

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

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

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ESTADO NUTRICIONAL Y FRAGILIDAD ASOCIADO AL
MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN CUENCA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

**AUTOR: CARLA ESTEFANIA BERMEO GONZALEZ, MARÍA
EUGENIA CHIMBAY CAJAMARCA.**

DIRECTOR: DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL, MGS

AZOGUES - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



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

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ESTADO NUTRICIONAL Y FRAGILIDAD ASOCIADO AL
MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN CUENCA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

**AUTOR: CARLA ESTEFANIA BERMEO GONZALEZ, MARÍA
EUGENIA CHIMBAY CAJAMARCA**

DIRECTOR: DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL, MGS

AZOGUES - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Carla Estefania Bermeo Gonzalez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302874342**.
Declaro ser el autor de la obra: **“Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca”**, 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, **17 de marzo de 2022**

F: 

Carla Estefania Bermeo Gonzalez

C.I. 0302874342



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

María Eugenia Chimbay Cajamarca portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350194049**. Declaro ser el autor de la obra: “**Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca**”, 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, **14 de marzo de 2022**

F: 

María Eugenia Chimbay Cajamarca

C.I. 0350194049

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR

Certifico que el presente trabajo denominado: "ESTADO NUTRICIONAL Y FRAGILIDAD ASOCIADO AL MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN CUENCA", realizado por CARLA ESTEFANIA BERMEO GONZALEZ con documento de identidad: 0302874342 y MARIA EUGENIA CHIMBAY CAJAMARCA con documento de identidad: 0350194049, previo a la obtención del título de Licenciada(o) en Enfermería, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica; por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal.

Azogues, Marzo de 2022



DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL, MGS
TUTOR/DIRECTOR
0302185053

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dedicado principalmente a Dios y la Virgen por guiarme por el camino del bien, brindándome salud e inteligencia para culminar con mi carrera universitaria.

A mi madre Rosa Cajamarca por ser esa mujer luchadora que a pesar de la distancia y las fronteras que desde hace 17 años nos separa nunca ha dejado de brindarme consejos, apoyo económico y sobre todo su amor, hoy en día sea convertido en mi pilar fundamental por enseñarme valores y deseos de superación, mismo que me han permitido el logro de mi sueño, haciendo de mi toda una profesional, a mi abuelita y hermana que también estuvieron a mi lado durante todo este trayecto, logrando que este sueño difícil pero no imposible se haga realidad.

María Eugenia Chimbay Cajamarca

La universidad me dio la bienvenida al mundo profesional, las oportunidades que me ha brindado son incomparables, una de ellas este trabajo investigativo, el cual va dedicado a mi madre Sonia quien es el centro de mi vida, esto es por ella, por el sacrificio y el esfuerzo que hizo para darme la carrera para mi futuro y así creer en mi capacidad, quien siempre ha estado dándome su apoyo incondicional; de igual manera a mi abuelita Mariana la persona que con mucho amor y comprensión me ha inculcado muchas cosas vitales durante mi crecimiento y desarrollo para así ser una persona de bien, sus canas han sido sinónimo de sabiduría, y a mi tía Marcia a quien considero como mi hermana ya que con sus consejos cuyo objetivo era ayudarme a salir adelante alentándome siempre y a no darme por vencida, este camino no ha sido fácil pero gracias a ustedes lo he sabido sobrellevar de la mejor manera, y así siempre lograr mis objetivos.

Carla Estefanía Bermeo Gonzalez

AGRADECIMIENTO

Primeramente, le doy gracias a Dios y a la virgencita de la Nube por darme la vida, sabiduría y la oportunidad de avanzar en mis estudios, a mi madre quien ha sido y será siempre una mujer luchadora que desde el momento que supo de mi existencia a dedicado su vida por mi futuro y me ha apoyado completamente, de igual forma las gracias van dirigidas a mi abuelita mi segunda madre que estuvo siempre a mi lado en cada peldaño de mi vida, y por ultimo pero no menos importante a mi compañera María Chimbay con quien empecé esta experiencia inolvidable y misma que esta por culminar, de igual manera a mi tutor de tesis el Doctor Andrés Alexis Ramírez por el apoyo recibido para que este trabajo investigativo se lleve a cabo y guiarnos con paciencia a crecer en el ámbito estudiantil.

Carla Estefanía Bermeo Gonzalez

Empezaré agradeciendo a Dios por otorgarme vida, salud y fuerza para continuar caminando por el sendero de la vida profesional y quizás hoy finalizar exitosamente con esta profesión, también a mi madre quien me brindo el apoyo económico, moral y sus sabios consejos, a mi familia y amigos por apoyarme con un granito de arena para de alguna u otra manera lograr mi objetivo, y como no agradecer a mi compañera de vida universitaria Carla Bermeo con quien compartí este camino difícil pero imposible. Finalmente, un agradecimiento infinito y sincero a nuestro tutor de este trabajo de titulación Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel por habernos dado su apoyo con conocimientos científicos que nos ha llevado a finalizar este trabajo.

María Eugenia Chimbay Cajamarca

Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca

Carla Estefania Bermeo Gonzalez¹, María Eugenia Chimbay Cajamarca^{1,2}, Andrés Alexis Ramírez Coronel^{1,3}

¹ Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Resumen

El maltrato es el uso intencional de la fuerza, de hecho, o como amenaza, contra el adulto mayor e indica que en el mundo 1 de cada 10 adultos mayores a recibido algún tipo de maltrato. El objetivo general fue determinar el estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca, con la finalidad de la generación de políticas públicas que contribuya a la disminución del maltrato. Se realizó un estudio no experimental cuantitativo, descriptivo-correlacional, transversal y prospectivo, con una muestra de 195 que corresponde a los adultos mayores ≥ 60 años pertenecientes a la ciudad de Cuenca a través de un muestreo no probabilístico. Como resultados predominó las mujeres 61%, residencia rural y urbana 50%, estado civil casados 53,5%, nivel académico secundario 47,1%, extracto socioeconómico medio 62,3%, con una totalidad de maltrato global de 19,7%, en donde el sexo femenino evidenció diferencias significativas en cuanto a maltrato físico ($p = 0,01$), finalmente el estado nutricional se correlacionó positivamente a la fragilidad tanto en residencia urbana como rural (urbano $r = 0,67$; rural $r = 0,68$), pero no hay relación de fragilidad y estado nutricional con maltrato. En conclusión, este estudio aportará a futuras investigaciones y se recomienda que se siga indagando más sobre esta problemática, sobre todo los factores que desencadena el maltrato para de esta manera contribuir a que se generen políticas públicas que beneficien a los adultos mayores ayudando a llevar de mejor manera su vejez.

Palabras clave: Abuso, adulto mayor, estado nutricional, fragilidad.

Abstract

BERMEO GONZALEZ CARLA
CHIMBAY CAJAMARCA MARÍA

Mistreatment is defined as the intentional use of force, in fact, or as a threat, against an elderly person and it is estimated that one out of every ten elderly people in the world has suffered some type of mistreatment. The main objective was to determine the nutritional status and frailty associated with elder mistreatment in the city of Cuenca, with the purpose of establishing public policies, which will contribute to the decrease of elder mistreatment. A non-experimental, quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional and prospective research was carried out with a sample of 195 older adults' ≥ 60 years of age belonging to the city of Cuenca through a non-probabilistic sampling. The results showed that; women predominated with a 61%, rural and urban areas 50%, married 53.5%, secondary academic level 47.1%, medium socioeconomic status 62.3%, with a total global mistreatment of 19.7%, where females showed a significant difference in terms of physical mistreatment ($p = 0.01$), finally nutritional status was positively correlated to frailty in both urban and rural areas (urban $r = 0.67$; rural $r = 0.68$), but there is no relationship of frailty and nutritional status with mistreatment. In conclusion, this research will contribute for future ones and it is recommended that more should be carried out on this issue, mainly on the factors that trigger mistreatment, in order to contribute in establishing public policies that benefit elderly people and help them to manage their age better.

Keywords: abuse, elderly, nutritional status, frailty

Azogues, 21 de marzo de 2022

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO.



Abg. Liliana Urgilés Amoroso, Mgs.
COORDINADORA CENTRO DE IDIOMAS AZOGUES

ÍNDICE

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD.....	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR/ DIRECTOR.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN.....	VII
<i>ABSTRACT</i>	VIII
Introducción.....	10
Metodología.....	12
Resultados.....	16
Discusión.....	21
Conclusión.....	25
Referencias.....	26
Anexos.....	32

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) se considera adulto mayor a partir de los 60 años de edad, mismo que pasa por un proceso llamado envejecimiento continuo, que consiste en el deterioro progresivo y generalizado de las funciones vitales que lo lleva a un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad (1).

Por tal motivo los adultos mayores pueden reducir el tipo de calidad de vida e incluso llegar a una muerte prematura, dados ya sea por la soledad, el aislamiento y la exclusión social mismas que son consideradas como determinantes sociales que afecta a los aspectos de la salud y el bienestar de la población adulta mayor (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que maltrato es el uso intencional de la fuerza de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (3). Por otra parte el estado nutricional del adulto mayor resulta del balance entre las necesidades que el cuerpo requiere y el gasto de energía de los alimentos, dado por múltiples determinantes físicos, biológicos, genéticos, culturales, ambientales y el psico-socio-económico, de esta manera aumenta la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional, el adulto mayor en relación con nutrición es el grupo de mayor riesgo de ingestas inadecuadas de alimentos que influye a que este en riesgo de sufrir una desnutrición u obesidad (4).

De igual manera, la fragilidad en un adulto mayor es un síndrome multidimensional, con la acción reciproca de factores biológicos, psicológicos y sociales, el cual se asocia con la disminución de la capacidad funcional y cognitiva, esta se puede identificar con el pronóstico de eventos adversos como caídas, discapacidad y muerte (5).

En la actualidad la población adulta mayor se incrementa a medida que van pasando los años, por ello el gobierno ecuatoriano y las distintas entidades públicas no le dan la debida importancia ante los cuidados y necesidades que requiriere esta población, siendo vulnerado sus derechos (6), incluso desde su propio grupo familiar que en ocasiones los abandonan en situaciones en donde no son tratados de manera adecuada para su salud y que varias veces reciben maltrato y agresiones tanto físicas como verbales, por esto es

necesario conocer el estado nutricional y fragilidad en la que un adulto mayor se encuentra y como esto influye para que esta persona reciba algún tipo de maltrato (6,7).

Por lo que el maltrato a las personas de la tercera edad es un problema de gran relevancia en la salud pública, ya que según la OMS indica que esta población ha llegado a sufrir algún tipo de maltrato con cifras estimadas de un 33,4% de abuso psicológico, un 14,1% maltrato físico, 12,8% económico, el 11,6% negligencia y el 1,9% sexual, además mencionan sobre el maltrato que existe en las instituciones que se encargan del cuidado de los adultos mayores en donde la atención que reciben es deficiente e insuficiente (8).

A nivel mundial, en China el maltrato al adulto mayor está relacionado con factores como la situación de convivencia, aislamiento enfermedad y la tensión del cuidador, se ha identificado que en tres comunidades rurales han experimentado maltrato con un porcentaje del 36,2%, de este el 27,3% maltrato psicológico, 15,8% negligencia del cuidador, 4,9% maltrato físico y el 2% maltrato financiero, de igual manera menciona que una de las consecuencias que se asocia al maltrato es el riesgo de sufrir depresión (9).

En el Ecuador de acuerdo a los resultados de la Encuesta *SABE I* del año 2010 demuestra que a nivel nacional un 4% de esta población ha sido objeto de diversas formas de abuso como: el 3% ha sufrido de violencia sexual, el 16,4% violencia psicológica, el 14,7% de los adultos mayores recibieron insultos y un 14,9 % sufrieron negligencia y abandono (10).

Por otro lado, en relación con la fragilidad en adultos mayores, en Colombia un estudio realizado en 4 ciudades cuyos datos fueron, un 34,8% eran vigorosos, el 53% se encontraban en prefragilidad y un 12.1% eran frágiles de los cuales un 6.8% pertenecían al sexo masculino y 17% era femenino (11). También en Cuba se demostró una prevalencia del 67,9% de fragilidad en mujeres y un 32.1% en hombres de los cuales un 80.4% eran adultos entre 65 años en adelante, y un 19.6% pertenecían a un rango de edad entre 60 a 64 años (12); mientras que en Ecuador en el centro geriátrico Rosa Elvira de León de la Ciudad de Azogues indica que la prevalencia de fragilidad en la población adulta mayor es del 36.7% de la cual un 26.7% son mujeres y un 10% hombres (13).

Por lo antes expuesto, para esta investigación se planteó la siguiente hipótesis: ser mujer, mayor de 60 años, casada, mestizo, tener fragilidad y bajo peso se asocian con el maltrato al adulto mayor.

Así mismo, se plateó como objetivo general el determinar el estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca octubre 2021-marzo 2022 con la finalidad de la generación de políticas públicas que contribuya a la disminución del maltrato. En base a este se plateó los objetivos específicos los cuales fueron: Adaptar la escala de fragilidad a la población ecuatoriana mediante las propiedades psicométricas, identificar las características demográficas, fragilidad y estado nutricional y los maltratos al adulto mayor, verificar el estado nutricional, fragilidad y maltrato en función del sexo, analizar si el estado nutricional está asociado con la fragilidad y el maltrato global según la residencia.

Metodología

Tipo de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y transversal, con diseño no experimental y prospectivo.

Población

Se contó con un total 50.085 adultos mayores que residen en la ciudad de Cuenca, con edades comprendidas de mayor o igual a 60 años, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Cabe mencionar que Cuenca está ubicada en la provincia del Azuay, al centro-sur de la región interandina de Ecuador, está conformada por 36 parroquias de las cuales 15 corresponde al área urbano y 21 al área rural, es considerada como Atenas del Ecuador por su gran arquitectura y cultura, su independencia fue el 3 de noviembre de 1820, por lo que en la actualidad esta fecha es conmemorable.

Muestra

Se llevó a cabo un estudio de muestreo aleatorio simple de esta población obteniendo una muestra representativa de los adultos mayores de la ciudad de Cuenca en función de su naturaleza y frecuencia. En base a ello se aplicó la presente ecuación para el cálculo muestral de Sierra Bravo.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Formula 1. Tamaño muestral.

N Tamaño de la población=50.085

Z_a Seguridad (95%)=1,96 al cuadrado

P Proporción esperada=15% (0.15)

Q Diferencia 1 - P=0.85

D Precisión=5%

n=195

Aplicando la fórmula de Sierra Bravo se obtuvo una muestra de 195 adultos mayores de la ciudad de Cuenca.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Se incluyó a los adultos mayores de 60 años en adelante que vivan en la ciudad de Cuenca y que aceptaron ser partícipes del estudio a través del llenado y la firma respectiva del consentimiento informado.
- Se excluyó a las personas mayores que tengan deterioro cognitivo y las que no desearon participar en la investigación.

Instrumentos

En la primera parte de la sección del instrumento estaba presente las variables socio demográficas mismas que son sexo, edad, estado civil, raza, nivel de escolaridad. A la vez se utilizó el test Mini Mental State Examination Modificado (MMSE) por los autores Ramírez et al, que consto de 30 ítems y evaluó el estado cognitivo como es la orientación, atención, calculo, lenguaje y espacio visual, duro aproximadamente entre 10 a 15 minutos y su puntuación máxima fue 30 (14).

Para medir el maltrato se utilizó la Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor (GMS) misma que esta validada por Rodríguez y Carrasco en el año 2013, consta de 22 ítems y mide 5 tipos de maltrato: psicológico, físico, económico, negligencia y sexual. Cabe mencionar que esta escala identifico cada tipo de maltrato: el tiempo y frecuencia del maltrato, la persona quien realizo la agresión y el sexo del agresor/a. Esta escala estuvo diseñada para una duración aproximada de 8 a 20 minutos (15).

Otra escala que se utilizó en este estudio es Frail Scale con el fin de medir la fragilidad del adulto mayor de la autoría de Carrasco et al, está compuesto por 5 ítems con una validez de 1 punto y miden fatiga, resistencia, deambulacion, enfermedades y pérdida de peso, y tiene una escala de valoración de frágiles, prefrágiles y robustos (16).

Por último, se utilizó *Mini Nutritional Assessment* del autor Vellas et al, para medir el estado nutricional en el que se encuentra el adulto mayor, esta escala ha sido validada en varios países del mundo con muestras significativas, consta de 18 ítems y mide: indicadores antropométricos (talla, peso, IMC), parámetros dietéticos (número y tipos de comido), evaluación global (enfermedades, medicación, movilidad, lesiones, estado psicológico) y la valoración subjetiva (problemas nutricionales, estado de salud). Este test tuvo una puntuación máxima de 30 puntos y una duración aproximada de 10 minutos (17).

Procedimiento

La investigación se realizó de manera online, la información fue recogida mediante formulario de Google, en el que se han implementado las preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas, test mini mental, maltrato, fragilidad y estado nutricional que fueron aplicadas a la población de estudio en la cual se suministró el consentimiento informado. Se estimó una muestra de 195 adultos mayores de la ciudad de Cuenca, pero se contó con la participación de 310, los datos se recogieron automáticamente en una hoja *EXCEL* y los mismo fueron tabulados y analizados en el programa *SPSS 26*, *InfoStat* y *Jamovi 2*.

Consideraciones éticas

Para la realización del presente estudio se utilizó como prioridad el documento denominado “La declaración de Helsinki” dado por la Asociación Médica Mundial (AMM) donde se dará mayor énfasis a los puntos claves que tiene el consentimiento informado (Asentimiento, consentimiento) y los principios éticos (18). También se tomó en cuenta los principios éticos dados por la OMS como es: integridad (actuar en beneficio de la población con honestidad y equidad), rendición de cuentas (responsabilizarse de las consecuencias o acciones ya sean positivas o negativas), respeto (respetando la confidencialidad de cada persona), independencia (actuar bajo los principios éticos y las recomendaciones de la OMS) (19).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis exploratorio y confirmatorio para la adaptación psicométrica de la escala de fragilidad a la población ecuatoriana (objetivo específico 1). Luego se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central, de dispersión y de posición para las variables cuantitativas. Posteriormente, para identificar las características demográficas, fragilidad y estado nutricional según el maltrato al adulto mayor (objetivo específico 2), se utilizó tablas de contingencia. Después, se ejecutó una prueba de normalidad (*Shapiro Wilk o Francia*) y homocedasticidad (*Levene*), se presumió supuestos paramétricos. Por lo tanto, se utilizó para verificar el estado nutricional, fragilidad y maltrato según las características sociodemográficas del estudio un análisis de diferencia de medias a través de la prueba t para muestras independientes (2 grupos de la variable independiente) y la prueba ANOVA (3 o más grupos de la variable independiente) y por último, para analizar si el maltrato al adulto mayor está asociado con la fragilidad y el estado nutricional (objetivo específico 4) mediante la prueba *r de Pearson*. Los análisis indicados se efectuaron en el programa *InfoStat, Jamovi 2 y SPSS 26*.

Resultados

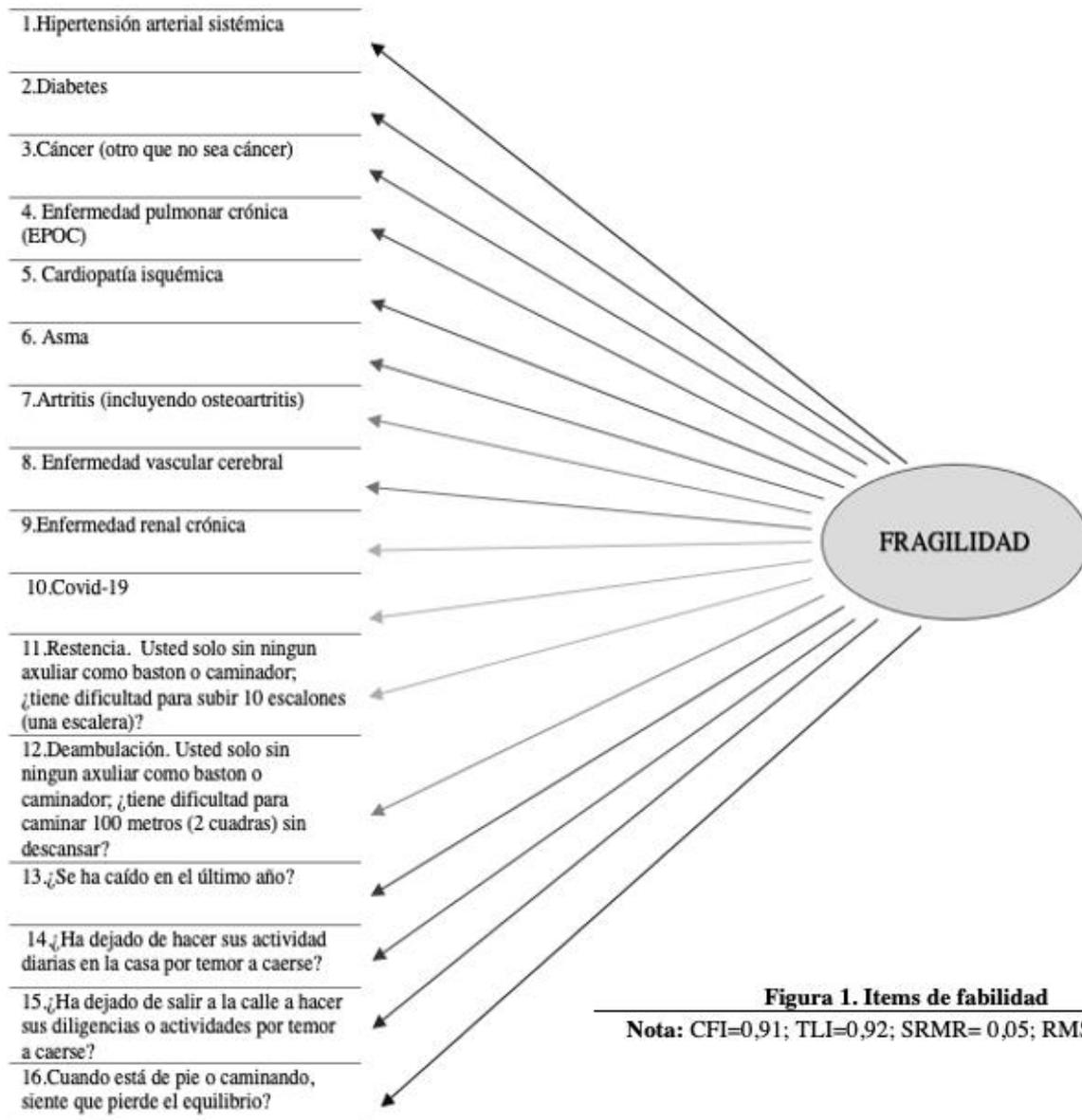
En este apartado de resultados se planteó en el orden de los objetivos específicos, como en la tabla 1, se describen la fiabilidad de los ítems de la escala de fragilidad a la población ecuatoriana.

Tabla1. Estadística de Fiabilidad de los ítems de la escala de fragilidad a la población ecuatoriana

N	Ítems	M	DE	Item-retest	If item dropped	
					Cronbach's α	McDonald's ω
1	Hipertensión arterial sistémica	0.41344	0.4931	0.3955	0.840	0.818
2	Diabetes	0.34109	0.4747	0.4132	0.838	0.817
3	Cáncer (otro que no sea cáncer)	0.03618	0.1870	0.3081	0.841	0.821
4	Enfermedad pulmonar crónica (EPOC)	0.99742	0.0508	0.0636	0.846	0.834
5	Cardiopatía isquémica	0.99742	0.0508	0.0476	0.846	0.835
6	Asma	0.05168	0.2217	0.1269	0.846	0.832
7	Artritis (incluyendo osteoartritis)	0.29199	0.4553	0.4236	0.837	0.816
8	Enfermedad vascular cerebral	0.00258	0.0508	0.1121	0.846	0.832
9	Enfermedad renal crónica	0.04651	0.2109	0.2709	0.842	0.825
10	Covid-19	0.87597	0.3300	0.2383	0.844	0.826
11	Resistencia. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?	0.45220	0.4984	0.7434	0.813	0.795
12	Deambulacion. Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o caminador; ¿tiene dificultad para caminar 100 metros (2 cuadras) sin descansar?	0.50388	0.5006	0.6893	0.818	0.799
13	¿Se ha caído en el último año?	0.19380	0.3958	0.7288	0.817	0.793
14	¿Ha dejado de hacer sus actividades diarias en la casa por temor a caerse?	0.22739	0.4197	0.7180	0.817	0.794
15	¿Ha dejado de salir a la calle a hacer sus diligencias o actividades por temor a caerse?	0.23514	0.4246	0.7202	0.817	0.793
16	¿Cuándo está de pie o caminando, siente que pierde el equilibrio?	0.31783	0.4662	0.7645	0.812	0.793
Total, Escala de Fragilidad		0,374	0,2		0,84	0,82

Como se puede visualizar en la tabla 1, tiene una mediana de 0,99 para la pregunta cuatro y cinco con una desviación estándar de 0,05 indicando que los ítems correlacionaron de manera positiva, el alfa de Cronbach y de McDonald's fueron por encima de 0,79; demostrando la adecuada fiabilidad de los ítems, al igual que la totalidad de la escala.

En el gráfico 1 se identifica la fiabilidad de la escala mediante las propiedades psicométricas a través de los índices de ajustes del análisis factorial confirmatorio.



La escala de fragilidad (frail scale) tiene una adaptación en relación a las propiedades psicométricas con un ajuste absoluto del error cuadrático medio de la aproximación (RMSEA = 0,01), raíz media estandarizada residual cuadrática (SRMR = 0,05); y el ajuste comparativo del índice de bondad (CFI = 0,91), el índice de Tucker-Lewis (TLI = 0,92), indicando que es aceptable, ya que sus valores son óptimos. En la población ecuatoriana esta escala demuestra índices adecuados de fiabilidad y valides de contenido, también índices de ajustes adecuados mediante análisis factorial confirmatorio.

En esta tabla se demuestra las características sociodemográficas y maltrato de los adultos mayores de la ciudad de Cuenca (Tabla 2).

Tabla2: Variables sociodemográficas y maltrato

		n	%
Sexo	Hombre	121	39,0
	Mujer	189	61,0
Residencia	Urbana	155	50,0
	Rural	155	50,0
Estado Civil	Soltero	9	2,9
	Casado/Unión Libre	166	53,5
	Separado/Divorciado	42	13,5
	Viudo	93	30,0
Nivel académico	Primaria	59	19,0
	Secundaria	146	47,1
	Técnico o superior	103	33,2
	Ninguno	2	0,6
Estrato social	Alto	101	32,6
	Bajo	16	5,2
	Medio	193	62,3
Maltratos Físico	Ausencia	268	86,5
	Presencia	42	13,5
Negligencia	Ausencia	307	99,0
	Presencia	3	1,0
Maltrato Económico	Ausencia	293	94,5
	Presencia	17	5,5
Maltrato Sexual	Ausencia	309	99,7
	Presencia	1	0,3
Maltrato Psicológico	Ausencia	268	86,5
	Presencia	42	13,5
Maltrato Global	Ausencia	249	80,3
	Presencia	61	19,7

En relación al sexo el 61% son mujeres (n=189); la residencia corresponde el 50% tanto para urbano como para rural (n=155); en el estado civil predominó casados con un 53,5% (n=166); nivel académico sobresalió el secundario con un 47,1% (n=146); el estrato socioeconómico medio fue el más alto con un 62,3% (n=193); de acuerdo a los tipos de maltrato, el físico y el psicológico con un 13,5% (n=42), el económico con un 5,5% (n=17), con una totalidad de maltrato global del 19,7% (n=61) de adultos mayores que lo han llegado experimentar respectivamente.

En la siguiente tabla se da a conocer el estado nutricional y fragilidad de los adultos mayores en la ciudad de Cuenca (Tabla 3).

Tabla 3. Variables cuantitativas

		Edad	¿Hace cuánto tiempo que reside en esta vivienda? (año)	¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad? (año)	Nutrición	Fragilidad
	m	74,12	31,39	72,21	8,9226	6,4290
	Med	74,00	30,00	73,00	9,0000	6,0000
	DE	7,865	18,552	12,131	4,07381	4,06816
	Mín	60	1	10	2,00	1,00
	Máx	97	89	97	19,00	16,00
	Suma	22976	9731	22384	2766,00	1993,00
Percentiles	25	68,00	15,00	67,00	5,0000	3,0000
	50	74,00	30,00	73,00	9,0000	6,0000
	75	80,00	40,00	80,00	11,0000	10,0000

Nota: m=media

Con respecto a edad, el mínimo fue 60 y máximo de 97 años (m=74,1; de=7,9), en cuanto al ítem ¿Hace cuánto tiempo que reside en esta vivienda? Se tiene un mínimo de 1 y un máximo de 89 años (m=31,4; de=18,6), en la pregunta ¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad? Un mínimo de 10 y máximo de 97 años (m=72,2; de=12,1), en relación con nutrición un mínimo 2 y un máximo 19, (m=8,9; de=4,1) y por último fragilidad con un mínimo 1 y un máximo 16 (m=6,42; de=4,1).

En el gráfico se refleja la diferencia del estado nutricional, fragilidad y maltrato en función del sexo (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias del estado nutricional, fragilidad y maltratos en función del sexo

		N	m	DE	Desv. Error promedio	t	p
Nutrición	Hombre	121	9,4050	4,21224	0,38293	1,67	0,09
	Mujer	189	8,6138	3,96313	0,28828		
Fragilidad	Hombre	121	6,7273	4,23478	0,38498	1,03	0,3
	Mujer	189	6,2381	3,95741	0,28786		
Maltrato global	Hombre	121	3,6364	1,13284	0,10299	-,735	0,4
	Mujer	189	3,7460	1,36796	0,09950		
Maltrato Sexual	Hombre	121	0,0000	0,00000	0,00000	-,800	0,4
	Mujer	189	0,0053	0,07274	0,00529		
Maltrato Económico	Hombre	121	0,11	0,424	0,039	,590	0,5
	Mujer	189	0,08	0,398	0,029		
Negligencia	Hombre	121	0,01	0,091	0,008	-,470	0,6
	Mujer	189	0,02	0,162	0,012		
Maltrato Psicológico	Hombre	121	3,4298	0,78344	0,07122	,604	0,5
	Mujer	189	3,3757	0,75909	0,05522		
Maltrato Físico	Hombre	121	0,09	0,342	0,031	-2,71	0,01
	Mujer	189	0,27	0,673	0,049		

En relación a nutrición no hay evidencias significativas entre hombres y mujeres ($t= 1,67$; $p=0,09$), al igual que fragilidad ($t= 1,03$; $p= 0,3$), también no existe diferencias significativas para maltrato global ($t=-,735$; $p= 0,4$), maltrato sexual ($t=-,800$; $p= 0,4$), maltrato económico ($t=,590$; $p= 0,5$), negligencia ($t=-,470$; $p= 0,6$), maltrato psicológico ($t=,604$; $p= 0,5$), maltrato físico si existe evidencia de diferencias significativas a favor del sexo ($t= -2,71$; $p= 0,01$) por lo tanto se evidencio que las mujeres presentan mayor maltrato físico que los hombres ($m_{\text{hombres}} = 0,09$ vs $m_{\text{Mujeres}}= 0,27$).

En esta tabla se observa las correlaciones binarias entre estado nutricional con fragilidad y maltrato según el tipo de residencia (Tabla 4).

Tabla 5. Correlaciones del estado nutricional con la fragilidad y el maltrato global según la residencia.

Residencia		Fragilidad	Maltrato global
Urbana (n=155)	Estado Nutricional	,673**	0,001
		0,000	0,995
Rural (n=155)		,682**	-0,049
		0,000	0,543

Se realizó mediante el análisis mediante el coeficiente de Pearson (r).

***.* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

De acuerdo a residencia se mostró, tanto en urbana como rural el estado nutricional se correlaciona positivamente en cuanto a fragilidad de manera fuerte (urbano $r = 0,67$; rural $r = 0,68$), es decir a mayor estado nutricional por exceso en urbano y rural se evidencia que hay mayor fragilidad; pero no se evidencia ninguna relación entre el estado nutricional y el maltrato global (urbano $r = 0,001$; rural $r = - 0,04$) lo que indica una correlación inexistente; igualmente no se demostró que la fragilidad tiene una relación con el maltrato.

Discusión

Desde 1990 se han desarrollado instrumentos para medir la fragilidad para fines de investigación, algunos de estos son válidos y confiables, pero otros carecen de alfa Cronbach, así fue hasta el año 1998 cuando apareció una publicación que especificaba como se medía la fragilidad, en donde menciona la escala geriátrica frail escale, que cuentan con 5 criterios para catalogar a un adulto mayor como frágil (20).

De acuerdo al estudio en la población ecuatoriana, la escala de fragilidad (frail escale) demuestra índices adecuados de fiabilidad y validez de contenido, también índices de ajustes adecuados mediante análisis factorial confirmatorio, en la cual todos los ítems correlacionaron de manera positiva, el alfa de *Cronbach* y de *McDonald's* fueron por encima de 0,79, en comparación con un estudio por el autor Duncan R, et al. menciona que la escala de fragilidad tuvo una buena fiabilidad y una consistencia interna aceptable ($k=0,77$, $P=0,0001$, $n=18$), un Alfa de *Cronbach* de 0,62 y requirió menos de 5 minutos para su aplicación por lo que demostró validez de constructo y fue aceptable para los operadores y los participantes en el estudio (21).

De la misma forma, Dent et al. indica que no existe un estándar internacional para identificar la fragilidad, pero en dicha revisión sobresale la *Frail* escale, por su validez, confiabilidad y la facilidad de aplicación en menos de 5 minutos, la convierte en un instrumento recomendable en distintos escenarios clínicos y comunitarios para los adultos mayores (22). También en Paraguay se aplicó la escala de fragilidad la cual se adaptó de manera adecuada al estudio, destacando una prevalencia de fragilidad del 53% (23), y en Colombia menciona que esta escala constituye una herramienta adicional para identificar el síndrome de fragilidad en los adultos mayores, debido a que en ella se plasman las enfermedades que padecen, de igual manera las actividades que realizan (11).

De acuerdo al segundo objetivo de nuestro estudio se encontraron resultados sobresalientes, en relación al sexo el 61% son mujeres, la residencia un 50% tanto para urbano como para rural, estado civil casados con un 53,5%, nivel académico el nivel secundario con un 47,1%, el estrato socioeconómico medio con un 62,3%, de acuerdo a los tipos de maltrato, el físico y el psicológico con un 13,5% ($n=42$), mientras que en China mostro resultados en relación a las variables sociodemográficas; entre edades de 60 y 93 años, estado civil casados el 63,4%; el 81% tenía 5 años o menos de escolaridad; en cuanto al maltrato, la

prevalencia fue el psicológico el 27,3% (24), de igual manera en Estados Unidos el resultado primario de maltrato a ancianos fue el maltrato físico con un 32,2% siendo más común en las mujeres con un 73,7% con ingresos más bajos para el 36,8% y para los de baja escolaridad con 35,2% (25).

En el estudio el maltrato económico tuvo un resultado de un 5,5% (n=17), pero con respecto en Cuba el maltrato económico se identificó con un 53,1% (26). En relación a negligencia se encontró que el 1% (n=3) de personas lo padecía, pero en Portugal se obtuvo datos para negligencia 30% y el económico 13,3% (27).

En cambio, para maltrato sexual del estudio fue de un 0,3% (n=1), la situación es idéntica para la OMS ya que indica que en la mayoría de países latinoamericanos el maltrato sexual es de un 0,9% siendo el más bajo de los tipos de maltrato (28). Para el maltrato global del estudio se obtuvo un 19,7% (n = 61), lo mismo sucede para 3 ciudades de Colombia en donde hay evidencia que se da el maltrato global con un porcentaje de un 9,3% (n=43) para Medellín, 5,3% (n=26) para Barranquilla y 14,9% (n=74) para Pasto (29).

Conforme al objetivo 3 en relación a nutrición no hay evidencias significativas entre hombres y mujeres $t=1,67$; $p=0,09$), en cambio en Colombia si existe diferencias significativas respecto a nutrición ($p=0,03$) ya que cerca de una tercera parte de adultos mayores presentaron problemas nutricionales siendo mayor en mujeres con un 54,2% (30), en cuanto a fragilidad tampoco se dio diferencias significativas $t=1,03$; $p=0,3$ a diferencia de España la prevalencia de fragilidad es alta en el adulto mayor con un 27,7% y con 44,9% para la prefragilidad con más frecuencia en el sexo femenino 77% (31).

De acuerdo al maltrato global no existe diferencias significativas $t=-,735$; $p= 0,4$ sin embargo en México el maltrato global si se da con 8,1% y predomina en el sexo femenino con un 50,3% (32), y en Ecuador de acuerdo a la encuesta SABE un 21,3% (n = 922) de adultos mayores sufrieron violencia y es más frecuente en las mujeres (OR = 0,753, $p < 0,001$), indicando así que ser mujer y tener un bajo nivel de educación son factores para sufrir maltrato (33). En base al maltrato sexual no hubo diferencias significativas $t=-,800$; $p= 0,4$, así como también en México el maltrato sexual se da pero en menor proporción 0,6%, la situación para maltrato económico es similar, ya que no hay diferencias significativas $t=,590$; $p= 0,5$ a comparación de México en donde el maltrato que más

predomino fue el económico con un 31,4% y este es más común en mujeres con un 60,2% (34).

Para negligencia no hay diferencias significativas $t=-,470$; $p= 0,6$ de manera similar fue para Irlanda ya que negligencia presento un porcentaje bajo del 0,3% (35) y una investigación de maltrato en países de todo el mundo indica tasas de prevalencia de maltrato bajas para negligencia con un 4,2% (36), por lo contrario para Madrid que se detectó malos tratos para adultos mayores por terceros en un hospital con un 18,7%, en donde las personas que mayormente experimentaban eran mujeres con un 93,5% (37) Con respecto a maltrato psicológico de igual manera no se evidenció diferencias significativas $t=,604$; $p= 0,5$ mientras que para Colombia se encontró que el maltrato que más predomino fue el psicológico con un 12,3% y fue más frecuente en mujeres (38), también en España el maltrato a las personas mayores se manifestó con un 29,1%, en donde los subtipos más comunes fue el psicológico con un 4,2% y donde las situaciones de abandono destacaban con un 24,1% y el mayor riesgo de sufrir maltrato es para el sexo femenino (39).

Finalmente en la investigación el maltrato físico si existe evidencia de diferencias significativas a favor del sexo $t= -2,71$; $p= 0,01$ por lo tanto se evidencio que las mujeres presentan mayor maltrato físico que los hombres ($m_{\text{hombres}} = 0,09$ vs $m_{\text{Mujeres}}= 0,27$), de manera similar en Portugal en donde el tipo de maltrato más denunciado fue el físico con un 86%, las víctimas fueron con mayor frecuencia mujeres 63% (40).

Para el objetivo cuatro se pudo evidenciar que el estado nutricional se correlaciona positivamente en cuanto a fragilidad de manera fuerte (urbano $r = 0,67$; rural $r = 0,68$), la misma circunstancia sucede en Colombia con un estudio sobre nutrición en donde demuestra que existe una relación significativa en los distintos factores que intervienen en el estado nutricional del adulto mayor como el grado de fragilidad en el que el adulto mayor se encuentre (41), de igual manera García L. concuerda con el estudio, ya que menciona que las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen marcadores mayores del estado de fragilidad ocasionando problemas nutricionales (42).

También se pudo evidenciar que, en el área urbano como rural no hay ninguna relación entre el estado nutricional y el maltrato global (urbano $r = 0,001$; rural $r = - 0,04$); igualmente no se demostró que la fragilidad tiene una relación con el maltrato, aunque en Colombia el 15,1% de los adultos mayores padecieron maltrato y aumenta cuando la edad

oscila entre 60 a 69 años, son mujeres, con menor nivel educativo, además mencionan que el hogar es un lugar de riesgo para los adultos mayores, sobre todo para aquellos con dependencia funcional a causa de las enfermedades que padezcan y el nivel de discapacidad en el que encuentren (fragilidad) (43), en Suiza también se evidenció diferentes tipos de maltrato psicológico 47%, financiero 35%, físico 30%; dados por factores de riesgo como la necesidad de apoyo con un 73%, necesidad de cuidados 59% y demencia 41%, es decir mientras más problemas de salud presente el anciano mayor será el riesgo a sufrir maltrato (44).

Por otra parte en Irán el 27,9 % de los adultos mayores han sufrido abuso, más frecuente en mujeres educadas y casadas por motivo de enfermedades musculoesqueléticas y cardiovasculares ya que se asoció positivamente con la experiencia de abuso tal y como lo indica la correlación de Pearson ($r = 0,65$) (45), en cambio en China las causas para que se dé el maltrato es la depresión, la discapacidad física, tener enfermedades crónicas, vivir solo y depender de los ingresos propios (24).

Conclusión

A medida que pasa el tiempo el adulto mayor reduce el tipo de calidad de vida ya que se ve afectada su salud física y psicológica, debido a ello son vulnerables por lo que necesitan de cuidados y si estos no son adecuados puede afectar su salud e incluso llegar a una muerte prematura, de igual manera tienen el mayor riesgo de sufrir algún tipo de maltrato dados por el grado de dependencia en la que se encuentre.

Por lo que en la investigación se cumplió con todos los objetivos plateados, concluyendo que la escala de fragilidad mostró índices adecuados de fiabilidad y confiabilidad (alfa de *Cronbach* y de *McDonald's* fueron por encima de 0,79), por tanto, su aplicación es recomendable en la población adulta mayor para medir la fragilidad, al mismo tiempo en relación a las variables sociodemográficas los porcentajes más altos predominando las mujeres con un 61%, residencia rural y urbana con un 50%, estado civil casados con un 53,5%, nivel académico nivel secundario 47,1%, extracto socioeconómico medio con un 62,3%, con una totalidad de maltrato global de 19,7%, en donde el sexo femenino evidencio diferencias significativas en cuento maltrato físico ($p = 0,01$).

Por otra parte, se pudo demostrar que el estado nutricional se correlaciona positivamente a fragilidad tanto para la residencia urbana como rural (urbano $r = 0,067$; rural $r = 0,68$) pero no se encontró relación del estado nutricional con el maltrato global, de modo idéntico para la fragilidad. Para dar por concluido esta investigación, estos resultados aportaran a futuras investigaciones con datos estadísticos reales y de igual manera se recomienda que se siga indagando más sobre esta problemática, sobre todo los factores que desencadena el maltrato para de esta manera contribuir a que se generen políticas públicas que beneficien a los adultos mayores ayudando a llevar de mejor manera su vejez.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra; 2015. 1–282 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=8A23A2C12FE4067C1277DD346D7BCBDB?sequence=1
2. Pineda Loja NE, Ramírez Coronel AA, Mesa Cano IC MSP. Factores de riesgo asociado al maltrato al adulto mayor: Revisión sistemática. Am Heal [Internet]. :2697–3421. Available from: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/81>
3. OMS. Maltrato a las personas mayores [Internet]. Organización Mundial de la salud. 2021 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
4. Pedraza D. Disponibilidad de alimentos como factor determinante de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y sus representaciones en Brasil. Rev Nutr [Internet]. 2005 Feb [cited 2021 Nov 23];18(1):129–43. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Lorenzo-López L, Maseda A, De Labra C, Regueiro-Folgueira L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Nutritional determinants of frailty in older adults: A systematic review. BMC Geriatr [Internet]. 2017 May 15 [cited 2021 Nov 15];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28506216/>
6. Agudelo M, Cardona D, Segura A, Restrepo D. Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2020 Mar 20 [cited 2021 Nov 24];38(2):1–11. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/331289/20802150>
7. Martínez H, Mitchell M, Aguirre C. Salud Del Adulto Mayor - Gerontología Y Geriátrica. Man Med Prev y Soc I [Internet]. 2015;1(2):1–19. Available from: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
8. Organización Mundial de la salud. Prevención de la violencia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Prevencion de la violencia. 2016 [cited 2021 Nov 24]. p. 1. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
9. Dong X, Simon M, Odwazny R, Gorbien M. Depression and Elder Abuse and Neglect Among a Community-Dwelling Chinese Elderly Population. J Elder Abuse

- Negl [Internet]. 2008 Feb 22 [cited 2021 Nov 23];20(1):25–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18551905/>
10. Consejo de proteccion de derechos. Personas adultas mayores [Internet]. Vol. 12, Consejo de proteccion de derechos. Ecuador; 2018. p. 1–56. Available from: https://proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/agendas/3_ADULTOS_MAYORES.pdf
 11. Ramírez Ramírez JU, Cadena Sanabria MO, Ochoa ME. Edmonton Frail Scale in Colombian older people. Comparison with the Fried criteria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2021 Nov 23];52(6):322–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-aplicacion-escala-fragilidad-edmonton-poblacion-S0211139X17300926>
 12. González R, Cardentey J, Hernández D, Rosales G, Jeres C. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. *Arch méd Camaguey* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 24];21(4):498–509. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Velastegui A. Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257), en el Asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018 [Internet]. Vol. 8, Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca; 2019. Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32066/1/PROYECTO_DE_INVESTIGACIÓN.pdf
 14. Creavin S, Wisniewski S, Noel A, Trevelyan C, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2016 Jan 13 [cited 2021 Nov 25];2016(1):1–157. Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011145.pub2>
 15. Rodriguez G, Carrasco R. Objetivo [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 25]. Available from: <http://bit.ly/2zKM5qq>.
 16. Chavarro D, Heredia R, Sanabria C, Gutiérrez C. EN GERIATRÍA. p. 1–50.
 17. Aguilar L, Rojas M, Dorador J, Vílchez W. Ministerio de Salud GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR [Internet]. Peru: Ministerio de salud; 2013. 1–50 p. Available from: https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Valoración_nutricional_antropométrica_pe

rsona_adulta_mayor.pdf

18. Asociación Médica Mundial. Manual de Políticas de la AMM [Internet]. 2019. 1–515 p. Available from: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2019/10/HB-S-Version-2019.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. Principios éticos [Internet]. 2010 [cited 2021 Nov 26]. p. 1–8. Available from: <https://www.who.int/es/about/ethics/ethical-principles>
20. López S, Oteiza L, Lázaro N, Irazabal M, Ibarz M, Artigas A, et al. Frailty in patients over 65 years of age admitted to Intensive Care Units (FRAIL-ICU). *Med Intensiva* [Internet]. 2019;43(7):395–401. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.01.010>
21. Rolfson D, Majumdar S, Tsuyuki R, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale [Internet]. Vol. 35, Age and Ageing. *Age Ageing*; 2006 [cited 2022 Jan 27]. p. 526–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16757522/>
22. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Jan 27];31:3–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039014/>
23. Rivelli R, Gabetta J, Amarilla A, López O, Denis M, Duarte L, et al. Frailty of the elderly in three Family Health Units of Paraguay in 2019. *Scielo*. 2020;7(2):11–22.
24. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and Associated Factors of Elder Mistreatment in a Rural Community in People’s Republic of China: A Cross-Sectional Study. Bayer A, editor. *PLoS One* [Internet]. 2012 Mar 20 [cited 2021 Nov 23];7(3):1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22448276/>
25. Evans C, Hunold K, Rosen T, Platts T. Diagnosis of Elder Abuse in U.S. Emergency Departments. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2017 Jan 18 [cited 2022 Jan 31];65(1):91–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039014/>
26. Alfonso M, Ribot V, Luis I, Robert J. Maltrato financiero a los adultos mayores. Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”, La Habana. *Rev habanera cienc méd* [Internet]. 2021 Feb 11 [cited 2022 Jan 31];20(1):2911. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2911/2806>
27. Carmona J, Carvalhal R, Viera M, Recio B, Goergen T, Rodríguez MA. Maus-tratos no ambiente familiar contra idosos nas ilhas dos açores. *Rev Lat Am Enfermagem*.

- 2017;25.
28. Organización Panamericana de la Salud. El maltrato de las personas mayores y sus tipos. *Inf Mund Sobre la Violencia y la Salud* [Internet]. 2003 [cited 2022 Jan 31];223. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
 29. Ramírez Y, Flórez H, Cardona D, Segura Á, Segura A, Muñoz D, et al. Factores asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia, 2016. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2021 Nov 23];49(3):1–12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000300142&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 30. Deossa G, Restrepo L, Velásquez J, Varela D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. *Univ y Salud* [Internet]. 2016 Dec 20 [cited 2021 Dec 2];18(3):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.54>
 31. Menéndez-González L, Izaguirre-Riesgo A, Tranche-Iparraguirre S, Montero-Rodríguez Á, Orts-Cortés MI. Prevalence and associated factors of frailty in adults over 70 years in the community. *Aten Primaria*. 2021 Dec 1;53(10):102128.
 32. Gómez Ricárdez LA, Abrego GR, Llamas EK. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2022 Jan 29];42(1):27–34. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-factores-asociados-violencia-familiar-13099320>
 33. Vinueza-Veloz MF, Nuñez-Rivero Y, Leyva-Montero M de los Á, Montero-López IL, Mera-Segovia CM. [Socio-demographic determinants of violence in older people in Ecuador]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Jan 27];56(1):41–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-determinantes-sociodemograficos-violencia-adultos-mayores-S0211139X20300949>
 34. López Nieto M, Arenas Cedillo M, González Pedraza Avilés A. Family violence prevalence in patients from the Gerontology Module of a Family Medicine clinic. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2022 Jan 29];53(4):229–30. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-violencia-intrafamiliar-pacientes-del->

S0211139X17301762

35. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: Results from a national prevalence survey. *Age Ageing* [Internet]. 2012 Jan [cited 2022 Feb 2];41(1):98–103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21997767/>
36. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies [Internet]. Vol. 56, *Gerontologist*. *Gerontologist*; 2016 [cited 2022 Feb 2]. p. S194–205. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26994260/>
37. Lázaro del Nogal M, Fernández C, Serrano P, Santiago A, Villavicencio P, Martín T. Three years experience in the detection and follow-up of violence against the elderly in a tertiary hospital. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 Jan 29];53(1):15–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-deteccion-seguimiento-malos-tratos-personas-S0211139X17300549>
38. Forero Borda LM, Hoyos Porto SDJ, Buitrago Martínez V, Heredia Ramírez RA. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Univ Médica*. 2019;60(4):1–16.
39. Jürschik P, Viladrosa M, Botigué T, Lavedán A, Vena AB, Noguera T. Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2022 Feb 2];48(2):55–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-factores-asociados-sospecha-malos-S0211139X12001047>
40. Frazão SL, Silva MS, Norton P, Magalhães T. Domestic violence against elderly with disability. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 29];28:19–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25440142/>
41. Tafur Castillo J, Guerra Ramírez M, Carbonell A, Ghisays López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Latinoam Hipertens*. 2018;13(5).
42. García L, Quevedo M, Martínez M, Buron P. Nutritional state in older adults and relation with not transmissible chronic illnesses. *Medimay* [Internet]. 2021 Nov 22 [cited 2022 Jan 27];28(4):512–22. Available from: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1745>
43. Curcio C, Payán C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its

- association with socioeconomic conditions and functionality. *Colomb Med* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 27];50(2):77–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31607765/>
44. Simone L, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 15];146:w14273. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26827053/>
 45. Honarvar B, Gheibi Z, Asadollahi A, Bahadori F, Khaksar E, Faradonbeh M, et al. The impact of abuse on the quality of life of the elderly: A population-based survey in Iran [Internet]. Vol. 53, *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. Korean Society for Preventive Medicine; 2020 [cited 2022 Jan 27]. p. 89–97. Available from: </pmc/articles/PMC7142012/>

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO

JEFATURA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN ÁREA DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

Protocolo Trabajo de Titulación

1. DATOS GENERALES PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

TÍTULO:	
Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca.	
UNIDAD ACADÉMICA:	
Salud y Bienestar	
CARRERA:	
Enfermería	
RESPONSABLE(S) DEL PROYECTO:	
Carla Estefanía Bermeo González María Eugenia Chimbay Cajamarca Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA CARRERA	
Para información sobre las líneas de investigación, consultar Líneas de Investigación Institucionales, puesta en vigencia mediante Resolución Nro. C.U. 866-2020-UCACUE (29 de abril de 2020).	
Línea de Investigación: Línea 12: Salud y Bienestar por ciclos de vida Sublínea 3: alimentación y nutrición Sublínea 5: Violencia accidentes y traumas	
TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	
Duración del proyecto en meses:	6 meses
FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO	

Monto total del financiamiento para ejecutar el PROYECTO en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD)	Monto en (USD) \$: 2.054, 25
---	------------------------------

2. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

2.1. RESUMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

La Organización Mundial de Salud define al maltrato como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra el adulto mayor, también indica que en el mundo 1 de cada 10 adultos mayores a recibido algún tipo de maltrato. El **objetivo general** será determinar el estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca. octubre 2021-marzo 2022 con la finalidad de la generación de políticas públicas que contribuya a la disminución del maltrato. En la **metodología**, se realizará el estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y transversal, con diseño no experimental y prospectivo, con una muestra de 195 que corresponde a los adultos mayores ≥ 60 años pertenecientes a la ciudad de Cuenca. Como **resultados esperados** se pretende que, ser mujer, mayor de 60 años, casada, mestizo, infragilidad y tener bajo peso se asocian con el maltrato al adulto mayor.

2.2. **PALABRAS CLAVE:** *Abuso, adulto mayor, fragilidad.*

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) un adulto mayor se considera a partir de los 60 años de edad, mismo que pasa por un proceso llamado envejecimiento continuo (1), que consiste en el deterioro progresivo y generalizado de las funciones vitales que lo lleva a un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad (2).

Por tal motivo los adultos mayores pueden reducir el tipo de calidad de vida e incluso llegar a una muerte prematura, dados ya sea por la soledad, el aislamiento y la exclusión social

mismas que son consideradas como determinantes sociales que afecta a los aspectos de la salud y el bienestar de la población adulta mayor (3).

A nivel mundial, un estudio en China el maltrato al adulto mayor está relacionado con factores como la situación de convivencia, aislamiento enfermedad y la tensión del cuidador, se ha identificado que en tres comunidades rurales han experimentado maltrato con un porcentaje del 36,2%, de este el 27,3% maltrato psicológico, 15,8% negligencia del cuidador, 4,9% maltrato físico y el 2% maltrato financiero, de igual manera menciona que una de las consecuencias que se asocia al maltrato es el riesgo de sufrir depresión (4).

Un estudio realizado en Colombia sobre el maltrato a los adultos mayores asociada a los factores socioeconómicos y a la funcionalidad, a través de una encuesta (SABE) aplicada a 23,694 adultos mayores muestra que más del 50% de ellos sufrió más de un tipo de abuso teniendo como una forma de abuso más frecuente la psicológica, y esta proporción aumenta cuando el adulto mayor supera la edad de 69 años, es mujer, con menor nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, que viven solos o en zonas urbanas (5).

En el Ecuador de acuerdo a los resultados de la Encuesta SABE I del año 2010 demuestra que a nivel nacional un 4% de esta población ha sido objeto de diversas formas de abuso como: el 3% ha sufrido de violencia sexual, el 16,4% violencia psicológica, el 14,70% de los adultos mayores recibieron insultos y un 14,9 % sufrieron negligencia y abandono (6). Ante los datos expuestos se ve la importancia de realizar esta investigación debido a la vulnerabilidad de derechos que sufre esta población ocasionada por los propios familiares o personas de distintos centros que se dedican a su cuidado y estas situaciones de maltrato que llegan a sufrir los mayores puede afectar tanto a su calidad de vida y su salud mental, sintiéndose excluidos de la sociedad y siendo arrebatada su autonomía.

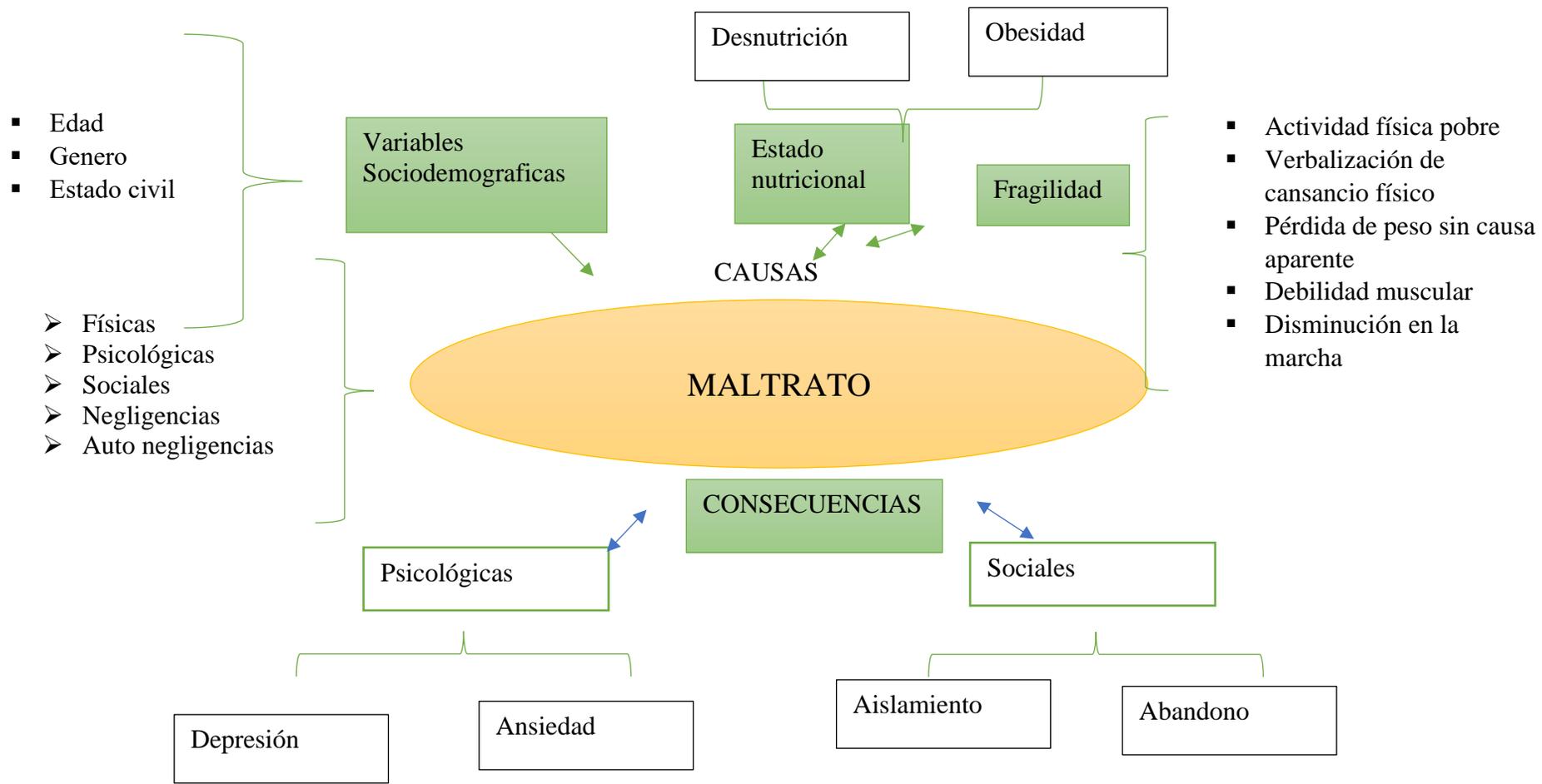
JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la población adulta mayor se incrementa a medida que van pasando los años, por ello el gobierno y las distintas entidades públicas no le dan la debida importancia ante los cuidados y necesidades que requiriere esta población, siendo vulnerado sus derechos, incluso desde su propio grupo familiar que en ocasiones los abandonan en situaciones en donde no son tratadas de manera adecuada para su salud y que varias veces reciben maltrato y agresiones tanto físicas como verbales, por esto es necesario conocer el estado nutricional y fragilidad en la que un adulto mayor se encuentra y como esto influye para que esta persona reciba algún tipo de maltrato (7).

En relación con un aporte práctico de la investigación se proporcionará con la validación y valoración de la escala geriátrica del maltrato, creada por Rodríguez y Carrasco esta evalúa 22 ítems entre ellos el abuso físico, psicológico, negligencia y abuso sexual; la escala de fragilidad (Frail scale) creada por Carrasco compuesto por 5 ítems entre ellos mide fatiga, resistencia, deambulación, enfermedades y pérdida de peso, clasificándolos entre frágiles, pre frágiles y robustos; y la escala nutricional (Mini Nutritional Assessment) establecida por Vellas, tiene 18 ítems, mide indicadores antropométricos (talla, peso, IMC), parámetros dietéticos (número y tipos de comida), evaluación global (enfermedades, medicación, movilidad, lesiones, estado psicológico) y la valoración subjetiva (problemas nutricionales, estado de salud), este test tiene una puntuación máxima de 30 puntos (8).

En lo teórico se contribuirá a generar conocimientos acerca de este tema y de esta manera beneficiar con aportes para la creación de políticas públicas, a los futuros investigadores y de igual manera a los adultos mayores para que reciban un trato digno tal y como lo indica la Ley Orgánica de las personas adultas mayores en el Ecuador en donde garantiza el derecho de asegurar una mejor calidad de vida que le brinde la seguridad sobre salud tanto física como psicológica, así como también al respeto de sus derechos (9).

Para el aporte metodológico de la investigación, se va a realizar en la población adulta mayor de la Ciudad de Cuenca en el periodo Octubre 2021-Marzo 2022, misma que tendrá un análisis bivariado siguiendo un modelo estructural, mismo que ayudará a la toma de decisiones en el diagnóstico del maltrato al adulto mayor, esta se llevará a cabo a través de una encuesta donde se obtendrá datos que nos permitirán analizar la prevalencia del maltrato que existe y su relación con el estado nutricional y la fragilidad en la que se encuentra el adulto mayor.



2.4. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

Según la OMS un adulto mayor es considerado como un grupo etario que comprenden personas mayores de 60 años de edad o también se les conoce como personas de la tercera edad o ancianos, mismos que tienen derechos, socialmente activos capaces de tomar decisiones, que poseen responsabilidades sobre si mismos, su familia y la sociedad, esta etapa también está caracterizada por la disminución física y mental, por lo que para alcanzar los recursos humanos, sociales y oportunidades que se tiene durante el envejecimiento va a depender de algo fundamental que es la salud, mientras esta sea buena la capacidad para realizar diferentes actividades apenas tendrá límites (10).

Estado nutricional:

El estado nutricional resulta del balance entre las necesidades que el cuerpo requiere y el gasto de energía de los alimentos, dado por múltiples determinantes como son: los factores físicos, biológicos, genéticos, culturales, ambientales y el más importante, el psico-socio-económico, que puede variar debido a las repercusiones de los cambios económicos en el estado nutricional de la población y la seguridad de los alimentos que cada individuo mantiene. Dependiendo de ello surgirá o no una nutrición saludable mismo que es importante para la prevención de diversos factores de riesgo que va relacionado con la dieta, como el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles (11,12).

Cuando una persona va envejeciendo atraviesa múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden hacer que la vida cotidiana del adulto se altere significativamente, de igual manera aumenta la prevalencia de problemas ligados al estado nutricional, el adulto mayor en relación con nutrición es el grupo de mayor riesgo de ingestas inadecuadas de alimentos, esto debido a diversos factores que van con el envejecimiento, influyendo a que el adulto mayor este en riesgo de sufrir una desnutrición u obesidad (13).

La desnutrición es considerada como una estado patológico dado por la insuficiencia o falta del consumo de alimentos que el cuerpo necesita (14), la obesidad se la conoce como una enfermedad crónica que está dada por la acumulación excesiva de grasa, puede ser un gran riesgo para la salud (15). Por lo tanto los problemas nutricionales traen consigo consecuencias muy negativas para la salud y la calidad de vida de los adultos mayores, ya que produce alteraciones en el estado inmunitario, agravación de ciertos

procesos infecciosos y complicaciones de diferentes patologías, algunas de las causas a las que se debe es, algún tipo de maltrato que ellos llegan a sufrir como lo es una situación de abandono o la falta de seguridad social y de esta manera están expuestos al deterioro de su capacidad funcional, hospitalizaciones, y con mayor prevalencia de mortalidad (16).

Fragilidad:

Fragilidad de acuerdo al diccionario significa debilidad, que se rompe con facilidad, vulnerable, aunque su significado aún no está totalmente definido puesto que carece de una definición operacional (17). Siendo así fragilidad en un adulto mayor un síndrome multidimensional, con la acción recíproca de factores biológicos, psicológicos y sociales, el cual se asocia con el disminución de la capacidad funcional, y cognitiva, esta se puede identificar con la pronóstico de eventos adversos como caídas, discapacidad y muerte (18).

De acuerdo como va aumenta el índice de envejecimiento incrementa el riesgo de padecer dependencia esto a causa del deterioro y disminución de las capacidades funcionales y el grado de fragilidad que se encuentre el adulto mayor, por lo que los familiares o cuidadores se ven afectados y sumidos en preocupación que afecta de manera física, psíquica y económicamente, convirtiéndose el anciano en el punto clave para recibir maltrato o abuso de manera directa (golpes, arañños, patadas) o indirectamente (insultos, mofas), siendo el generador de consecuencias negativas como el declive de su salud y calidad de vida (19).

De acuerdo a Linda Fried definió fragilidad en una clasificación que consta de 5 criterios: disminución en la marcha, actividad física pobre, verbalización de cansancio físico, disminución de peso sin causa aparente y debilidad muscular, mismos que son calificados de acuerdo a una puntuación en frágiles, prefrágiles, y vigorosos, para obtener una puntuación de frágiles tres o más criterios debería estar comprometido al evaluar al adulto mayor (20).

Un estudio en Colombia sobre la prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 4 ciudades cuyos datos fueron, un 34,8% eran vigorosos, el 53% se encontraban en prefragilidad y un 12.1% eran frágiles de los cuales un 6.8% pertenecían al sexo masculino y 17% era femenino (21); González Rodríguez R, et al, en Cuba se demostró una prevalencia del 67,9% de fragilidad en mujeres y un 32.1% en hombres de los cuales un 80.4% eran adultos entre 65 años en adelante, y un 19.6% pertenecían a un rango de edad entre 60 a 64 años (22), mientras que en Ecuador en el centro geriátrico Rosa Elvira

de León de la Ciudad de Azogues indica que la prevalencia de fragilidad en la población adulta mayor es del 36.7% de la cual un 26.7% son mujeres y un 10% hombres (23).

Maltrato

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que es el uso intencional de la fuerza de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (24).

El maltrato a las personas de la tercera edad es un problema creciente que consta de tipos; uno de ellos es el físico que es el empleo de la fuerza que llega a ocasionar un daño ya sea corporal o físico; el psicológico es toda acción en donde se emplea la agresión verbal mediante el uso de palabras hirientes; el abuso sexual son acciones sexuales sin consentimiento; el económico es la mala utilización de los recursos financieros que recibe el adulto mayor; la negligencia es cuando una persona que está a cargo del cuidado de un adulto mayor comete acciones que pueden amenazar la salud de él, o cuando la atención que reciben es deficiente o insuficiente; social es cuando no se respeta los derechos de una persona y no se asume la responsabilidad sobre ella, un ejemplo es el abandono y el aislamiento del adulto mayor y la auto negligencia que es el comportamiento del adulto mayor que puede amenazar la salud y seguridad de su propia vida (25,26).

Cabe recalcar que el maltrato al adulto mayor va de la mano con ciertos factores como: patrones culturales, el contexto histórico, el entorno sociocultural y los juicios de valor que la sociedad estigmatiza a la vejez, por ello esta población vulnerada no tiene la misma resonancia en la sociedad, siendo un problema de interés público, donde no solo constituye una violación de los derechos humanos sino una afectación que se verá reflejada en el estado psicológico de este (27).

La Organización Mundial de la salud (OMS) indica que esta población ha llegado a sufrir maltrato con un 33,4% abuso psicológico, 14,1% han recibido maltrato físico, 12,8% económico, el 11,6% negligencia y el 1,9% sexual, además mencionan que existe maltrato en las instituciones que se encargan del cuidado de los adultos mayores (28).

Araujo en Perú el 87% de los adultos mayores a llegado a sufrir algún tipo de maltrato, las personas que lo han vivido tienen edades entre 60-70 años, son mujeres, y el que predomina más es el maltrato psicológico con un 87% seguido del físico con un 53% (29), Mientras que en Colombia una investigación sobre los factores asociados a la ideación suicida que es una forma de autonegligencia del adulto mayor, data una prevalencia de

ideación suicida del 6,4%, de estos el 28,7% planeo para terminar con su vida, y el 66,7% lo intento al menos una vez, esto como consecuencia de haber experimentado algún tipo de maltrato (30).

Por otro lado en Ecuador según el instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) con la aplicación de la encuesta SABE I indica que las mujeres mayores de 60 años son más propensas a sufrir maltrato con un porcentaje del 16,7%, 16,4% reciben maltrato psicológico, 14,9% negligencia y abandono, 6,4% abuso económico, 4,9% violencia física y un 3% violencia sexual, menciona también que la violencia dentro del grupo familiar esta naturalizada es por ello que a las personas les es difícil identificar si lo experimentan o no (31).

Modelos teóricos del maltrato

Es importante mencionar que la propia conducta del adulto mayor puede llegar a provocar o conservar las situaciones de abuso, es por ello que Muñoz Tortosa (2004) da conocer los modelos o teorías para el análisis de la violencia o los malos tratos (32).

Modelo psiquiátrico-psicológico: La causa principal de la violencia en contra del adulto mayor está relacionado con las características patológicas del familiar o cuidador puesto que han vivido en un ambiente donde se producían estos comportamientos empezando así a reproducir y manifestar estos mismos comportamientos con otras personas (32).

Modelo sociológico: Son las condiciones sociales y las prácticas culturales que estimulan la violencia social y el maltrato a los mayores, surgiendo de ellos los factores que propician un comportamiento agresivo como: estrés social, nivel económico, sobrecarga de cuidados, aislamiento social (32).

El modelo conductual: Es empírico, se centra en el aprendizaje o la adquisición de la conducta humana, por lo que se acentúa en la conducta individual observable así como también los factores medioambientales que pueden precipitar o mantener una conducta determinada, además toma evidencia de los individuos, para proveer intervenciones que modifiquen las distorsiones cognitivas a más adaptativas y positivas, es por ello que el individuo debe estar positivamente involucrado en el desarrollo del mismo, es decir, este modelo es el resultado de las experiencias aprendidas no de factores innatos, ya que las conductas son tratadas como observables y no como una expresión de un estado profundo (33).

Normativas Nacional

Ley Orgánica de las personas adultas mayores 1991, actualizado 2019 garantiza el derecho de asegurar una mejor calidad de vida que le brinde la seguridad sobre salud tanto física como psicológica, así como también al respeto de sus derechos; según sus artículos: Artículo 36 determina que las personas adultas mayores tienen derecho a una atención prioritaria tanto en áreas públicas como privadas en el ámbito social y económico y protección contra cualquier tipo de violencia (34).

Artículo 37 garantiza a las personas de la tercera edad el derecho a la atención gratuita en salud, trabajos bien remunerados, jubilación, rebaja de los pagos en servicios públicos y privados, derecho a tener una vida digna (34).

Ley Orgánica de Educación Intercultural 2011, actualizado 2017 declara en el Artículo 38 de la Constitución de la República del Ecuador establecerá políticas y programas de atención a las personas de la tercera edad, además fomentará la autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas, el estado tomara medidas en centro especializados que garanticen su educación así como también sus derechos (35).

2.5. HIPÓTESIS O PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis:

- Ser mujer, mayor de 60 años, casada, mestizo, infragilidad y tener bajo peso se asocian con el maltrato al adulto mayor.
- El maltrato al adulto mayor está asociado positivamente al estado nutricional y a la fragilidad.
- El sexo femenino presenta mayor fragilidad, sobrepeso y maltrato global.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca octubre 2021-Marzo 2022?

¿Cuál es la prevalencia del maltrato al adulto mayor en la ciudad de Cuenca según la fragilidad, el estado nutricional y características demográficas?

¿Qué características demográficas, fragilidad presenta los adultos mayores en la ciudad de Cuenca?

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. GENERAL

Determinar el estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca. octubre 2021-marzo 2022 con la finalidad de la generación de políticas públicas que contribuya a la disminución del maltrato.

2.6.2. ESPECÍFICOS

OE1. Adaptar la escala de fragilidad a la población ecuatoriana mediante las propiedades psicométricas.

OE2. Identificar las características demográficas, fragilidad y estado nutricional y los maltratos al adulto mayor.

OE3. Verificar el estado nutricional, fragilidad y maltrato en función del sexo.

OE4. Analizar si el estado nutricional está asociado con la fragilidad y el maltrato global según la residencia.

2.7. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

Tipo de investigación

Se realizará un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y transversal, con diseño no experimental y prospectivo.

Universo

El total de componentes que participan en un cierto vínculo de características comunes, comprenden el universo; es decir, habitantes que residen en una determinada área geográfica.

Se contará con un total 50.085 adultos mayores que residen en la ciudad de Cuenca, con edades comprendidas de mayor o igual a 60 años, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Cabe mencionar que Cuenca está ubicada en la provincia del Azuay, al centro-sur de la región interandina de Ecuador, está conformada por 36 parroquias de las cuales 15 corresponde al área urbano y 21 al área rural, es considerada como Atenas del Ecuador por su gran arquitectura y cultura, su independencia fue el 3 de noviembre de 1820, por lo que en la actualidad esta fecha es conmemorable.

Muestra

Se llevará a cabo un estudio de muestreo aleatorio simple de esta población obteniendo una muestra representativa de los adultos mayores de la ciudad de Cuenca en función de su naturaleza y frecuencia.

En base a ello se aplicará la presente ecuación para el cálculo muestral de Sierra Bravo.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N Tamaño de la población = 50.085

Z_a Seguridad (95%) = 1,96 al cuadrado

P Proporción esperada = 15% (0.15)

Q Diferencia 1 – P = 0.85

D Precisión = 5%

n = 195

Aplicando la fórmula de Sierra Bravo se obtiene una muestra de 195 del total de la población de adultos mayores de la ciudad de Cuenca.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Se incluirán a los adultos mayores de 60 años en adelante que vivan en la ciudad de Cuenca y que acepten ser partícipes de nuestro estudio a través del llenado y la firma respectiva del consentimiento informado.
- Se excluirán a las personas mayores que tengan deterioro cognitivo y las que no deseen participar en la investigación.

Instrumentos

En la primera parte de la sección del instrumento estará presente las variables socio demográficas mismas que son sexo, edad, estado civil, raza, nivel de escolaridad. A la vez se utilizará el test Mini Mental State Examination Modificado (MMSE) por los autores Ramírez et al, que consta de 30 ítems y evalúa el estado cognitivo como es la orientación, atención, calculo, lenguaje y espacio visual, dura aproximadamente entre 10 a 15 minutos y su puntuación máxima es 30 (36).

Para medir el maltrato se utilizará la Escala Geriátrica de maltrato al adulto mayor (GMS) misma que esta validada por Rodríguez y Carrasco en el año 2013, consta de 22 ítems y mide 5 tipos de maltrato: psicológico, físico, económico, negligencia y sexual. Cabe mencionar que esta escala permite identificar de cada tipo de maltrato: el tiempo y frecuencia del maltrato, la persona quien realizo la agresión y el sexo del agresor/a. Esta escala está diseñada para una duración aproximada de 8 a 20 minutos y solo puede ser aplicada en adultos mayores de 60 años en adelante (37).

Otra escala que se utilizará en este estudio es Frail Scale con el fin de medir la fragilidad del adulto mayor de la autoría de Carrasco et al, está compuesto por 5 ítems con una validez de 1 punto y miden fatiga, resistencia, deambulacion, enfermedades y pérdida de peso, y tiene una escala de valoración de frágiles, prefrágiles y robustos (38).

Y finalmente se utilizara Mini Nutritional Assessment del autor Vellas et al, para medir el estado nutricional en el que se encuentra el adulto mayor, esta escala a sido validada en varios países del mundo con muestras significativas, consta de 18 ítems y mide: indicadores antropométricos (talla, peso, IMC), parámetros dietéticos (número y tipos de comido), evaluación global (enfermedades, medicación, movilidad, lesiones, estado psicológico) y la valoración subjetiva (problemas nutricionales, estado de salud). Este test

tiene una puntuación máxima de 30 puntos y una duración aproximada de 10 minutos (39).

Procedimiento

Previo a la aplicación de la encuesta se contará con el llenado del consentimiento informado manifestando la confidencialidad que se va a tener con la información obtenida de esa forma nos manifestaran si desean o no ser partícipes de nuestro estudio, posterior ello se dará una breve introducción sobre el tema y el objetivo de estudio que se está realizando en palabras que los adultos mayores puedan entender, se aclararan dudas y si es necesario se retroalimentara.

Análisis estadístico

Se realizará un análisis exploratorio y confirmatorio para la adaptación psicométrica de la escala de fragilidad a la población ecuatoriana (objetivo específico 1). Luego se llevará a cabo un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central, de dispersión y de posición para las variables cuantitativas. Posteriormente, para identificar las características demográficas, fragilidad y estado nutricional según el maltrato al adulto mayor (objetivo específico 2), se utilizará tablas de contingencia. Después, se ejecutará una prueba de normalidad (*Shapiro Wilk o Francia*) y homocedasticidad (*Levene*), se presumirá supuestos paramétricos. Por lo tanto, se utilizará para verificar el estado nutricional, fragilidad y maltrato según las características sociodemográficas del estudio un análisis de diferencia de medias a través de la prueba t para muestras independientes (2 grupos de la variable independiente) y la prueba ANOVA (3 o más grupos de la variable independiente) y por último, para analizar si el maltrato al adulto mayor está asociado con la fragilidad y el estado nutricional (objetivo específico 4) mediante la prueba *r de Pearson*. Los análisis indicados se efectuaron en el programa *InfoStat*, *Jamovi 2* y *SPSS 26*.

2.8. RESULTADOS ESPERADOS

En el presente estudio se realizará una recolección de datos con la finalidad de determinar el estado nutricional y la fragilidad asociada al maltrato al adulto mayor Cuenca octubre 2021-Marzo 2022, todo esto se dará a través del uso de variables y la aplicación de la encuesta con el fin de lograr la propuesta de investigación.

Dependiendo de los resultados que se obtendrá de la investigación se identificará si el estado nutricional y la fragilidad del adulto mayor está relacionada con el maltrato, cumpliendo así con los objetivos planteados en este, para de esta manera difundir los

resultados para que las autoridades tomen medidas de intervención ante esta problemática.

2.9. ASPECTOS BIOÉTICOS Y SOCIALES

Para la realización del presente estudio se utilizará como prioridad el documento denominado “La declaración de Helsinki” dado por la Asociación Médica Mundial (AMM) donde se dará mayor énfasis a los puntos claves que tiene el consentimiento informado (Asentimiento, consentimiento) y los principios éticos (40).

También se tomará en cuenta los principios éticos dados por la OMS como es: integridad (actuar en beneficio de la población con honestidad y equidad), rendición de cuentas (responsabilizarse de las consecuencias o acciones ya sean positivas o negativas), respeto (respetando la confidencialidad de cada persona), independencia (actuar bajo los principios éticos y las recomendaciones de la OMS) (41).

3. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio que tiene como objetivo determinar el estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca, al obtener los resultados se dará a conocer a las instituciones públicas de salud dependiendo de los resultados con el fin de tomar medidas preventivas sobre el maltrato a este grupo vulnerable y mejorar así la calidad y situación de vida en la que se encuentra esta población, cabe mencionar que se difundirá este estudio en artículos y publicaciones científicas proporcionando así al mundo datos estadísticos reales.

4. PLANIFICACIÓN (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES)

ACTIVIDADES	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del tema a comisión de investigación de la carrera	X																							
Aprobación del tema previa solicitud a Consejo Directivo		X	X																					
Elaboración del protocolo				X	X	X	X	X																
Aprobación del protocolo previa sustentación y defensa ante la comisión de investigación									X															
Búsqueda bibliográfica detallada y ampliada									X															
Aplicación de instrumentos /incluye prueba piloto										X	X	X												
Tabulación de datos													X	X										
Análisis e interpretación de los resultados															X	X								
Entrega de la investigación a																	X							

5. PRESUPUESTO

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autofinanciado	Computadora	2	800	1600
Autofinanciado	Impresora	1	150	150
Autofinanciado	Hoja A4	200	0.5	100
Autofinanciado	Impresiones	200	0.5	100
Autofinanciado	Internet (horas)	4	25	100
Autofinanciado	Esferográficos	3	0.75	2.25
Autofinanciado	Trasporte	2	1	2
TOTAL	--	--	USD	2.054, 25

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:

“Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca.
Octubre 2021-Marzo 2022.”

Institución a la que pertenece el Investigador:

Universidad Católica De Cuenca Sede Azogues

Nombre de los Investigadores

Carla Estefanía Bermeo Gonzalez

María Eugenia Chimbay Cajamarca

Datos del Investigador principal: (Corre electrónico)

cebermeoc42@est.ucacue.edu.ec o mechimbayc49@est.ucacue.edu.ec

Descripción del proyecto de Investigación
<p>El maltrato a las personas de la tercera edad son un problema de gran relevancia en la salud pública, ya que según la OMS indica que esta población ha llegado a sufrir algún tipo de maltrato perjudicando y poniendo en riesgo su calidad de vida. Cabe mencionar que se considera de gran importancia llevar a cabo la presente investigación para determinar si el estado nutricional y la fragilidad está asociado al maltrato al adulto mayor, por lo que en este documento Usted encuentra una descripción del proyecto de investigación, considere que tiene el derecho a realizar las preguntas que crea conveniente, no debe sentirse presionado ya que tendrá el tiempo necesario para llenar la encuesta.</p>
<p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">• Se incluirán a los adultos mayores de 60 años en adelante que vivan en la ciudad de Cuenca y que acepten ser partícipes de nuestro estudio a través del llenado y la firma respectiva del consentimiento informado.• Se excluirán a las personas mayores que tengan deterioro cognitivo y las que no deseen participar en la investigación.
<p>OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>OBJETIVO GENERAL Determinar el estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca. Octubre 2021-Marzo 2022 con la finalidad de la generación de políticas públicas que contribuya a la disminución del maltrato.</p> <p>ESPECÍFICOS</p>

- Adoptar la escala de fragilidad a la población ecuatoriana mediante las propiedades psicométricas.
- Identificar las características demográficas, fragilidad y estado nutricional según el maltrato al adulto mayor.
- Verificar el estado nutricional, fragilidad y maltrato según las características sociodemográficas del estudio.
- Analizar si el maltrato al adulto mayor está asociado con la fragilidad y el estado nutricional.

DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS

La recolección de información para llevar a cabo el presente estudio tendrá como base un cronograma previamente establecido, y se tiene como muestra de estudio un total de 195 adultos mayores de la Ciudad de Cuenca.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La participación en la investigación es voluntaria y no representa ningún daño o perjuicio a su integridad o la de su familia, la información obtenida será absolutamente confidencial.

CONFIDENCIALIDAD

- Es prioridad para todo el equipo de investigación mantener su confidencialidad
- Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir participar o no participar.
 Si decide participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.
 Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Calle Manuel Vega y Pio Bravo.

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar.
 Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características sociodemográficas

1. Condiciones demográficas y económicas		
Solicite la cédula o recurra al cuidador si el adulto mayor no recuerda la fecha de nacimiento		
1. Fecha de nacimiento		
Día (DD)	Mes (MM)	Año (AAAA)
1		
2		
al?		
1		
2		
3		
4		
4. ¿Cuál es su máximo nivel de escolaridad alcanzado?		
	Nivel	Años aprobados
1	Primaria	
2	Secundaria	
3	Técnico o superior	
4	Ninguno	
5. ¿Usted pertenece alguno de estos grupos?		
	Raizal	1
	Afrodescendiente	2
	Indígena	3
	Inmigrante	4
	Otro. ¿Cuál?	5
	Ninguno	6
6. ¿Tuvo algún ingreso económico en el mes anterior?		
	Si	1
	No (pase a la pregunta 9)	2
7. ¿De cuánto fue este ingreso?		
	\$ _____	
8. ¿De dónde obtuvo el ingreso?		
	Jubilación/pensión	1
	Ayuda familiar	2
	Alquiler/renta/ingresos bancarios	3
	Subsidios	4
	Empleo formal	5
	Empleo informal	6
9. Estrato socioeconómico de la vivienda		
10. El lugar donde usted vive es		
	a. Propia	1
	b. En arriendo	2
	c. hipotecada	3
	d. Familiar	4
11. ¿Hace cuántos meses que reside en esta vivienda?		
12. ¿Hace cuántos meses reside en esta ciudad?		

Mini Mental State Examination Modificado (MMSE)

16. Sondear el mes, el día del mes, el año y el día de la semana 1: Si 2: 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 2: No			
a. Árbol			
b. Mesa			
c. Avión			
18. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). 1: Si 2: No			
a. 9			
b. 7			
c. 5			
d. 3			
e. 1			
19. Dar un papel al adulto mayor y pedirle: 1: Si 2: No			
a. Tomarlo			
b. Doblarlo			
c. Colocarlo			
20. Nombrar tres objetos y pedir al adulto mayor repetir en voz alta los que recuerde (en cualquier orden). 1: Si 2: No			
a. Árbol			
b. Mesa			
c. Avión			
21. Pedir al adulto mayor que copie los siguientes gestos: 1: Si 2: No			
El encuestador pone las manos sobre la cabeza y le pide al adulto mayor que repita la acción			
<table border="1"> <tr> <td> <p>VALORES DE MEDICIÓN: Si suma un total de 13 o más, puede continuar. Pero si el puntaje es menor de 13 “ABANDONAR LA ENCUESTA”.</p> </td> <td></td> </tr> </table>		<p>VALORES DE MEDICIÓN: Si suma un total de 13 o más, puede continuar. Pero si el puntaje es menor de 13 “ABANDONAR LA ENCUESTA”.</p>	
<p>VALORES DE MEDICIÓN: Si suma un total de 13 o más, puede continuar. Pero si el puntaje es menor de 13 “ABANDONAR LA ENCUESTA”.</p>			

Escala geriátrica de maltrato

Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor

Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.

	A	B	C	D	E
	Si su respuesta es si pase a B	¿Esto ocurrió...	¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	Quién fue el responsable?	¿Es hombre o mujer?
PARENTESCO					
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...	0 No	1. una vez?	01 un año y menos	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2. Mujer
	1 Si [Ⓡ]	2. pocas veces?	98 no recuerda		
	9 No responde	3. muchas veces?	9. no responde		
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4 ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9 ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10 ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17 ¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22 ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Total	<input type="checkbox"/> /22			Maltrato: Si [Ⓡ] No [Ⓡ]	

Escala 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 cardiaca 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

Ficha de valoración nutricional

I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	III PARÁMETROS DIETÉTICOS
<p>1. Índice de masa corporal 0 = IMC < 19 1 = IMC 19 < 21 2 = IMC 21 ≤ 23 3 = IMC > 23</p> <p>2. Perímetro braquial (cm) 0,0 = < 21 0,5 = 21 a < 22 1,0 = ≥ 22</p> <p>3. Perímetro de pantorrilla (cm) 0 = < 31 1 = > 31</p> <p>4. Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses) 0 = > 3kg 1 = no sabe 2 = 1 a 3 kg 3 = no perdió peso</p>	<p>11. Número de comidas completas que consume al día (equivalente a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p> <p>12. Consume lácteos, carnes, huevos y legumbres Productos lácteos al menos una vez / día Sí No Huevos / legumbres dos a más v/semana Sí No Carne, pescado o aves diariamente Sí No Sí 0 o 1 califica = 0,0 Sí 2 califica = 0,5 Sí 3 califica = 1,0</p> <p>13. Consume frutas y verduras al menos dos veces por día 0 = No 1 = Sí</p> <p>14. ¿Ha comido menos: por pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para deglutir o masticar en los últimos 3 meses? 0 = pérdida severa del apetito 1 = pérdida moderada del apetito 2 = sin pérdida del apetito</p>
II EVALUACIÓN GLOBAL	IV VALORACIÓN SUBJETIVA
<p>5. ¿Paciente vive independiente en su domicilio? 0 = No 1 = Sí</p> <p>6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = Sí 1 = No</p> <p>7. ¿Presentó alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No</p> <p>8. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale de su domicilio</p> <p>9. Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión severa 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos</p> <p>10. Úlceras o lesiones cutáneas 0 = Sí 1 = No</p>	<p>15. Consumo de agua u otros líquidos al día 0,0 = < de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos</p> <p>16. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p> <p>17. El paciente considera que tiene problemas nutricionales 0 = malnutrición severa 1 = no sabe / malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición moderada</p> <p>18. En comparación con personas de su edad, ¿Cómo se encuentra su estado de salud? 0,0 = peor 1,0 = igual 0,5 = no lo sabe 2,0 = mejor</p>
	<p>TOTAL 30 PUNTOS (MÁXIMO)</p> <p>INTERPRETACIÓN: > = 24 puntos: bien nutrido 17 a 23,5 puntos: riesgo de desnutrición < 17 puntos: desnutrido</p>

Abstract

BERMEO GONZALEZ CARLA
CHIMBAY CAJAMARCA MARÍA

Mistreatment is defined as the intentional use of force, in fact, or as a threat, against an elderly person and it is estimated that one out of every ten elderly people in the world has suffered some type of mistreatment. The main objective was to determine the nutritional status and frailty associated with elder mistreatment in the city of Cuenca, with the purpose of establishing public policies, which will contribute to the decrease of elder mistreatment. A non-experimental, quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional and prospective research was carried out with a sample of 195 older adults' ≥ 60 years of age belonging to the city of Cuenca through a non-probabilistic sampling. The results showed that; women predominated with a 61%, rural and urban areas 50%, married 53.5%, secondary academic level 47.1%, medium socioeconomic status 62.3%, with a total global mistreatment of 19.7%, where females showed a significant difference in terms of physical mistreatment ($p = 0.01$), finally nutritional status was positively correlated to frailty in both urban and rural areas (urban $r = 0.67$; rural $r = 0.68$), but there is no relationship of frailty and nutritional status with mistreatment. In conclusion, this research will contribute for future ones and it is recommended that more should be carried out on this issue, mainly on the factors that trigger mistreatment, in order to contribute in establishing public policies that benefit elderly people and help them to manage their age better.

Keywords: abuse, elderly, nutritional status, frailty

Azogues, 21 de marzo de 2022

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO.



Abg. Liliana Urgilés Amoroso, Mgs.
COORDINADORA CENTRO DE IDIOMAS AZOGUES

www.ucacue.edu.ec

**ESTADO
NUTRICIONAL Y
FRAGILIDAD
ASOCIADO AL
MALTRATO AL
ADULTO MAYOR EN
CUENCA**

**Por Carla Estefania Bermeo Gonzalez
María Eugenia Chimbay Cajamarca**

Fecha de entrega: 17/03/2022

Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	3%	2%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Jairo Uriel Ramírez Ramírez, Miguel Oswaldo Cadena Sanabria, Miguel Enrique Ochoa. "Aplicación de la Escala de fragilidad de Edmonton en población colombiana. Comparación con los criterios de Fried", Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2017 Publicación	1%
2	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	1%
3	www.theibfr.com Fuente de Internet	1%
4	María Fernanda Vinueza-Veloz, Yalexis Nuñez-Rivero, María de los Ángeles Leyva-Montero, Izaida Lis Montero-López et al. "Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos", Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2020 Publicación	1%

5	www.eumed.net Fuente de Internet	<1 %
6	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
7	www.oalib.com Fuente de Internet	<1 %
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
9	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Certificado por: Responsable de Titulación,
Carrera Enfermería Azogues



MD. Xavier Yambay Bautista, MGS





El Bibliotecario de la Sede Azogues

CERTIFICA:

Que, **Carla Estefanía Bermeo Gonzalez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302874342** de la Carrera de **Enfermería**, Sede Azogues, Modalidad de estudios presencial no adeuda libros, a esta fecha.

Azogues, **23 de marzo del 2022**


Byron Alonso Torres Romo
Bibliotecario





El Bibliotecario de la Sede Azogues

CERTIFICA:

Que, **María Eugenia Chimbay Cajamarca** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350194049** de la Carrera de **Enfermería**, Sede Azogues, Modalidad de estudios presencial no adeuda libros, a esta fecha.

Azogues, **23 de marzo del 2022**

Byron Alonso Torres Romo
Bibliotecario





Carla Estefania Bermeo Gonzalez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302874342**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca”** 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, 17 de marzo de 2022

F: 

Carla Estefania Bermeo Gonzalez

C.I. 0302874342



María Eugenia Chimbay Cajamarca portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0350194049**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Estado nutricional y fragilidad asociado al maltrato al adulto mayor en Cuenca**” 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, 14 de marzo de 2022

F: 

María Eugenia Chimbay Cajamarca

C.I. 0350194049