos de maltrato con la salud cognitiva, la fragilidad y el nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria

Se establecieron relaciones estadísticamente significativas positivas entre los diferentes tipos de maltrato con el nivel de fragilidad, a excepción del abuso físico. Así, entre el maltrato psicológico con la fragilidad ($p=<0,01$), negligencia con fragilidad ($p=0,04$), maltrato económico con fragilidad ($p=<0,01$), maltrato sexual con fragilidad ($p=0,00$) y maltrato global con fragilidad ($p=0,00$). De esta manera, mientras mayor sea el nivel de fragilidad, incrementará el maltrato psicológico, la negligencia, el maltrato económico, abuso sexual y el maltrato a nivel global. El estudio realizado por Sathya (52), corrobora nuestros resultados de la relación del maltrato global con la fragilidad, al establecer una relación estadísticamente significativa abordando ambas variables ($p=0,01$). Por otra parte, Alexa (48) menciona en su estudio que existió una relación entre las enfermedades como ACV, Neumonía, enfermedad arterial, musculoesqueléticas, y la ansiedad, (enfermedades relacionadas con el síndrome de fragilidad) con el maltrato ($p=<0,05$) (48). Torres (51) por su parte en su estudio en México, determina una asociación entre la fragilidad con el abuso total ($p=0,00$), conflicto por abuso ($p=0,00$) y con el abuso financiero ($p=0,01$), no existió relación entre la fragilidad con la negligencia del cuidador ($p=0,08$). Turkan (30) en su proyecto presentado al Noroeste de Turquía señala que la prevalencia de maltrato en adultos mayores con fragilidad es de 22,4% y existe relación estadísticamente significativa entre las variables presentadas ($p=<0,00$). Piña (31) exhibe que en México de similar forma hay relación entre el maltrato y la fragilidad ($p=0,02$).

En nuestro proyecto, las relaciones estadísticamente significativas negativas, se dieron entre el maltrato psicológico y económico con el nivel de dependencia para ABVD ($p=.03$) y ($p=.01$)

respectivamente. De esta forma, a mayor independencia para realizar ABVD disminuye el maltrato psicológico y económico.

Por otra parte, no hay asociación entre el maltrato global y las ABVD (p mayor a 0,05). Los resultados de los estudios analizados muestran asociación únicamente entre el maltrato global y el nivel de dependencia entre ABVD. Así Sathya (52) en su estudio asocio el maltrato con la funcionalidad para realizar actividades de la vida diaria, en donde el 7% de personas dependientes para realizar estas tareas había sufrido maltrato y el 4,7% de participantes independientes para estas actividades presentaron abuso. Jeong (49) por su parte muestra prevalencia de maltrato en adultos mayores dependientes y $p=0,01$ en la asociación de variables. Curcio (21) en su estudio realizado en Colombia demostró una prevalencia de maltrato del 16,7% en personas dependiente para ABVD (p ,001). Agudelo (20) exhibe que en Pasto, Colombia que del total de personas abusadas, el 94,7% eran independientes para ABVD y no existe relación estadísticamente significativa entre el maltrato y nivel de dependencia para realizar ABVD ($p=1,00$). De similar forma Luna (54) en su estudio presentado en Paraiba, Brasil declara que la prevalencia de maltrato en personas dependientes en ABVD es del 18,2% y no existe relación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas ($p=0,64$).

La relación de nuestro estudio entre el maltrato con la salud cognitiva, arroja los siguientes resultados: Relación estadísticamente significativa negativa entre el maltrato económico con el estado cognitivo ($p=0,00$). De esta forma, si la persona presenta buena salud cognitiva, incrementa el riesgo de maltrato económico y no hay relación entre el maltrato global y la cognición ($p=>0,05$). Los resultados presentados por Alexa (48) difieren con lo nuestros, al demostrar que pacientes que sufrían maltrato tenían una función cognitiva disminuida ($p=0,03$). También Torres (51) en su estudio de México, expuso resultados de relación entre la salud cognitiva con los diferentes tipos de maltrato y determino una asociación entre la fragilidad con el abuso total ($p=0,01$), conflicto por abuso ($p=0,00$) y con el abuso financiero

($p=0,01$), no existió relación entre la fragilidad con la negligencia del cuidador ($p=0,08$). Du (40) igualmente manifiesta que la prevalencia de maltrato en personas con déficit cognitivo severo es de 25% y existe relación estadísticamente significativa entre el maltrato con la salud cognitiva ($p=0,00$).

Relación entre el maltrato global y los tipos de maltrato con los rangos de edad

En nuestro proyecto, el rango de edad en el cual los participantes presentaron mayor maltrato a nivel global 127 (41,8%) y con relación a los diferentes tipos fue entre 70 y 79 años a excepción del maltrato económico y el abuso sexual, en donde prevaleció el maltrato en personas mayores a 80 años. Así, 127 (41,8%) participantes que sufrieron maltrato global, 10 (40%) que tuvieron maltrato físico y 122 (41,9%) que presentaron maltrato psicológico fueron de 70 a 79 años. En cambio 10 (52,6%) con maltrato económico y 2 (50%) con abuso sexual fueron mayores a 80 años. Únicamente existe relación estadísticamente significativa entre el maltrato económico y los rangos de edad ($p=0,01$). En comparación con los resultados de un estudio realizado en China durante la pandemia demostró que el 21,1% de personas de más de 75 años sufrió algún tipo de abuso, el 16,2% en personas de 70 a 74 años y el 12,8% en personas de 65 a 69 años y se demostró una asociación entre las variables ($p<0.01$) (40). Jeong (49) expresa por su parte, que en una comunidad en Corea las personas que más abuso presentaron fueron de edades entre 65 y 69 años y entre 70 y 74 años (30,8%), personas de 75 a 79 años tuvieron abuso en un 22,9%, de 80 a 84 años en 10,5% y mayores a 85 años en 5,1%, diferenciándose así de nuestros resultados. Otro estudio realizado en 243 participantes en Puducherry en La India, mostró que 139 se encontraban en un rango de edad de 60 a 69 años de quienes el 46% sufrió maltrato, 76 personas pertenecía a edades de 70 a 79 años, de ellos el 48,7% presento algún tipo de abuso y participaron 28 personas mayores a 80 años, presentando maltrato el 75%, a diferencia de nuestros resultados, se estableció una relación entre el maltrato con la edad ($p=0,02$) (50). Dos Santos en su proyecto realizado en Brasil exhibe que del total de personas que presentan

maltrato, el 80,7% se dio en adultos mayores longevos y que hay relación estadísticamente significativa entre el maltrato con los rangos de edad ($p=0,00$). Por su parte Sathya (52) exhibió en su estudio que hubo prevalencia de maltrato global en 5,8% de participantes de 70 a 79 años, si bien los porcentajes no coinciden con los de nuestro estudio, sin embargo, la prevalencia de maltrato se da dentro del mismo rango de edad. Otros resultados que difieren con los nuestros son los expuestos por Curcio (21) quien mencionó que quienes sufrieron más abuso general y de acuerdo a cada tipología fueron personas de 60 a 69 años. Presentando este grupo abuso a nivel global en un 17,1%, abuso psicológico en 14,9%, descuido en un 9,2%, maltrato físico en 2,2%, económico en 1,4% y sexual en 0,3%, finalmente existió asociación entre las variables ($p=<0,00$). Agudelo (19) manifiesta que en Pasto, Colombia Del total de personas abusadas, el 78,2% eran jóvenes y similar a nuestro estudio no existe relación estadísticamente significativa entre el maltrato con los rangos de edad ($p=0,3$). Finalmente Rajini (55) presenta resultados en Malasia, Negeri Sembilan en donde la prevalencia de abuso en adultos mayores de 60 a 69 años es de 4,9% y similar a nuestros resultados, no existe relación estadísticamente significativa entre el maltrato con los rangos de edad ($p=0,4$).

Conclusión

De acuerdo con los resultados, se concluye que, la mayor parte de participantes tenían una edad de 70 a 79 años, de sexo mujer, residentes en Azogues, de estado civil casado, etnia mestiza y escolaridad secundaria.

Con respecto al maltrato de acuerdo con los factores sociodemográficos, quienes presentaron más abuso fueron las mujeres, aquellos que terminaron la secundaria, estaban casados y eran residentes en un área rural, hubo relación entre el maltrato con la zona de residencia y con la escolaridad.

Con referencia a la relación entre el maltrato global y sus tipos con la salud cognitiva, la fragilidad y el nivel de dependencia para realizar ABVD. A excepción del abuso físico, se establecieron relaciones positivas entre el maltrato global y los diferentes tipos de maltrato con la fragilidad, esto quiere decir que, mientras mayor sea el nivel de fragilidad, habrá un incremento en el abuso psicológico, la negligencia, el maltrato económico y el abuso sexual. En otro apartado, el maltrato psicológico y económico tuvieron una relación negativa con el nivel de dependencia para realizar ABVD. Esto se interpreta que a mayor dependencia en ABVD, disminuye el maltrato psicológico y económico. De forma similar, se estableció una relación negativa entre el maltrato económico con la salud cognitiva, es decir, si existe déficit cognitivo aumenta el riesgo de abuso.

Así mismo, se logró apreciar que, prevalece el abuso a nivel global y sus tipos en personas de 70 a 79 años, con excepción del maltrato económico y el abuso sexual, en estos apartados hay una prevalencia en personas mayores a 80 años. Existió relación estadísticamente significativa únicamente entre el maltrato económico con los rangos de edad.

Finalmente, se determinó que el factor protector del maltrato psicológico y económico fue el mayor nivel de dependencia para ABVD, también lo fue la disminución de la salud cognitiva para el maltrato económico. De diferente manera, el factor de riesgo para el maltrato global fue

la zona de residencia y el nivel de escolaridad. Para el maltrato psicológico, negligencia, abuso económico, sexual y maltrato global lo fue la fragilidad y finalmente una mayor edad también fue un agente de riesgo para el maltrato económico.

Abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AIVD: Actividades Independientes de la Vida Diaria.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social.

MMSE: Mini Mental State Examination.

Referencias Bibliográficas

1. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2017;5(2):147–56. Disponible en: [10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
2. Montero Solano G, Vega Chaves JC, Hernández G. Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2017;34(1):1–11. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-120.pdf>
3. Pabón Poches D, Delgado Meza JA. Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Cuad Venez Sociol* [Internet]. 2017;26(2):245–67. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/122/12252818014.pdf>
4. Álvarez Vega M, Cortes Badilla MV, Quirós Mora LM. Abuso en el adulto mayor: una situación que va en aumento. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2020;5(6):e514. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.514>
5. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019;29(1):58–67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6359898/pdf/cky093.pdf>
6. Patel K, Bunachita S, Chiu H, Suresh P, Patel UK. Elder Abuse: A Comprehensive Overview and Physician-Associated Challenges. *Cureus* [Internet]. 2021;13(4):e14375. Disponible en: [10.7759/cureus.14375](https://doi.org/10.7759/cureus.14375)
7. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder abuse assessment tools and interventions for use in the home environment: A scoping review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2020;15:1793–807. Disponible en: [//doi.org/10.2147/CIA.S261877](https://doi.org/10.2147/CIA.S261877)
8. Villón Bernabé MJ, Galarza Schoenfeld AS. Etapa final de la vida del adulto mayor que se encuentra en situación de abandono. *Rev Científica y Arbitr Ciencias Soc y Trab* [Internet]. 2021;4(8):2–17. Disponible en: <https://publicacionescd.ulead.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/257/421>
9. Ulloa JF, Barcia M. La violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Rev Filos Let y Ciencias la Educ* [Internet]. 2019;4(4):81–92. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/1876/2357>
10. Cotrado Huamán SR, Huapaya Flores GA. Abandono del adulto mayor: una perspectiva sociodemográfica. *Rev Ecuatoriana Psicol* [Internet]. 2020;3(7):160–73. Disponible en: <https://repsi.org/index.php/repsi/article/view/50/123>

11. Villaroel Vargas JF, Cárdenas Naranjo VH, Miranda Vázquez JM. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería Investig* [Internet]. 2017;2(1):14–7. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194270>
12. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021;29(11):1152–9. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007>
13. Aveiga Macay VIR, Cedeño Aguayo EL. Resiliencia de los adultos mayores del Centro Diurno Gerontológico “Cristo Rey” frente al abandono de sus familiares. *Socialium* [Internet]. 2020;4(2):429–44. Disponible en:
<https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2020.4.2.579>
14. Toala de la Cruz OH, Samada Grasst Y. Repercusión de las relaciones familiares en la autoestima de los adultos mayores. *Cognosis* [Internet]. 2020;5:31–42. Disponible en:
<https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2286>
15. Rosen T, E Popa Mi, Elman A, R Mulcare M. Identificar e iniciar la intervención para el abuso y la negligencia de ancianos en el departamento de emergencias. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2018;34(3):435–51. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057151/pdf/nihms961991.pdf>
16. Giraldo Rodriguez L. Maltrato en la vejez: caracterización y prevalencia en la población mexicana. *Notas Poblacion* [Internet]. 2020;46(109):119–145. Disponible en:
[10.18356/338b1fce-es](https://doi.org/10.18356/338b1fce-es)
17. Viteri Chiriboga E, Terranova Barrezueta AE, Velis Aguirre LM. Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. *Rev Lasallista Investig* [Internet]. 2018;15(2):300–314. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlsi/v15n2/1794-4449-rlsi-15-02-300.pdf>
18. Agudelo Cifuentes MC, Cardona Arango D, Segura Cardona AM, Restrepo-Ochoa DA. Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2020;38(2):1–11. Disponible en:
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>
19. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez D, Restrepo Ochoa DA. Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. *Rev CES Psicol* [Internet]. 2019;12(1):32–42. Disponible en:

- <http://dx.doi.org/10.21615/%0Acesp.12.1.3>
20. Agudelo Cifuentes MC, Cardona D, Segura A, Restrepo Ochoa D, Muñoz Rodríguez D, Segura A, et al. Vulneración a la integridad física de personas mayores: prevalencia del maltrato y factores asociados. *El Ágora USB* [Internet]. 2020;20(2):129–39. Disponible en: [10.21500/16578031.4568%0A](https://doi.org/10.21500/16578031.4568%0A)
 21. Curcio CL, Payán Villamizar C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. *Colomb Med* [Internet]. 2019;50(2):77–88. Disponible en: <http://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4013>
 22. Pérez Mato D, Garay Arellano G, Velis Aguirre LM. Factores sociodemográficos y maltrato intrafamiliar en los adultos mayores del Suburbio. *Publicando* [Internet]. 2019;6(22):27–34. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2040>.
 23. Moraes DC, Lenardt MH, Seima MD, Mello BH, Setoguchi LS, Setlik CM. Postural instability and the condition of physical frailty in the elderly. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019;27:1 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2655-3146>.
 24. Moreno Tamayo K, Ramirez Garcia E, Sanchez Garcia S. Las dificultades del sueño se asocian con la presencia de fragilidad en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2018;56:S38–44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/ims181f.pdf>
 25. Navalón Alcañiz R, González Moro IM. Assessment of the degree of functional impairment and fragility in active elderly. *Retos* [Internet]. 2020;(38):576 581. Disponible en: <https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.78252>
 26. Rivelli R, Gabetta J, Amarilla A, López Sosa OE, Denis Vera ML, Duarte Rojas LT, et al. Frailty of the elderly in three Family Health Units of Paraguay in 2019. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2020;7(2):11–22. Disponible en: [10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.11-22](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.11-22)
 27. Herrera Perez D, Soriano Moreno AN, Rodrigo Gallardo PK, Toro Huamanchumo CJ. Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2020;36(2):1–17. Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1098>
 28. Estrada Gómez OA, Salcedo Rocha AL, García de Alba JE. Síndrome de fragilidad en el sistema universitario del adulto mayor. *Rev Salud Jalisco* [Internet]. 2018;5(2):92–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2018/sj182d.pdf>

29. Torres Castro S, Szejf C, Parra Rodriguez L, Rosas Carrasco O. Asociación entre fragilidad y maltrato a personas mayores en adultos mayores comunitarios de la Ciudad de México. *Rev la Soc Am Geriatr* [Internet]. 2018;66(9):1773–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30094814/>
30. Akyol Guner T. Evaluación de la fragilidad, el abuso y la depresión entre adultos mayores que viven en la comunidad en una ciudad del noroeste de Turquía. *Soc Jpn Psicogeriatría* [Internet]. 2022;22(4):485–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35429203/>
31. Piña Escudero S, García Lara J, Ávila Funes J. La fragilidad no está asociada con el maltrato. *El D fragilidad y Envejec* [Internet]. 2017;6(4):202–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29165537/>
32. Dos Santos R, Paiva R, Quiroga R, Nascimento G, Castro, EmanuellaDa Silva M, Simoa J. Síndrome de fragilidad: un factor de riesgo asociado a la violencia en adultos mayores. *Rev Enfermería Forense* [Internet]. 2020;16(3):130–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32840339/>
33. Gutiérrez Martínez R, González Bernal J, González Santos J, Sánchez Iglesias A. El modelo de atención centrado en la persona, aplicado en un centro de día geriátrico para la mejora en las actividades de la vida diaria y habilidades sociales. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol* [Internet]. 2018;2(2):117. Disponible en: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1084%0AFecha>
34. Flores Silva AS, Fierros Flores A, Gallegos Novela VE, Magdaleno Ordaz G, Velasco Rodríguez R, Pérez Hernández MG. Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. *Rev Cuid* [Internet]. 2020;9(17):28–37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cui2017d.pdf>
35. Campo Torregroza E, Laguado Jaimes E, Martín Carbonell M, Camargo Hernández K del C. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018;34(4):e1640. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640>
36. Martínez B, Duran P, Escudero R, Arrarás JI. Activities of daily living assessment in people with cognitive impairment: Psychometric study of the vavdi questionnaire. *Rev Ter Ocup Galicia* [Internet]. 2018;15(27):29–36. Disponible en: <http://www.revistatog.es/num27/pdfs/original3.pdf>
37. Benavides Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anestesiol*

- [Internet]. 2017;40(2):107-112. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
38. Leitón Z, Fajardo E, López A, Martínez R, Villanueva M. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Rev Salud Uninorte* [Internet]. 2020;36(1):124-139. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000100124&lng=en&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522020000100124&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 39. SeguraCardona A, Garzón Duque M, Cardona Arango D, Segura Cardona A. Risco de comprometimento cognitivo em pessoas idosas nas sub-regiões de Antioquia, Colômbia. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2016;33(3):613-628. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0008> Riesgo
 40. Du P, Chen Y. Prevalence of elder abuse and victim-related risk factors during the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health* [Internet]. 2021;21(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11175-z>
 41. Piña S, Chodós A, Weinstein C, Elaine I, Ávila J, Ritchie C. Deterioro cognitivo subjetivo y maltrato al anciano en adultos mayores comunitarios mexicanos. *Arco gerontol geriatr* [Internet]. 2021;(92):104242. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33010789/>
 42. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Datos Estadísticos del País. 2010; Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/>
 43. Duarte Ayala RE, Velasco Rojano ÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horiz Sanit* [Internet]. 2021;21(1):113-120. Disponible en: 10.19136/hs.a21n1.4519
 44. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale [4]. *Age Ageing* [Internet]. 2006;35(5):526-9. Disponible en: 10.1093/ageing/afl041
 45. Schogt B, Rewilak D. The Mental Status Examination. [References]. *Pract psychiatry long-term care home* [Internet]. 2017;94(8):635-641. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27929229/>
 46. Giraldo-Rodríguez L, Rosas Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2013;13(2):466-74. Disponible en: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x
 47. Brijoux T, Neise M, Zank S. Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factors and consequences. *Z Gerontol Geriatr*. 2021;54(March):132-7.
 48. Alexa I, Illie A, Pislaru A. Abuso de ancianos y factores asociados en el este de

- Rumania. Psicogeriatría [Internet]. 2019;20(2). Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/337761340_Elder_abuse_and_associated_factors_in_eastern_romania
49. Lee YJ, Kim Y, Park J Il. Prevalence and Factors Associated With Elder Abuse in Community-Dwelling Elderly in Korea: Mediation Effects of Social Support. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2021;18(11):1044–9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8600220/pdf/pi-2021-0156.pdf>
 50. Ramalingam A, Sarkar S, Premarajan KC, Rajkumar RP, Subrahmanyam DK. Prevalence and correlates of elder abuse: A cross-sectional, community-based study from rural Puducherry. *Natl Med J India* [Internet]. 2019;32(2):72–6. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31939400/>
 51. Torres-Castro S, Szlejf C, Parra-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Association Between Frailty and Elder Abuse in Community-Dwelling Older Adults in Mexico City. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018;66(9):1773–8. Disponible en:
<https://www.researchgate.net/requests/r107643163>
 52. Sathya T, Selvamani Y, Nagarajan R. Elder abuse/mistreatment and associated covariates in India: results from the Longitudinal Aging Study in India wave 1, 2017-2018. *Epidemiol Health* [Internet]. 2022;44:1–9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9117105/pdf/epih-44-e2022017.pdf>
 53. Vinueza, M Nuñez, Y Leyva, M Montero, I Mera C. Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56(1):41–6.
 54. Luna A, Santos J de S, Araujo GK, Santos, Renata Clemente Cavalcanti G, Queiroga R. Association of the functional capacity and violence in the elderly community. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(3):1–7. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/jFCFQZpBBLpvj8mxd9wsSmm/?format=pdf&lang=en>
 55. Sooryanarayana R, Choo WY, Hairi NN, Chinna K, Hairi F, Ali ZM, et al. The prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a rural community of Negeri Sembilan state: Baseline findings from the Malaysian Elder Mistreatment Project (MAESTRO), a population-based survey. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(8):1–10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5588933/pdf/bmjopen-2017-017025.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE)

INSTRUCCIONES: El siguiente formulario deberá ser llenado completamente, en idioma español empleando letra tipo Times de 10 puntos, a espacio sencillo, en hojas tamaño A4, manteniendo un margen de 2,5 cm por lado. Si en alguna de las tablas del formulario requiere más filas, puede crear; sin embargo, debe tener en consideración los límites de texto que puede ingresar en algunas secciones del formulario. No debe excederse de 20 páginas. La argumentación debe apoyarse en referencias bibliográficas y datos estadísticos actualizados, mismos que deberán ser citados en el texto utilizando el número de referencia.

DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

Factores protectores del maltrato en los adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022-marzo 2023

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Marque con una X la opción que corresponda

Estudios Observacionales		Estudios de intervención	
• Estudios transversales	<input checked="" type="checkbox"/>	• Estudios cuasi experimentales	<input type="checkbox"/>
• Estudios ecológicos	<input type="checkbox"/>	• Ensayo de campo	<input type="checkbox"/>
• Reportes de caso	<input type="checkbox"/>	• Ensayos controlados aleatoriamente sin uso de medicamentos y/o dispositivos médicos	<input type="checkbox"/>
• Series de caso	<input type="checkbox"/>		
• Estudios de caso y controles	<input type="checkbox"/>		
• Estudios de cohortes	<input type="checkbox"/>		
Otros			
• Especifique			<input type="checkbox"/>

TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Fecha estimada de inicio de la investigación	15 de diciembre 2022
Fecha estimada de término de la investigación	31 de marzo 2022

FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
Monto total del financiamiento de la investigación.	\$ 1647.50
Fuentes de financiamiento.	Brian Encalada

DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

DATOS DEL PATROCINADOR				
<i>(Patrocinador es la persona natural o jurídica, compañía, empresa u organización incluidas las academias legalmente constituidas y con representación legal en el país, que tiene la responsabilidad sobre la iniciación, manejo, desarrollo y financiamiento de la investigación)</i>				
Nombre de la persona/institución que realiza la investigación				
Patrocinador	Nombres y Apellidos: Brian Julian Encalada Parapi		Cédula de Ciudadanía/RUC: 0302700307	
Teléfono institucional	Extensión	Correo Electrónico	brianencalada66@gmail.com	
Dirección	Mururco-Azogues			
Página web Institucional	bjencaladap07@est.ucacue.edu.ec			
Órgano Ejecutor	No aplica			

COBERTURA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN		
<i>(Selecciones solo un tipo de cobertura)</i>		
Nacional <input type="checkbox"/>		
Zonas de Planificación <input type="checkbox"/>	Zona 1 (Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos.) <input type="checkbox"/> Zona 2 (Napo, Orellana y Pichincha) <input type="checkbox"/> Zona 3 (Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua) <input type="checkbox"/> Zona 4 (Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas) <input type="checkbox"/> Zona 5 (Los Ríos, Guayas, Santa Elena, Bolívar) <input type="checkbox"/> Zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago) <input checked="" type="checkbox"/> Zona 7 (El Oro, Loja y Zamora Chinchipe) <input type="checkbox"/> Zona 8 (Guayaquil, Durán y Samborondón) <input type="checkbox"/> Zona 9 (Distrito Metropolitano de Quito) <input type="checkbox"/>	
Local <input type="checkbox"/>	Especifique la provincia y cantones donde se ejecutará su investigación	<input checked="" type="checkbox"/>

PERSONAL DE LA INVESTIGACIÓN						
FUNCIÓN	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FORMACIÓN ACADÉMICA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL E INSTITUCIONAL	TELÉFONO CELULAR
Investigador Principal (patrocinador)	Brian Julian Encalada Parapi	0302700307	Estudiante de Enfermería	Universidad Católica de Cuenca	bjencaladap07@est.ucacue.edu.ec	0999231107
Tutor	Ignacia Margarita Romero Galabay	0302196183	Licenciada en Enfermería	Universidad Católica de Cuenca	iromerog@ucacue.edu.ec	0995073187
Asesor	Andrés Alexis Ramirez Coronel	0302185053	Doctor en Psicología	Universidad Católica de Cuenca	Andres.ramirez@ucacue.edu.ec	

DETALLE DE LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN ESTRUCTURADO

Introducción: La situación de maltrato en los adultos mayores es considerado como un problema de salud pública por las repercusiones en la salud y calidad de vida del afectado, siendo así un acto que refleja la violación de los derechos humanos.

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos, de salud física, cognitiva y funcionalidad que protegen del maltrato a los adultos mayores en el cantón Azogues. Diciembre 2022-marzo 2023.

Metodología: Estudio cuantitativo, no experimental de corte transversal correlacional. Se realizará un muestreo probabilístico por conglomerados. Los instrumentos utilizados serán la escala de fragilidad, de Barthel, Minimental y test de maltrato.

Resultados esperados: Se utilizarán los resultados de la investigación para aunar esfuerzos y despertar el interés de instituciones de salud médica, psicológica y de administraciones sociales tanto nacionales como entidades internacionales. Esto se logrará mediante la comparación de los resultados de la investigación con estudios de otros países, para la creación de políticas de prevención y disminución del abuso y consecuente a esto la protección de derechos de los adultos mayores.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La situación de maltrato a los adultos mayores constituye un problema de salud pública por las repercusiones en la calidad de vida y salud del afectado y es considerado como un acto que refleja la violación de los derechos humanos (1). En este contexto, la Organización Mundial de la Salud establece una definición del maltrato en el adulto mayor como “cualquier acto aislado y repetitivo o la falta de acción apropiada, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza, que causa daño o malestar a la persona mayor”(2).

Ahora bien, a este tema no se le ha prestado la debida importancia y el desafío que se presenta es la discriminación y desigualdad por el nivel de dependencia de este grupo vulnerable (2,3). De cierta forma, se han creado instituciones que han desarrollado políticas y estrategias para proteger los derechos de las mujeres, los jóvenes y los niños, no obstante, en la actualidad existe limitación en políticas protectoras de los adultos mayores (3).

Cabe considerar que, los tipos de abuso son los siguientes: el físico que se relaciona con lesiones en el organismo, como golpes, empujones o sacudidas. El maltrato psicológico que engloba los insultos, las amenazas, entre otros, este tipo de maltrato es uno de los más frecuentes en personas no institucionalizadas. El maltrato económico se trata del mal uso o administración de los recursos propios del adulto mayor, quienes suelen aprovecharse de esta situación son los convivientes y los hijos. El maltrato sexual incluye actos, proposiciones, utilización de términos sexuales sin autorización de la víctima, entre otros (2,4)(5)(6)(7). Un estudio sobre los tipos de maltrato en este grupo etario demostró que los abusos más frecuentes fueron el económico, el abandono, a nivel psicológico, físico y sexual respectivamente (6).

Por otra parte, vale la pena mencionar que, los factores de riesgo para el maltrato en este grupo poblacional son: el sexo mujer, la fragilidad, la dependencia de las actividades básicas de la vida diaria, alteraciones a nivel cognitivo, enfermedades, agresividad, mala funcionalidad familiar, entre otros. En Portugal se realizó un estudio del abuso en adultos mayores en donde los resultados mostraron que, del 2004 al 2013 el 79,7% de situaciones de maltrato lo sufrían las mujeres, con un porcentaje del 75,9% estaban personas

mayores de 75 años y el 55,9% eran personas con discapacidad (2). Otro factor importante corresponde a la demencia (4) y el deterioro de capacidades psicomotoras que convierte a los ancianos en personas dependientes, presentando dificultad de tomar decisiones por sí solos, siendo abusados por personas que están en su entorno, como cuidadores o familiares, apareciendo el maltrato, las negligencias y violación de derechos (8)(4).

Dentro de este marco, los factores de riesgo relacionados con el cuidador o familiar engloban situaciones de estrés, enfermedades psicológicas, consumo de sustancias psicotrópicas, problemas económicos, déficit de apoyo social y ser hombre (6)(2), a esto se suman los adultos mayores que reciben cuidado en instituciones (4). Por lo general, quienes cumplen con el rol de abusadores son los convivientes, los hijos, personas desconocidas y hermanos. En cuanto a América Latina el grupo que presenta mayor abuso son las mujeres, el motivo es que sus esposos las consideran como un objeto de su propiedad (4). Ahora bien, lo preocupante se encuentra en el bajo porcentaje de reporte de abusos (2), esto lo demuestra un estudio realizado en el año 2017 en donde hubo notificación de 1 de cada 24 casos (4).

Debe señalarse que, las consecuencias del maltrato incluye daños físicos y psicológicos crónicos (9)(10)(6), diferentes estudios han mencionado que en un adulto mayor maltratado se incrementa en tres veces la probabilidad de ser hospitalizado (6)(7). Así mismo, puede presentar baja autoestima, aislamiento social, sentimiento de culpabilidad y mayor probabilidad de padecer depresión (2), a esto se suma la discriminación, explotación y situaciones legales que pueden poner en riesgo sus pertenencias. Lo más importante radica en que, cualquier tipo de abuso está relacionado con un incremento en la mortalidad de la población adulta mayor (4)(6)(7). Así pues, un estudio demostró que existe mayor probabilidad de muerte en ancianos maltratados en comparación con los que no viven esta situación.

Visto de esta forma, la prevalencia del maltrato hacia adultos mayores no institucionalizados corresponde al 15,7%, esto representa uno de cada seis adultos mayores (5). En el año 2014 en Estados Unidos se registraron 715 000 casos de maltrato físico. En Finlandia y Gran Bretaña los porcentajes fueron entre el 4% y el 6% (2). De igual manera, en España se realizó un estudio sobre el maltrato, evidenciándose que el 29,1% de la población mayor sufría esta situación y los sectores más vulnerables fueron el género femenino, la dependencia física y el vivir solo y las condiciones de maltrato más frecuentes fueron la negligencia y maltrato a nivel psicológico (11). En igual forma, un estudio realizado en España mostro resultados de abuso en un 12,1%, el tipo de maltrato dominante fue el psicológico presente en un 80% de todos los casos de maltrato, a continuación estaba el abuso físico y sexual, seguido del económico y el abandono (2). Al mismo tiempo, se realizó un estudio en México, en donde los resultados mostraron ancianos maltratados en un porcentaje de 37% por los hijos, el 11% sufrió maltrato por su pareja, el 10% por los nietos y el 17,4% por otras personas (10). Durante la pandemia por SARS COV 2 no se realizaron muchos estudios en este apartado, pero la OMS y la ONU indicaron que en tiempos de problemas económicos, catástrofes o pandemias, hay un incremento de maltrato en adultos mayores, esta información está basada en las crisis anteriores (12). Cabe recalcar que, estudios realizados pueden mostrar datos subestimados por el bajo porcentaje de notificación de casos de violencia por miedo de los adultos mayores (10).

Dentro de este orden de ideas, nivel Nacional, el INEC mediante la encuesta sabe I presentó porcentajes de maltrato familiar en un 4% en adultos mayores, correspondiendo al 3% la violencia sexual, el 16,4% fue a nivel psicológico y el 14,9% sufrieron abandono (9)(10). Hay que hacer notar que, este estudio refleja el incumplimiento de políticas públicas que fomentan el fortalecimiento de lazos familiares para que las personas mayores puedan tener un envejecimiento activo. Gracias a este estudio se logró comparar a nuestro País con otras regiones situaciones económicas, sociales, de violencia, entre otros, de los adultos mayores. Sumado a esto, se instauraron programas para proteger a esta población (11). Así pues, la Constitución de la República del Ecuador ha creado programas de apoyo para satisfacer necesidades en los apartados de salud, empleo, convivencia y a nivel social de este grupo vulnerable (13). Simultáneamente, los centros de salud han creado espacios, grupos de apoyo y clubes en donde los adultos mayores desarrollan actividades recreativas, manualidades y charlas mejorando su autoestima y calidad de vida (14).

Dentro de este marco, el problema de investigación está enfocado en la limitada información y conocimiento de la realidad por la que atraviesan los adultos mayores con respecto al trato, a nivel nacional y local. Por este hecho, entidades, instituciones y otras administraciones de la seguridad social no han priorizado el gestionamiento para concientizar sobre este problema, lograr que se implementen estrategias de prevención y control y de esta forma disminuir los índices de violencia en este grupo vulnerable. Como se ha mencionado, la prevalencia de maltrato en otros países va en aumento y si bien es cierto, se han aplicado estrategias mediante la utilización de instrumentos para conocer los factores de riesgo del maltrato y poder combatirlo. Sin embargo, las pruebas de eficacia de estas intervenciones han resultado insuficientes.

Como se mencionó, a nivel local, el poco conocimiento sobre el abuso en personas de edad, disminuye aún más las posibilidades del establecimiento de medidas de prevención como planes de apoyo para cuidadores y familiares para disminuir la carga que demanda la atención de la persona mayor, la ejecución de programas de administración económica para quienes se encuentren en riesgo de abuso económico, la implementación de líneas telefónicas de ayuda, de apoyo inmediato y gratuito, la creación de centros de acogida de emergencias y la conjugación de entidades multidisciplinarias que ataquen al problema desde diferentes ámbitos, como profesionales de la salud médica y mental, la justicia penal y los organismos protectores de adultos mayores.

JUSTIFICACIÓN

Con respecto a la conveniencia de la investigación, el maltrato es definido como el mal comportamiento que tiene consecuencias médicas y a nivel social en el abusado, las personas que hacen daño están directamente relacionadas con el adulto mayor como los cuidadores o familiares o por condiciones que convierten a la persona en vulnerable, tal es el caso de la edad o la discapacidad. Es un acto que se aprende. Los niños reciben maltrato, crecen dentro de ese ambiente y llegan a ser adultos que abusan de sus hijos y de sus padres (15).

En el año 2013 se analizó el consenso desarrollado en Montevideo en la primera reunión de la Conferencia sobre la Población y desarrollo de América Latina y el Caribe, en donde se aprobaron los acuerdos sobre la aplicación de más de 120 medidas relacionadas con temas prioritarios, dentro de estos temas se encuentra el envejecimiento, y se menciona que por la edad y al ser un grupo vulnerable, este grupo ha sido víctima de abusos y sus derechos no se están respetando, por lo que se llegó al acuerdo de eliminar todas las formas de discriminación y violencia, enfatizando la obligación de los estados en promover un envejecimiento digno. También se acordó la creación de programas de derechos humanos para erradicar todos los tipos de abuso tanto en instituciones públicas como privadas (16).

La Constitución de la República del Ecuador vela por los derechos de los adultos mayores. El artículo N36 indica que son un grupo de atención prioritaria en instituciones públicas o privadas y más aún si tienen doble vulnerabilidad (8)(17). El artículo N37 señala que este grupo poblacional debe recibir asistencia en el ámbito psicológico y económico y que los familiares que hayan abandonado a los adultos mayores recibirán una sanción (13)(8). El artículo 11 de los deberes del estado, sociedad y familia con las personas mayores menciona que, es responsabilidad de los familiares propiciar cuidados a nivel, físico, psicológico y emocional para lograr un desarrollo integral mediante apoyo y respeto, también involucra al estado y la sociedad para garantizar los derechos de los ancianos. Debe existir el deber y el compromiso de la familia y comunidad para que la etapa final de la población longeva sea digna (8).

El Ministerio de Inclusión Económica y social se preocupa por la salud, calidad de vida y envejecimiento activo. Los trabajadores sociales son los encargados de promocionar estos programas, mediante visitas a zonas vulnerables, para lograr incluir a más adultos mayores y proporcionar cuidados y protección en diferentes ámbitos (13)(8).

En base a los datos expuestos por el INEC, que reflejan el 4% de Adultos mayores en situación maltrato a nivel Nacional (10), también porque la violencia a este grupo es considerado un problema de salud pública por las repercusiones a nivel socioeconómico y de salud (2)(12). Se pretende mediante este estudio indagar más allá de datos estadísticos, adentrándonos hacia las verdaderas causas o factores que repercuten en la salud y calidad de vida de este grupo poblacional, tomando en cuenta que las cifras de abuso pueden tener sesgo por la escasez de reportes de estas situaciones y que en el caso que se identifique vulneración de derechos de las personas mayores no existan los instrumentos o entidades que actúen de manera eficaz en la protección y cumplimiento de políticas en beneficio de este grupo expuestas por la Constitución de la República del Ecuador, esto sumado a que profesionales de la salud no se encuentran bien equipados para poder diagnosticar una persona que ha sido abusada.

El aporte, teniendo en cuenta la relevancia social, nace por las consecuencias en la salud de los adultos mayores, por el maltrato que puede involucrar varios aspectos emocionales, desencadenando ansiedad, estrés, autoestima baja, sentimiento de inutilidad, soledad, aparición y complicaciones de enfermedades neurodegenerativas y crónicas. Se anhela despertar en la sociedad, a nivel familiar y en instituciones públicas y privadas el arte de cuidar, de ser empáticos, de preocuparse por los demás, de terminar con las desigualdades sociales, de que no haya rechazo, se luche por los derechos de los ancianos, que tengan la oportunidad de poder acudir a un lugar seguro si es que están siendo maltratados y que se establezca a nivel social una visión positiva de esta etapa de vida.

Se establece la importancia de determinar los factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues. El aporte teórico será relevante porque incrementará los conocimientos actuales y contribuirá con futuras soluciones para el problema del maltrato, los resultados de este estudio servirán como cimiento para que instituciones puedan desarrollar planes de acción de ayuda para este grupo vulnerable, también para que los profesionales de la salud puedan identificar los factores de riesgo, utilicen los instrumentos y técnicas adecuadas para el diagnóstico de abuso y para que se ejecuten programas encaminados a mitigar este problema y que nuestra población adulta mayor se sienta protegida.

MARCO TEÓRICO

Definiciones de maltrato

El término abuso del adulto mayor en los años 70 se definía como “Vapuleando a la abuelita”, haciendo referencia a los malos tratos que sufrían los ancianos, al principio este término solo englobaba el aspecto físico y simplemente se lo consideraba un problema doméstico (2).

En el año de 1975, se empieza a considerar a este grupo poblacional como vulnerable y víctimas de maltrato, se menciona que es un problema que puede estar enmascarado por caídas o circunstancias que justifican carencia en los cuidados hacia el adulto mayor y en 1986 se establece la definición de maltrato como acontecimientos que disminuyen la calidad de vida y que involucran consecuencias a nivel físico y psicológico (18).

En 1995 se establece una definición en Reino Unido por parte de la Organización contra el maltrato a los Ancianos, se menciona que el abuso es una actitud que destruye a los adultos mayores, se desarrolla dentro de un ambiente de confianza y repercute en la salud, física, psicológica, social y financiera e involucra la violación de los derechos humanos (16).

La definición propuesta por la OMS en la “Declaración de Toronto para la prevención del maltrato en adulto mayores”, es actualmente la más utilizada y define al abuso como un acto que puede desarrollarse de manera única o repetida, causando daño y angustia y provocada por personas con quienes existe un lazo de confianza (2).

Tipos de maltrato

Maltrato físico: Se produce por una falta de respeto, abuso por parte de familiares y frecuentemente se da en asilos por parte de los cuidadores, está involucrado el uso de la fuerza para obligar a realizar actividades en contra de la voluntad de las víctimas(17)(16), tal es el caso de golpes, patadas, bofetadas, quemaduras y utilización de objetos cortopunzantes o armas (15).

Maltrato psicológico: Influye a nivel emocional en la persona mayor, los lugares en donde puede darse son en la casa, asilo y la calle. La sociedad es la que fomenta este tipo de maltrato (10), además incluye actitudes para aislar o amedrentar con agresiones de tipo verbal, este tipo de abuso es uno de los más frecuentes (17)(16). A manera de ejemplo tenemos regaños verbales, amenazas, aislamiento social forzado, trato como a un niño o a un bebé (15).

Maltrato económico: Aprovechamiento de los bienes materiales y económicos del anciano y la obtención de un beneficio económico a expensas del sacrificio ajeno (10), no existe un consentimiento del uso de los recursos (17)(16). Ejemplos de este tipo de abuso son el robo de objetos o dinero, falsificación de firmas o suplantación de identidad para cobrar dinero ajeno, convencimiento a la persona mayor para que firme contratos o inclusión dentro de un testamento (15).

Maltrato sexual: Tiene como objetivo la satisfacción sexual o excitación, utilizando como objeto al adulto mayor, realizando prácticas eróticas en contra de su voluntad (17)(16), por ejemplo la violación, desnudez sin consentimiento, expresiones verbales sexuales, frote de genitales, entre otros.

Estado del arte del maltrato relacionado con factores sociodemográficos

Un estudio realizado por Agudelo en el 2016 en Colombia mostro resultados de mayor porcentaje de maltrato en mujeres con un 55,5%, las personas casadas y en unión libre tuvieron un porcentaje de maltrato de 55,9% (19). En otro estudio desarrollado por el mismo autor en la ciudad de Medellín en el año 2020, se evidencio que en los adultos mayores en un rango de edad entre 60 y 74 años el 84,2% presento maltrato, con respecto al sexo el 73.7% de mujeres sufrieron abuso, en cuanto al estado civil el 68.4% de personas sin pareja presentaron esta condición (20).

En Ecuador en el año 2019 se publicó un estudio acerca de los factores sociodemográficos y el maltrato en adultos mayores en Guayaquil, los resultados evidenciaron que las personas de 75 a 84 años fueron quienes más sufrieron de abusos con un porcentaje de 53%, con respecto al estado civil el 64% de personas que no tenían pareja fueron víctimas de maltrato, con relación al sexo las mujeres fueron el grupo con mayor porcentaje de abuso con el 68% y en el apartado de escolaridad el 65% de personas que terminaron la primaria sufrieron maltrato representando un mayor porcentaje (22).

Con respecto al maltrato relacionado con los rangos de edad, Curcio (21) en su estudio sobre maltrato en adultos mayores Colombianos, presenta la prevalencia de maltrato a nivel global en personas de 60 a 69 años del 17,1% y de acuerdo a sus tipologías, las personas con un rango de edad de 60 a 69 años igualmente presentaron mayor porcentaje de maltrato a nivel psicológico con un 14,9%, físico con el 2,2%, sexual con el 0,3%, económico con el 1,4% y de negligencia con el 9,2%.

Fragilidad

Esta condición está relacionada con un conjunto de signos y síntomas que representan un desequilibrio en la homeostasis, consecuente a una disminución de la funcionalidad fisiológica en adultos mayores, esto puede provocar otro tipo de incapacidades como caídas, incremento de hospitalizaciones, institucionalización e incluso la muerte (23)(24)(25)(26). Por la disminución de la fecundidad e incremento de la esperanza de vida este síndrome ha cobrado mucha importancia en los últimos años. En América Latina el porcentaje de adultos mayores de 60 años en las comunidades es de 7.7% y 39.3% y los factores de riesgo para padecer este síndrome son una edad mayor, el sexo mujer, bajo nivel socioeconómico y comorbilidades (27). Estudios realizados en México, demuestran que el 7% presenta este síndrome, mientras que en España el porcentaje es del 8.5% (28).

Para la identificación de este síndrome se utiliza el fenotipo de la fragilidad que consiste en una escala en la cual se valoran diferentes criterios relacionados con la salud del adulto mayor, dentro de estos criterios están: la fatiga, la resistencia, la deambulación, enfermedades y la pérdida de peso. Si la respuesta es positiva en cada ítem se le otorga una puntuación de 1, al final el puntaje total demostrará si el adulto mayor presenta el síndrome. Si la puntuación es de 0, la persona está robusta, de 1 a 2 representa pre fragilidad y mayor o igual a tres puntos quiere decir que el individuo tiene la condición de fragilidad (23)(24)(25).

El tratamiento para este síndrome se basa en la realización de actividad física, el tratamiento de las enfermedades y una alimentación adecuada. Los profesionales suelen utilizar el ejercicio aeróbico puesto que es sencillo de realizar para los adultos mayores (26).

Estado del arte del maltrato relacionado con la fragilidad en el adulto mayor

Una investigación realizada en la ciudad de México por Torres (29), presentó una prevalencia de maltrato del 35,7% y relacionó el maltrato con la fragilidad en adultos mayores de 60 años no institucionalizados, finalmente se demostró que no hubo asociación entre ambas variables (OR=0,55, IC 95%=0,10-2,87, p=0,47).

Por otra parte, se estudió a 429 adultos mayores en el Noroeste de Turquía, el 28,68% tenían el síndrome de fragilidad y el 22,4% sufrieron maltrato. La relación entre ambas variables mostró una asociación significativa ($P < 0,001$; $r: 0,621$) (30).

Otro estudio realizado con 852 adultos mayores determinó una prevalencia de fragilidad del 13,9% y de maltrato del 20% y se demostró una asociación entre las dos variables estudiadas (OR = 1,16; IC del 95 %: 1,02 a 1,3, $p = 0,022$) (31).

Al noroeste de Brasil se realizó un estudio con una muestra de 146 adultos mayores, se relacionó la variable de fragilidad con el maltrato obteniendo una relación (88,1%, $p < 0,001$) y demostrando que el síndrome de fragilidad representa un factor de riesgo del abuso en la población adulta mayor (32).

Definición de la dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria

Las actividades básicas de la vida diaria son todas aquellas tareas que una persona debe realizar para involucrarse en diferentes situaciones de la vida. Estas actividades están relacionadas con el autocuidado, el transporte y la comunicación, también están incluidas todas aquellas tareas que se realizan en la casa y que incluyen responsabilidad (33). La funcionalidad física y psicológica le permiten a la persona realizar todas estas tareas (34). Si un adulto mayor es capaz de cuidarse a sí mismo, es un ser autónomo (35). Sin embargo, esta autonomía puede verse disminuida por déficit a nivel biopsicosocial y aparece dificultad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria repercutiendo en la calidad de vida del individuo (36).

Para la valoración del nivel de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria se utiliza la escala de Barthel en donde se analiza la capacidad del adulto mayor para comer, ir al baño, vestirse, arreglarse, también los problemas para realizar la deposición y la micción, el uso del retrete, traslado a la cama o al sillón, la deambulación y la capacidad para subir o bajar las escaleras (36)(10)

Estado del arte del maltrato relacionado con la dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Agudelo (19) menciona en su estudio realizado en Colombia que los adultos mayores dependientes son 7 veces más propensos a ser maltratados que los adultos mayores independientes (RP=7,19; IC95%:1,19-43,26) (19).

Otro estudio realizado en Colombia por Curcio (21) sobre la asociación del maltrato de adultos mayores con la funcionalidad y condiciones socioeconómicas mostró que en el apartado de la funcionalidad el 78,8% de la muestra eran independientes en ABVD y el 61,6% en AIVD. Del porcentaje de personas con maltrato, el 23,3% eran dependientes en ABVD y el 34,0% en AIVD con una relación significativa de p igual a 0,000 en los dos apartados.

Salud cognitiva

La cognición es conocida como la capacidad intelectual para que una persona pueda desenvolverse dentro de su entorno. La disfunción cognitiva afecta principalmente aspectos como la memoria operativa y la atención, como consecuencia de cambios a nivel cerebral de tipo morfológico, circulatorio, metabólico y químico (37). En los adultos mayores no suele haber pérdida de memoria de hechos ni de situaciones pasadas, no hay pérdida de conocimiento de conceptos, tampoco se pierde la capacidad de comprensión, de lenguaje, leer y escribir, por lo tanto, con la edad muchas capacidades cognitivas se mantienen (38).

Si existe un buen nivel de funcionalidad en la persona mayor, se considera que la condición cognitiva es normal, pero existen alteraciones como pérdida de la memoria, cambios de conducta y dificultad de pensamiento que se relaciona con el déficit cognitivo, lo que provoca dependencia especialmente para poder desempeñar actividades de la vida diaria (38).

Para la valoración de la capacidad cognitiva se utilizan instrumentos confiables, rápidos y sobre todo validados, entre los más utilizados tenemos al *Mini Mental State Examination*. Esta escala valora aspectos como la orientación en tiempo y espacio, la repetición, la atención y el cálculo, la evocación y el lenguaje. Cada respuesta o acción correcta tiene un valor de 1 punto, al final si el puntaje es igual o mayor a 27 quiere decir que la capacidad cognitiva es normal, si el puntaje está entre 24 a 26, hay deterioro leve, si el puntaje está entre 16 y 24 existe deterioro moderado y menor a 16 puntos hay un déficit cognitivo severo (39).

Estado del arte del maltrato relacionado con la salud cognitiva

Se realizó un estudio sobre la prevalencia del abuso y factores de riesgo en anciano durante la pandemia por COVID 19 en China. Con respecto a la salud cognitiva, se evidenció que el 25% de personas tuvo deterioro cognitivo severo, presentó maltrato, siendo este el porcentaje más alto con relación al deterioro cognitivo leve y moderado (40).

Otro estudio sobre el deterioro cognitivo y el maltrato en adultos mayores no institucionalizados, en México, demostró una relación positiva entre el deterioro cognitivo y el maltrato (OR = 2,226; IC 95% = 1,296 a 3,822; p = 0,004). Esta relación se evidenció en todas las esferas del área cognitiva, menos en la ejecutiva. La relación del maltrato con la memoria episódica tuvo un valor p:0,003, con el lenguaje p:0,001, a nivel visuoespacial p:0,01, con la atención p:0,010 y con la queja cognitiva p:0,056 (41).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar los factores protectores del maltrato en los adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022-marzo 2023.

Objetivos específicos

O.E1: Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.

O.E1: Identificar el maltrato al adulto mayor en función del sexo y escolaridad, estado civil y zona de residencia.

O.E2 Verificar si el maltrato se asocia con la fragilidad, nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria y la salud cognitiva.

O.E3 Analizar la relación del maltrato global y sus tipologías según los rangos de edad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN O HIPÓTESIS DE ESTUDIO

No existe hipótesis para el objetivo específico 1, al ser de tipo exploratorio

5. El maltrato está asociado con el sexo, la escolaridad, el estado civil y la zona de residencia en los adultos mayores del cantón Azogues (objetivo específico 2).
6. Existe una asociación entre el maltrato con la fragilidad, nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria y la salud cognitiva (objetivo específico 3).
7. El maltrato global y cada uno de sus tipos está relacionado con los rangos de edad (objetivo específico 4).

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio cuantitativo, no experimental, puesto que, el investigador no manipulará las variables en ningún momento, correlacional, al tratarse de un proyecto en el que se evaluará la relación estadística de las variables. De corte transversal, porque las variables serán evaluadas en un momento y tiempo específico dentro del año 2022.

Población

La población estará constituida por 8 387 personas mayores, este dato estadístico fue obtenido del Instituto Nacional de Estadística y Censos y corresponde al total de la población adulta mayor en el cantón Azogues mayor de 60 años (42).

Muestra

Para elegir la muestra de estudio, se empleará un muestreo probabilístico por conglomerados, al tratarse de una población extensa. En primera instancia se seleccionarán participantes de todas las parroquias del cantón Azogues, posterior, se utilizará muestreo sistemático aleatorio para elegir participantes de los Barrios. El instrumento de recolección de datos se aplicará a la población adulta mayor que haya cumplido con los criterios de inclusión. El muestreo mencionado nos ayudará a representar la población total de adultos mayores y controlar la dirección correcta del proceso de selección de la muestra. El software epidemiológico que se utilizará para calcular el tamaño mínimo de la muestra será Epidat 4.1, bajo los siguientes criterios:

- Población total: 8 387 personas mayores de 60 años.
- Proporción esperada: 50%.
- Nivel de confianza: 95%
- Exactitud absoluta: 5%
- Resultado final de la muestra: 368 participantes.

Criterios de Inclusión:

- Personas de 60 años en adelante.
- Adultos mayores residentes en el cantón Azogues y sus parroquias.
- Personas mayores con pleno uso de sus capacidades de comunicación.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación
- Participantes con enfermedades neurodegenerativas o en circunstancias que interfieran con la recopilación de datos.
- Personas que no dispongan del tiempo que tomará la resolución del cuestionario.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

Variable dependiente

Dentro de la variable dependiente tenemos al maltrato (existe maltrato, no existe maltrato), al tratarse de la situación que recibe el enfoque principal.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores sociodemográficos: Sexo (hombre, mujer), edad (de 60 a 70 años, de 71 a 75 años, de 76 años en adelante), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre), autoidentificación étnica (indígena, mestizo, afrodescendiente, blanco, otro), escolaridad (ninguno, educación básica, bachiller, tercer nivel, cuarto nivel), actividades básicas de la vida diaria (dependencia severa, dependencia moderada, dependencia leve, independencia), función cognitiva (normal, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado, deterioro cognitivo grave), fragilidad (robusto, pre frágil, frágil).

Instrumentos

Actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel)

Instrumento creado para valorar la función física. Se empezó a aplicar desde el año 1955 en pacientes con enfermedades crónicas, musculoesqueléticas y neuromusculares y para valorar la evolución en el proceso de recuperación en las áreas de rehabilitación. Utilizado para valorar a un adulto mayor en cuanto a su nivel de independencia para realizar actividades la vida diaria, se obtienen resultados cuantitativos mediante diferentes puntuaciones. Consta de 10 ítems, se puede obtener los datos mediante preguntas directas al participante. La puntuación de 0 a 20 representa dependencia total, de 21 a 60 dependencia severa, de 61 a 90 dependencia moderada, de 91 a 99 dependencia escasa, una puntuación de 100 independencia (43).

Fragilidad (Escala Frail)

La encuesta fue validada en el año 2006 mediante su aplicación a 158 adultos mayores en el centro metropolitano Edmonton, Alberta. Esta validación se dio con un Alfa de Cronbach de 0,62, se la considera como confiable para la utilización de profesionales no geriatras y se la puede utilizar para realizar validaciones en otros ámbitos. Cada día más investigadores se están sumando a utilizar este instrumento. El cuestionario está formado por 5 preguntas que contienen aspectos importantes para diagnosticar la fragilidad, estos ítems son la fatiga, la resistencia, el desempeño aeróbico, las enfermedades y la pérdida de peso. Si la respuesta es positiva en cada ítem se le otorga una puntuación de 1, al final el puntaje total demostrara si el adulto mayor presenta el síndrome. Si la puntuación es de 0, la persona esta robusta, de 1 a 2 representa pre fragilidad y mayor o igual a tres puntos quiere decir que el individuo tiene la condición de fragilidad (44).

Capacidad cognitiva (Minimental Status Examination) modificado

Esta escala fue creada en 1975 por Folstein y McHung para aplicarla en pacientes psiquiátricos. En la actualidad se utiliza la versión en castellano modificada por Lobo y col. Se han realizado 14 estudios utilizando este instrumento, demostrando que su sensibilidad fue del 88,3% y con un porcentaje de especificidad de 86,2% para la demencia. El tiempo de aplicación no supera los 10 minutos y es fácil de resolver. Dentro de los indicadores se encuentran la orientación, fijación, calculo y concentración, el lenguaje y la memoria. Cada respuesta o acción correcta tiene un valor de 1 punto, al final si el puntaje es igual o mayor a 27 quiere decir que la capacidad cognitiva es normal, si el puntaje esta entre 24 a 26 puntos hay deterioro leve, si el puntaje esta entre 16 y 24 existe deterioro moderado y menor a 16 puntos hay un déficit cognitivo severo (45).

Escala de maltrato de Giraldo Rodríguez

Sirve para detectar los diferentes tipos de maltrato a nivel físico, psicológico, de negligencia, económico y sexual. Fue elaborada en el año 2013 a falta de un instrumento que permita valorar el abuso en el adulto mayor. La encuesta fue aplicada a 626 personas mayores en la Ciudad de México. El alfa de Cronbach para la aceptación del cuestionario fue de 0,83 a nivel general, para el apartado que valora el maltrato psicológico fue de 0,82, para el abuso físico 0,72, para el maltrato a nivel económico 0,55, para la negligencia 0,80 y para el maltrato sexual 0,87. Por lo tanto se recomienda la aplicación de la encuesta en el ámbito clínico y en proyectos sociales que tengan el propósito de valorar esta condición en adultos mayores no institucionalizados. Consta de 22 preguntas, se requiere de un tiempo de 5 a 10 minutos para poder responderla, si la persona responde una vez afirmativamente para cualquier ítem se determina que ha sufrido maltrato (46).

Procedimiento

El instrumento de recolección de datos será aplicado mediante visitas en los domicilios de los participantes de manera privada para asegurar la veracidad y confidencialidad en las respuestas. Previo a ello se compartirá información sobre el estudio, se dará a conocer el propósito del proyecto, los riesgos y beneficios, los procedimientos a realizar, el tiempo promedio de llenado de la encuesta, los derechos del participante, el mecanismo de confidencialidad de la información y los datos de contacto de los investigadores. Se cuestionará sobre la decisión de participar o no en el mismo, se obtendrá la firma del participante en el consentimiento informado en el caso que haya aceptado formar parte de la investigación y se entregará una copia del documento. La encuesta se aplicará en el mes de diciembre a la población adulta mayor del cantón Azogues y sus Parroquias, la resolución de la misma le tomará a la persona un promedio de 20 a 30 minutos. Una vez recolectados los datos, se elaborará una matriz con los mismos en la hoja de cálculo “Excel”, esta información será exportada al programa estadístico Jamovi, InfoStat y SPSS versión 26, se definirán las etiquetas y los tipos de variables y se identificarán datos perdidos para posteriormente realizar los análisis de acuerdo con los objetivos del estudio.

Análisis de datos

Se llevará a cabo un proceso ordenado y sistemático para analizar cada una de las variables teniendo en cuenta los objetivos a alcanzar. Se empleará un análisis de tipo descriptivo y exploratorio univariado y bivariado y se describirá dentro de la noción epidemiológica la prevalencia.

Al tratarse de un estudio en donde se utilizarán variables de tipo cualitativo, para determinar las características sociodemográficas de la población de estudio (Objetivo específico 1), se empleará un análisis univariado y se expondrán las frecuencias relativas y absolutas para cada uno de los factores sociodemográficos (sexo, estado civil, escolaridad y zona de residencia).

Para poder identificar el maltrato al adulto mayor en función del sexo, estado civil, escolaridad y zona de residencia (Objetivo específico 2), verificar si los tipos de maltrato se asocian con la fragilidad, actividades básicas de la vida diaria y la salud cognitiva (Objetivo específico 3) y analizar las diferencias del maltrato global y sus tipologías según los rangos de edad (Objetivo específico 3), se utilizará un análisis bivariado de tipo cualitativo-cualitativo con el estadístico Chi Cuadrado mediante el cual se identificara la independencia en las variables en correlación.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos humanos

Investigador

Brian Encalada

Funciones

- Revisión de literatura
- Planteamiento del problema, objetivos, justificación
- Estructuración de marco teórico
- Adaptación de instrumento de recolección de datos
- Recolección y análisis de datos
- Publicación de resultados
- Cumplimiento de principios éticos
- Utilización de diferentes métodos científicos

Tutor

Lcda. Margarita Romero

Funciones

- Detección de los conocimientos del estudiante para identificar carencias.
- Acompañamiento durante el proceso de investigación.
- Orientación en el desarrollo del proyecto.
- Dominio del tema de investigación.
- Planificación de reuniones de tutorías.
- Advertencia en situaciones de peligro en la investigación.

Recursos materiales

Recurso	Costo unitario \$	Cantidad	Costo total \$
Laptop	1000	1	1000
Celular	400	1	400
Servicio de Internet (meses)	30	3	90

Resmas de hojas	5	1	5
Esferos	0.50	5	2,50
Transporte	50	3	150
Total			1647.50\$

CONSIDERACIONES ÉTICA Y DE GÉNERO

El estudio estará basado en los principios planteados por la declaración de Helsinki, misma que propone el respeto de derechos de los participantes, así como también en la toma de decisiones, previa explicación de los beneficios y riesgos de la participación en la investigación, salvaguardando su integridad y confidencialidad.

La investigación se basará en los principios éticos de aceptación de la participación mediante el consentimiento informado, decisión de los investigados de las condiciones en las que participarán, los datos recolectados no podrán ser utilizados para otros fines más que para investigativos, con ello, la conducta ética permitirá a los investigadores el fomento de la cooperación y colaboración en un ambiente de confianza, para poder cumplir las metas planteadas, ser responsables a nivel social y evitar daños por conductas ilegales o antiéticas.

Los investigadores desarrollaran su proyecto en base a protocolos, cumpliendo con las normas vigentes que propicia resultados congruentes y la optimización de recursos. Los colaboradores se regirán a normas que inculcan el respeto de ideas ajenas, la utilización de modelos de referencias y citas, respetando los derechos de los autores y el esfuerzo que involucra la realización de sus proyectos.

Los recursos materiales serán administrados eficazmente para alcanzar los objetivos dentro de los plazos establecidos. No se utilizará los recursos para beneficio particular, la gestión financiera será transparente, y mediante un informe se rendirá cuentas de todos los recursos que se utilizaron.

El Comité Ético en Investigación en Seres Humanos (CEISH UCACUE), tendrá la decisión de visar el protocolo de investigación e informe final bajo los principios éticos y morales de la investigación.

En el apartado de género, se priorizará la igualdad, para cumplir con el objetivo de alcanzar nuevos conocimientos, calidad en los resultados, con excelencia a nivel científico. Se involucrará como objeto de estudio a mujeres y hombres.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La realización de este estudio requiere que, los investigadores comuniquen a los participantes las implicaciones de la investigación, el beneficio de los resultados, conveniencia y riesgos que representa su ejecución. La información será precisa, clara, sin tecnicismos, de forma directa y suficiente y se demostrará la comprensión de toda la información mediante la aceptación de participación en el proyecto. El consentimiento informado es un instrumento que reflejará el respeto de los principios de autonomía y libertad.

Los participantes tendrán libre decisión de rechazar o aceptar de cualquier manera su intervención, las dimensiones a las que se regirán los involucrados serán la confianza, el respeto y la sinceridad. El proceso no solo se basará en la aceptación del participante, sino en el establecimiento de un dialogo y proceso dinámico. La persona que acepte participar obtendrá una copia escrita del consentimiento, con ello podrá consultar a sus familiares o personas de confianza.

La información dentro del consentimiento se apoyará en los principios éticos y científicos bajo las normas de calidad de la declaración de Helsinki. Toda la estructura del estudio, el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación, la metodología y marco teórico serán dominados por el investigador y/o persona que realice la encuesta, para que puedan responder a los cuestionamientos de instituciones, comité de ética o participantes.

Se respetará el tiempo que le tome al participante la aceptación o rechazo de su intervención, se le permitirá la consulta con sus familiares y se responderá todo tipo de dudas. Se tomará en cuenta algunos factores, como la situación socioeconómica o nivel de educación, que podrían afectar el nivel de comprensión y entendimiento de la información, por lo tanto, se analizara la habilidad de comprensión, se identificará problemas mentales y discapacidad de tipo intelectual.

RESULTADOS ESPERADOS

Por la escasez de estudios a nivel nacional y local sobre el maltrato en adultos mayores, existe desconocimiento de los factores que los protegen del riesgo de abuso, ya sean sociodemográficos, físicos, cognitivos y de funcionalidad. Por lo tanto, se utilizarán los resultados de la investigación para aunar esfuerzos y despertar el interés de instituciones de salud médica, psicológica y de administraciones sociales tanto nacionales como entidades internacionales. Esto se logrará mediante la comparación de los resultados de la investigación con estudios de otros países, para la creación de políticas de prevención y disminución del abuso y consecuente a esto la protección de derechos de los adultos mayores.

DECLARACIÓN FINAL

El equipo de investigadores, representado por el patrocinador y el investigador principal del proyecto, de forma libre y voluntaria expone que:

- El contenido, la autoría y la responsabilidad sobre los resultados del estudio corresponden al Patrocinador y al Investigador Principal y que se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
- El proyecto descrito en este documento es una obra original, cuyos autores forman parte del equipo de investigadores y que por lo tanto se asume la completa responsabilidad legal en el caso de que un tercero alegue la titularidad de los derechos intelectuales del proyecto; Así como se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
- El presente proyecto no causa perjuicio alguno a los sujetos participantes en la investigación y al ambiente y no transgrede normativa legal o norma ética alguna, y que en el caso de que la investigación requiera de permisos de otras instituciones ajenas al Ministerio de Salud Pública, previo a su ejecución, el Patrocinador/Investigador Principal remitirán una copia certificada de los mismos al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Velarán por el cumplimiento de la presente investigación en los términos que se aprobó tanto por el Comité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos como por el Ministerio de Salud Pública
- Se enviará un informe final de la investigación con los resultados obtenidos al Ministerio de Salud Pública

**Lugar: Azogues-Cañar
Fecha**

Brian Julian Encalada Parapi

Firma Investigador principal

**0302700307
C.I**

Nombres y Apellidos del patrocinador

Firma Patrocinador principal (obligatoria)

ANEXO A: CRONOGRAMA DE TRABAJO POR OBJETIVOS

Este cronograma es un resumen sobre la ejecución del proyecto en el tiempo, el cual debe guardar una secuencia lógica de los plazos en los cuáles se realizarán las actividades para cada uno de los objetivos específicos del proyecto. Este apartado deberá en concordancia con el apartado denominado “tiempo de ejecución del proyecto” de la sección “DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN”.

Adicionalmente este apartado deberá estar en concordancia con el apartado denominado “tiempo de ejecución del proyecto” de este mismo formulario.

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA HUNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UACUE)



Nombre del Proyecto Factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022-marzo 2023

Fecha de Presentación del Proyecto: 27/01/2022

PROYECTO	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12
Objetivo Específico 1 Identificar el maltrato al adulto mayor en función del sexo, escolaridad y etnia												
Actividad 1 Revisión de literatura y recopilación de información												
Actividad 2 Búsqueda de instrumento de recolección de datos												
Actividad 3 Recolección de datos, análisis e interpretación de resultados												

Objetivo Específico 2 Verificar si los tipos de maltrato se asocian con la fragilidad, actividades básicas de la vida diaria y la salud cognitiva.												
Actividad 1 Revisión de literatura y recopilación de información												
Actividad 2 Búsqueda de instrumento de recolección de datos												
Actividad 3 Recolección de datos, análisis e interpretación de resultados												
Objetivo Específico 3 Analizar las diferencias del maltrato global y sus tipologías según los												

rangos de edad.												
Actividad 1 Revisión de literatura y recopilación de información												
Actividad 2 Búsqueda de instrumento de recolección de datos												
Actividad 3 Recolección de datos, análisis e interpretación de resultados												

Firma del Investigador Principal
Brian Julian Encalada Parapi
Correo electrónico: brianencalada66@gmail.com

ANEXO B: LISTA DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	PUBLICA/PRIVADA	DIRECCIÓN POSTAL	PERSONA DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL CONTACTO	TELÉFONO PERSONA DE CONTACTO
No aplica					

ANEXO C: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	NÚMERO DE ÍTEM
Parroquia de residencia	División de territorio bajo el mando de un Párroco	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Aurelio Bayas • Azogues • Borrero • San Francisco • Cojitambo • Guapán • Javier Loyola • Luis Cordero • Pindilig • Rivera • San Miguel • Taday 	Nominal	Cualitativa/Política	12
Sexo	Conjunto de condiciones fisiológicas y biológicas que diferencian a los seres humanos en hombres y mujeres.	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Nominal	Cualitativa/Dicotómica	2
Edad	Tiempo de vida de un ser vivo, desde que nace.	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • De 60 a 69 años • De 70 a 79 años • De 80 años en adelante 	Razón	Cuantitativa/discreta	1
Estado civil	Situación jurídica que determina la modalidad de convivencia de una pareja bajo la legislación de matrimonio.	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Unión libre 	Nominal	Cualitativa/Política	5
Autoidentificación étnica	Derecho que tienen todas las personas de decidir a qué nacionalidad o	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Indígena • Mestizo • Afro descendiente • Blanco 	nominal	Cualitativa/Política	4

	pueblo pertenecen.					
Escolaridad	Nivel de estudios más alto que una persona ha avanzado	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Nivel básico • Bachiller • Tercer nivel • Cuarto nivel 	Ordinal	Cualitativa/politómica	5
Actividades básicas de la vida diaria “Escala de Barthel”	Tareas que una persona necesita en su diario vivir y reflejan la calidad de vida.	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia severa • Dependencia moderada • Dependencia leve • Independencia 	Ordinal	Cualitativa/politómica	10
Función cognitiva “Escala Minimental” Modificada	Capacidades mentales que nos permiten pensar. Razonar, procesar información, emitir juicios.	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Deterioro cognitivo leve • Deterioro cognitivo moderado • Deterioro cognitivo grave 	Ordinal	Cualitativa/politómica	10
Fragilidad de “Escala de Frail”	Condición relacionada con un conjunto de signos y síntomas que representan un desequilibrio en la homeostasis consecuente a una disminución de la funcionalidad fisiológica en adultos mayores	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Robusto • Pre frágil • Frágil 	Ordinal	Cualitativa/politómica	5
Maltrato del adulto mayor “Escala de Giraldo Ramírez”	Actos de comportamientos que involucran todo tipo de agresión.	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Existe maltrato • No existe maltrato 	Nominal	Cualitativa/dicotómica	5

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación

Factores protectores del maltrato en los adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022-marzo 2023

Nombre del investigador principal

Brian Julián Encalada Parapi

Nombre del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos que evaluó y aprobó el estudio

Comité Ético en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca (CEISH UCACUE)

Introducción

La situación de maltrato en los adultos mayores constituye un problema de salud pública, por las repercusiones en la calidad de vida y salud del afectado y es considerado como un acto que refleja la violación de los derechos humanos. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud establece una definición del maltrato en el adulto mayor como “cualquier acto aislado y repetitivo o la falta de acción apropiada, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza, que causa daño o malestar a la persona mayor

Ahora bien, a este tema no se le ha prestado la debida importancia y el desafío que se presenta es la discriminación y desigualdad por el nivel de dependencia de este grupo vulnerable.

Propósito del estudio

Determinar los factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022-marzo 2023.

Procedimientos a realizar**Descripción del proceso de recolección**

Primero se recopilará información sociodemográfica, las preguntas que se le realizará están relacionadas con la Parroquia de residencia, sexo, edad, estado civil, autoidentificación étnica, y escolaridad. A continuación, se estimará su capacidad de memoria, razonamiento, comprensión y concentración. Luego, se evaluará su nivel de dependencia en base a actividades básicas de la vida diaria, posterior se identificará si existe situación de fragilidad y finalmente se determinará la presencia de maltrato.

Duración

La duración de la investigación está programada para un lapso de 6 meses, el tiempo de recolección de datos mediante esta encuesta será en el mes de diciembre. Esta encuesta se le aplicara una sola vez. El tiempo que le tomará la resolución del formulario será máximo de 30 minutos.

Riesgos y beneficios de la participación**Riesgos**

Las preguntas involucran situaciones que pueden influir en su sensibilidad emocional y afectiva.

Incomodidad por el tiempo que involucra el llenado de la encuesta. Para evitar esta situación, nos indicara si dispone del tiempo que le tomara responder todas las preguntas.

Beneficios

- Contribución con información sobre la realidad del maltrato en el adulto mayor.
- Los resultados de este estudio que servirán como cimiento para que instituciones puedan desarrollar planes de acción de ayuda para este grupo vulnerable.
- Despertar en la sociedad, a nivel familiar y en instituciones públicas y privadas el arte de cuidar, de ser empáticos, de preocuparse por los demás, de terminar con las desigualdades sociales, de que no haya rechazo, se luche por los derechos de los ancianos y que se establezca a nivel social una visión positiva de esta etapa de vida.
- No involucra riesgos físicos.
- Participantes exentos de riesgos sociales. La información que se proporcione será confidencial.

Costos y compensación (si aplica)

No aplica

Mecanismos para resguardar la confidencialidad de datos

No se compartirá información sobre la identidad de las personas que participarán en este estudio, todos los datos que se obtengan como respuestas del cuestionario se mantendrán en calidad secreta y reservada en un espacio privado, teniendo la posibilidad únicamente los investigadores de poder observarla. Su nombre no aparecerá en ninguna parte de la

encuesta, simplemente el cuestionario estará enumerado. Una vez expuestos los resultados, podrán ser compartidos con su persona.

Derechos y opciones del participante

- Derecho a ser comunicado sobre el objetivo que se pretende alcanzar con la elaboración del estudio
- Derecho a conocer el procedimiento en el cual participara la persona, así como los instrumentos y materiales a utilizar
- Derecho saber los riesgos, molestias, incomodidades que involucre la investigación
- Derecho a conocer los beneficios o logros del estudio
- Derecho a rechazar la participación incluso luego de que la persona haya aceptado involucrarse en la investigación. Decisión que no influirá en la relación con la institución de ninguna manera.
- Derecho a realizar cualquier tipo de cuestionamiento sobre el estudio o procedimientos, antes o durante el desarrollo del mismo.
- Derecho a tener una copia del consentimiento informado
- Derecho a no ser presionado en el proceso de toma de la decisión en la participación del proyecto

Información de contacto del investigador principal, patrocinador y del presidente del Comité de Ética de investigación

Si presenta dudas o preocupaciones, puede comunicarse con el investigador principal o tutor de la investigación.

	Nombres	Teléfono	Correo electrónico
Investigador principal	Brian Julián Encalada Parapi	0999231107	bjencaladap07@est.ucacue.edu.ec
Tutor de investigación	Ignacia Margarita Romero Galabay	0995073187	iromerog@ucacue.edu.ec

PARTE II: Consentimiento Informado

A) Declaratoria de consentimiento informado

Yo..... declaro que he leído el documento de consentimiento, he comprendido los riesgos y beneficios de participar, he respondido a todas sus preguntas, consiento voluntariamente mi participación en el estudio y tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte mis atenciones a las que tengo derecho. Al firmar el documento de consentimiento informado, NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponden. Finalmente, me entregarán una copia de este documento

Nombres completos del sujeto/representante legal

Cédula de ciudadanía/pasaporte del sujeto/representante legal

Firma/huella digital del sujeto/representante legal

Fecha y lugar

Nombres completos del primer testigo

Cédula de ciudadanía del primer testigo

Firma del primer testigo

Fecha y lugar

Nombres completos del segundo testigo

Cédula de ciudadanía del segundo testigo

Firma del segundo testigo

Fecha y lugar

B) Declaratoria de revocatoria del consentimiento informado

Yo..... a pesar que acepté previamente mi participación en la investigación en mención, revoco mi autorización, lo cual implicará que las muestras, material biológico, datos obtenidos de mi persona sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Si esto sucede, no causará ninguna penalidad en mi contra y no tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley me corresponde.

Nombres completos del sujeto/representante legal

Cédula de ciudadanía/pasaporte del sujeto/representante legal

Firma/huella digital del sujeto/representante legal

Fecha y lugar

Nombres completos del primer testigo

Cédula de ciudadanía del primer testigo

Firma del primer testigo

Fecha y lugar

Nombres completos del segundo testigo

Cédula de ciudadanía del segundo testigo

Firma del segundo testigo

Fecha y lugar

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues.

Diciembre 2022-Marzo 2023

Autor: Brian Encalada

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Parroquia de residencia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aurelio Bayas 2. Azogues 3. Borrero 4. San Francisco 5. Cojitambo 6. Guapán 7. Javier Loyola 8. Luis Cordero 9. Pindilig 10. Rivera 11. San Miguel 12. Taday
Edad
<ol style="list-style-type: none"> 1. 60 a 69 años 2. 70 a 79 años 3. 80 años en adelante
Sexo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
Estado civil
<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado/Unión libre 3. Divorciado 4. Viudo
Etnia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Blanca 2. Mestiza 3. Afrodescendiente 4. Indígena
Escolaridad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Tercer nivel 4. Cuarto Nivel 5. No tiene

ESCALA DE FRAIL

1. Enfermedades. ¿Algún médico le ha comentado que tiene? 1= Si 2= No	
a. Hipertensión arterial sistémica	
b. Diabetes	
c. Cáncer (otro que no sea cáncer menor de piel)	
d. Enfermedad pulmonar crónica (EPOC)	
e. Cardiopatía isquémica	
f. Insuficiencia cardíaca congestiva	
g. Angina	
h. Asma	
i. Artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoides).	
j. Enfermedad vascular cerebral (derrame)	
k. Enfermedad renal crónica	
l. Covid-19	
63. Resistencia. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?	
64. Deambulación. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar	
a. Se ha caído en el último año?	
b. Ha dejado de hacer sus actividades diarias en la casa por temor a caerse?	
c. Ha dejado de salir a la calle a hacer sus diligencias o actividades por temor a caerse?	
d. Cuando está de pie o caminando, siente que pierde el equilibrio?	
2. Fatiga. En las últimas 4 semanas ¿Qué tanto tiempo se sintió cansado? Marque con una X según corresponda	
Todo el tiempo	1
La mayor parte del tiempo	1
Algo de tiempo	0
Muy poco de tiempo	0
Nada de tiempo	0
66. ¿En último año, usted considera que su peso?	
Subió	1
Bajo	2

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) MODIFICADO

1. Sondar el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. 1= Si 0= No	
a. ¿En qué mes estamos?	
b. ¿En qué día estamos?	
c. ¿En qué año estamos?	
d. ¿Qué día de la semana es hoy?	
17. Nombrar tres objetos y pedir al adulto mayor repetir en voz alta los que recuerde (en cualquier orden). 1= Si 0= No	
a. Arbol	
b. Mesa	
c. Avión	
2. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). 1= Si 0= No	
a. 9	
b. 7	
c. 5	
d. 3	
e. 1	
3. Dar un papel al adulto mayor y pedirle: 1= Si 0= No	
a. Tomarlo	
b. Doblarlo	
c. Ponerlo sobre sus piernas	
4. Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 1 1= Si 0= No	
a. Arbol	
b. Mesa	
c. Avión	
5. Pedir al adulto mayor que copie o imite los siguientes gestos: 1= Si 0= No	
El encuestador pone las manos sobre la cabeza y le pide al adulto mayor que repita la acción	
VALORES DE MEDICIÓN: Si suma un total de 13 o más, puede continuar. Pero si el puntaje es menor de 13 “Terminar la encuesta”.	

ESCALA GERIÁTRICA DEL MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor (versión original)
En el último año
<p>FISICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Le han golpeado? 2. ¿Le han dado puñetazos o patadas? 3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo? 4. ¿Le han aventado algún objeto? 5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja? <p>PSICOLOGICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted? 7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado? 8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa? 9. ¿Le han hecho sentir miedo? 10. ¿No han respetado sus decisiones? 11. ¿Le han prohibido salir o que la visiten? <p>NEGLIGENCIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc? 13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita? 14. ¿Le han negado protección cuando la necesita? 15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita? <p>ECONOMICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento? 17. ¿Le han quitado su dinero? 18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad? 19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento? 20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad? <p>SEXUAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales, aunque usted no quiera? 22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento? ¿Quién fue el responsable del maltrato? <p>1 = Cónyuge, 2 = Hijo (a), 3 = Hijastro (a), 4 = Hermano (a), 5 = Hermanastro (a) lejano, otro parentesco 6 = Nieto (a), 7 = Bisnieto (a), 8 = Tío (a), 9 = Sobrino (a), 10 = Primo (a), 11 = Nuera, yerno, 12 = Cuñado (a) Compañero (a), 13 = Concuño (a), 14 = Ahijado (a), 15 = Compadre, comadre, 16 = Familiar, pariente, pariente, 17 = Huésped, 18 = Inquilino (a), 19 = Vecino (a), 20 = Cuidador (a), 21 = Otra persona no familiar 99 = No respondió</p>

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: ESCALA DE BARTHEL

Comida:	
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción	
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (botella, sonda, orinal ...).
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación	

15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras		
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

ANEXO 4: CERTIFICADO APROBACIÓN CEISH-UCACUE



Anexo. 24 Formato de Aprobación definitiva, evaluación de estudio observacional con muestras biológicas y/o participación de población vulnerable y/o estudios de intervención en seres humanos.



COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE).
EVALUACION DE ESTUDIO OBSERVACIONAL CON MUESTRAS BIOLÓGICAS
Y/O PARTICIPACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE Y/O ESTUDIOS DE
INTERVENCIÓN EN SERES HUMANOS.

FECHA: 18/10/2022

APROBACIÓN DEFINITIVA

El CEISH-UCACUE, NOTIFICA:

Que, hemos conocido, revisado y evaluado el proyecto de investigación titulado: **Factores Predictivos del Maltrato en Adultos Mayores**, en el que consta como investigador/a principal **Andrés Alexis Ramírez Coronel**, con C.C **0302185053**, estableciendo que cumple con los criterios para ser aprobado sin modificaciones a realizar. Se debe notificar el inicio, seguimiento y finalización de su investigación al CEISH-UCACUE. El período de aprobación del estudio es de un año. En el caso de enmiendas, estas deberán ser notificadas al CEISH-UCACUE para la aprobación, previo su ejecución

Atentamente;



Firmado digitalmente por:
CLAUDIO ESTEBAN
BRAVO PESANTEZ

Claudio Bravo Pesantez
Miembro del CEISH – UCACUE



Firmado digitalmente por:
OLGA SUSANA
NEIRA
CARDENAS

Olga Neira Cárdenas
Miembro del CEISH – UCACUE





Brian Julian Encalada Parapi portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302700307**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Factores protectores del maltrato en adultos mayores del cantón Azogues. Diciembre 2022 – marzo 2023**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **09 de febrero del 2023**

F: 

Brian Julian Encalada Parapi

C.I. 0302700307