



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA
CIES/UNAN-Managua**



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

**ABUSO Y MALTRATO EN ADULTOS MAYORES
QUE ASISTEN A LA CASA DEL ADULTO MAYOR EN CIUDAD SANDINO
MANAGUA. JUNIO 2012**

AUTORA

Melba de la Cruz Barrantes Monge

TUTOR

Pablo Antonio Cuadra

Managua, Diciembre – 2012

**ABUSO Y MALTRATO EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CASA
DEL ADULTO MAYOR EN CIUDAD SANDINO MANAGUA. JUNIO 2012**

DEDICATORIA

A mi Dios todo poderoso a quien le doy gracias por todo las bendiciones que me ha regalado en esta vida.

A mi amado esposo César Augusto Cruz Mena por su amor, compromiso apoyo y comprensión a su familia.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Pablo Antonio Cuadra

A todos los adultos mayores que participaron en este estudio.

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, transversal y relacional; cuyo objetivo general es conocer la situación y factores asociados relacionados con el abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo de Junio del 2012.

Se incluyeron 61 adultos mayores mayor o igual a 60. A cada uno se les realizó una entrevista y cuestionario prediseñado con información personal, datos relacionados a abuso y maltrato, escalas de evaluación funcional y depresión geriátrica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico EpiInfo, se calculó frecuencias, porcentajes como medidas de resúmenes. Para la comprobación de factores de riesgo se utilizaron tablas de contingencia, Odds Ratio (OR) como medidas de riesgo y Chi cuadrado para significancia estadística.

El promedio de edad fue $\bar{X} = 70.75 \pm 7.87$, predominaron las mujeres, escolaridad primaria, estado civil no acompañado y condición socioeconómica mala.

El general los adultos mayores reportaron buena percepción del estado de salud y un buen estado funcional. La mayoría presenta al menos una enfermedad crónica, siendo las más frecuentes osteomusculares y cardiovasculares; también refirieron presentar al menos un síndrome geriátrico, siendo el más frecuente los trastornos de la marcha.

La tasa de abuso y maltrato fue de 70 por cada 100 adultos mayores, el maltrato psicológico fue el más frecuente. Los hijos o hijas maltrataban con mayor frecuencia. Los adultos mayores que no tienen educación ($p=0.030$) y que padecen de enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de sufrir maltrato ($p=0.037$).

CONTENIDO	Página
I. INTRODUCCIÓN:	6
II. ANTECEDENTES:	8
III. JUSTIFICACIÓN:	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	11
1. General:	11
2. Específicos:	11
VI. MARCO DE REFERENCIA:	12
A. <i>Epidemiología del envejecimiento:</i>	12
B. <i>Aspectos Médicos y Geriátricos:</i>	14
C. <i>Aspectos Relacionados al Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor:</i>	14
VII. HIPÓTESIS	19
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	20
IX. RESULTADOS:	22
X. DISCUSIÓN:	24
XI. CONCLUSIONES:	26
XII. RECOMENDACIONES	27
XIII. BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	30

I. INTRODUCCIÓN:

En Nicaragua se ha venido incrementado la población adulta mayor en las últimas décadas, la esperanza de vida para la población nicaragüense se incrementó desde el 2008 (71 años para hombre y 77 años para mujer). Este crecimiento va acompañado de personas con deterioro funcional y mal control de las enfermedades, violencia y maltrato (aún hasta en el núcleo familiar). Situación que se agrava cuando se acompaña a extrema pobreza, malos sistemas de salud y recursos humanos pocos formados para atender esta población en materia de salud.

El abuso y violencia intrafamiliar es una situación que ocurre en todos los países, sin embargo cuando va acompañado de falta de conocimiento de los derechos y pobreza extrema; es una situación que además de ser un problema social se convierte en un problemas médico y mayores gastos en salud individual y del sistema de salud. Está claramente demostrado que el abuso y maltrato en el anciano puede ocasionar depresión, mayor dependencia física e incremento de la polifarmacia.

El abuso y violencia intrafamiliar en adultos mayores ha sido ampliamente estudiado en países desarrollados donde la población está envejecida, sin embargo es un problema que está poco estudiado en nuestro país. Algunas situaciones que hacen difícil estimar la prevalencia son¹: a) algunos casos siguen siendo no reconocidos o informados debido al aislamiento en que se encuentra la víctima, b) aspectos relacionados a la definición del maltrato en adultos mayores, c) negación de la situación por parte de la víctima por temor a represalias, d) las situaciones de violencia ocurren en la mayoría de los casos dentro del seno familiar y esto último hace más difícil detectar los casos, e) la escasa conciencia existente aún entre los profesionales de los servicios socio-sanitario, f) resistencia de los profesionales que trabajan con ellos para informar el maltratado.

Este trabajo de investigación permite conocer la situación de abuso y maltrato en los adultos mayores que acuden a una clínica del adulto mayor de la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en junio del 2012. Dicho estudio pretende servir de referencia para realizar a futuro un estudio Departamental y Nacional sobre esta problemática social y de salud; que recobra gran relevancia en una sociedad donde las altas tasas de natalidad y problemas maternos infantiles están siendo acompañadas con el incremento del envejecimiento poblacional y ascensos de las enfermedades crónicas.

II. ANTECEDENTES:

En un informe suscrito en 1985 por el Comité sobre Envejecimiento de la Cámara de Representantes de Estados Unidos², se estima que anualmente el 4% de la población de ancianos (más de un millón de personas) son atropellados físicamente, emocional y financieramente por familiares y allegados. En una revisión de investigaciones realizadas en ese país, Wolt³ señala que la frecuencia del maltrato físico en los ancianos varía entre el 4 y el 10%. Un estudio nacional sobre maltrato de ancianos, realizado en Canadá⁴ en 1988 mostró que el 4% de los ancianos de ese país habían sufrido recientemente una o más formas de abuso, siendo los más frecuentes los de carácter financiero (2,5 %), verbal (1,4 %) y físico (0,5 %).

Un estudio realizado en México donde se incluyeron 613 personas, reportaron que el maltrato estaba asociado con edad, sexo, estado civil, auto reporte de pobre estado de salud, pérdida subjetiva de memoria, depresión y el estado funcional. Pero no existe asociación entre la escolaridad y la actividad laboral. Utilizando la encuesta de 20 preguntas, la frecuencia obtenida de maltrato fue del 10.28%, siendo el maltrato psicológico el más frecuente (6.20%), seguido del maltrato físico (3.26%), económico (3.26%), negligencia (0.98%) y sexual (0.82%).⁵

En México en la década de los 90's se realizó un estudio exploratorio en los municipios de Cuernavaca, Hermosillo y Villahermosa, con una muestra 3,600 hogares los datos mostraron que el 8.2% de los adultos mayores sufrieron maltrato.⁶

En encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, encontraron que entre el 3 y 6% de las personas mayores de 65 años son víctimas de maltrato físico, psicológico o abandono en forma continua. Es muy difícil hacer estimaciones pero se cree de uno de cada cinco casos se denuncia, debido a que la víctima lo oculta o minimiza el problema.⁷

Pineda Z¹⁶ en su reporte sobre la situación de los Adultos Mayores en Nicaragua publicado en el 2007, en relación al abuso y maltrato señala que no existe bibliografía ni fuentes de registros de Información que puedan revelar denuncias y tipos de maltratos en las personas mayores de 60 años. En el mismo documento menciona que las estadísticas existentes provienen de registros administrativos del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez; que registran un promedio de 700 personas adultas mayores ingresadas en Hogares de larga estadía para el año 2006. Del total de estos casos, reconoce que la situación social que prevalece son los casos de abandono por parte de la familia, lo que permite relacionarlo con el maltrato físico y psicológico recibido. La forma de referencia más común, es a través de denuncias y solicitudes interpuestas por parte de instituciones de salud/ hospitales públicos y la Cruz Roja, siendo estos los lugares más frecuentes donde son abandonados.

III. JUSTIFICACIÓN:

El maltrato en el adulto mayor es un problema social que ha sido reconocido hace pocos años, y no porque no existiera, sino porque siempre ha sido un problema oculto. En muchas ocasiones el adulto mayor no quiere reconocerse como víctima de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento a asilos, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, la familia o el cuidador no va a ayudar a la detección del mismo ya que en la mayoría de los casos son quienes realizan el maltrato.

El maltrato de las personas mayores, en sus diversas formas, tiene serias repercusiones. El físico puede suponer períodos de convalecencia más prolongados que deriven en la muerte. Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave es el aislamiento, la disminución de la autoestima y la sensación de inseguridad, que favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez asociados a la desvinculación y a la falta de proyectos individuales. Desde una mirada económica se advierten los gastos en servicios especializados, sumados a las pérdidas patrimoniales a causa del aprovechamiento y el despojo de fondos de los adultos mayores.

Este estudio nos brinda un panorama de la situación de abuso y maltrato en el adulto mayor que asisten en la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino. Esto sin duda alguna puede servir para estudios a nivel nacional y realizar intervenciones que puedan dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 720: Ley del Adulto Mayor; Artículo 3.

Este estudio será de utilidad para el Ministerio de Familia (MIFAMILIA), Ministerio de Salud (MINSAL), Asociación del Adulto Mayor, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y Población en general; tomando en cuenta que somos una población que está envejeciendo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la situación y cuáles son los factores relacionados con el maltrato al adulto mayor que asisten a la casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino?

De esta pregunta principal se derivan las siguientes preguntas secundarias:

1. ¿Cómo es la percepción de salud de los ancianos?
2. ¿Cuáles son las condiciones médicas crónicas y geriátricas más frecuentes en esta población?
3. ¿Cuál es la frecuencia de abuso y maltrato que los adultos mayores reciben?.
4. ¿Qué tipo de maltrato es el más común?
5. ¿Quién es la persona que agrede con más frecuencia y la relación de parentesco con el adulto mayor?
6. ¿Cuáles son las condiciones asociadas al abuso y maltrato en el adulto mayor?

V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. General:

Conocer la situación y los factores relacionado con el abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente a Junio del 2012.

2. Específicos:

- Determinar las características socio-demográficas de las personas de la tercera edad que participaran en el estudio.
- Evaluar el grado de percepción de salud.
- Indagar las condiciones médicas crónicas y geriátricas más frecuentes en esta población.
- Establecer la frecuencia de abuso o maltrato y precisar el tipo de maltrato más común
- Reconocer quien es la persona que agrede con mas frecuencia y la relación con el adulto mayor
- Analizar condiciones asociadas al abuso y maltrato en la víctima.

VI. MARCO DE REFERENCIA:

A. Epidemiología del envejecimiento:

En América Latina y el Caribe, se ha venido iniciando un proceso de envejecimiento, esto último conlleva a consecuencias económicas y sociales importantes.

La región latinoamericana experimentó apreciables transformaciones sociales y económicas durante la segunda mitad del siglo XX, que han ocurrido de manera diferenciada en los distintos países que la integran. Hasta mediados de la década de 1960, el fuerte decrecimiento de la mortalidad frente a tasas de fecundidad que se mantenían elevadas, produjo altas tasas de crecimiento. Al finalizar el decenio de los 70 comienza a disminuir la tasa de crecimiento de la población, debido principalmente a una baja de la fecundidad. Este fenómeno se extendió a la mayoría de los países y al interior de estos de una manera gradual y estratificada comenzando por los sectores de mayor nivel de escolarización de las áreas urbanas hacia los de menor nivel de instrucción de las zonas rurales.¹⁹

Entre 1980 y 1990 continúa el proceso de Transición Demográfica en todos los países, aunque se alteran algunos aspectos demográficos: composición de la familia, movimientos migratorios, a consecuencia del período de crisis económica que sacude a la región. La tasa de crecimiento de la población promedio anual para ese período fue de 2.1 por ciento, este crecimiento relativamente alto (pese al decrecimiento de la mortalidad y la fecundidad) se explica por el potencial de las cohortes en edad juvenil, cuyos nacimientos ocurrieron en años precedentes de expansión de la natalidad.

Como consecuencia de los cambios señalados se ha producido un incremento del envejecimiento de la población latinoamericana, por lo que este proceso iniciado en los países desarrollados, es ahora un fenómeno del siglo XXI, en tanto afecta a la mayoría de las regiones del planeta, entre las cuales América Latina y el Caribe presentan el cuadro más difícil, con tendencia al incremento en las próximas décadas.

Nicaragua al igual que en todos los países de la región Latinoamericana la proporción y número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en las próximas décadas.

El análisis de la transición demográfica evidencia los rápidos cambios que se produjeron en el perfil de la población nicaragüense en los últimos años. La dinámica que se verifica entre estos cambios y la evolución del perfil epidemiológico permite definir las relaciones causales y los ámbitos de acción de los programas de salud.

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida al nacer en 2002 era de 67,9 años para los hombres y de 72,4 años para las mujeres. Sin embargo, la esperanza de vida saludable (EVISA) —que mide el número equivalente de años que se espera sean vividos con salud completa, es decir, libres de enfermedad— se reduce a 60 años para los hombres (8 años menos) y a 63 años para las mujeres (9 años menos).

Aunque poca información relacionado a los aspectos de envejecimiento, de acuerdo al reporte realizado por Pineda Z en el 2007¹⁶, destaca que según el censo de población del 2005, las personas de 60 y más años representan el 6.1% de la población total, en este grupo de edad la población femenina fue mayor que la masculina. El índice de envejecimiento para el año 2000, fue del 11%, se espera que para el 2025 llegue a 27.1%, cifra que se triplicará en el año 2050.

Así mismo señala que las proyecciones de población indican que para el 2025 las personas de 60 años y más representarán el 7.9% de la población y veinticinco años más tarde el 17.5% de los nicaragüenses serán adultos mayores. Este envejecimiento afectará más a las poblaciones urbanas que a las rurales.

Otros reportes señalan que para el 2015, la población nicaragüense tendrá un índice de dependencia del 65% y un índice de envejecimiento del 22,5%, indicadores que grafican el aumento del peso de la población de adultos mayores y ancianos.²⁰

Varios factores han incidido en el crecimiento poblacional de 60 años o más, entre ellos: a) la disminución de la tasa de mortalidad, b) el envejecimiento de generaciones nacidas en etapas de alta fecundidad en el país, y c) la disminución progresiva de la tasa de fecundidad.

Se puede afirmar que aun cuando el envejecimiento poblacional de Nicaragua no es evidente ni se presenta con cambios dramáticos, se trata de un hecho vigente e irreversible. El envejecimiento tendrá para el país y para las personas que envejecen, implicaciones que tiene que ver con dimensiones socio-demográficas, educativas, económicas, de salud y bienestar, que deben ser objeto de análisis permanente.

De acuerdo a estudios realizados por García A en el 2002¹⁷ y Ascencio C en el 2005¹⁸, Algunas de las características sociodemográficas de las personas mayores de 60 años, son las siguientes:

- Constituyen el 6.2% de la población total, predominando el sexo femenino. Sin embargo en la población adulta mayor rural, se invierte ligeramente la composición por sexo.
- Residen principalmente en las áreas urbana (62%) con un mayor peso del sexo femenino. Los porcentajes más altos de adultos mayores rurales se localizan en el Atlántico, la distribución porcentual es similar para hombres y mujeres.
- Alrededor del 20% de los mayores de 60 años son jefes de hogar. Observándose un alto predominio masculino (63.4%), en las mujeres esta proporción es del 36.6%. Sin embargo en el área rural prevalece la jefatura de hogar femenina.
- En cuanto a su situación de pareja, la mayoría de los hombres cuentan con pareja (71.1%) mientras que la mayoría de las mujeres no (62.7%), teniendo en esto un gran peso la viudez (41.6%).
- Los niveles de analfabetismo en este grupo fue del 52.84%, el 39.32% alcanzó la primaria y solo el 1.2% tiene educación universitaria. La mediana de años de estudios para los hombres adultos mayores es de 1.5, mientras que para las

mujeres es de 0.7 años de estudios. La distribución por sexo establece niveles de analfabetismo similares entre varones y mujeres.

B. Aspectos Médicos y Geriátricos:

En Nicaragua persisten las enfermedades crónicas degenerativas en la población mayor de 60 años. En el periodo comprendido de 1999 al 2003 las tendencias de la tasa y tipos de enfermedades no han variado considerablemente.

Al revisar la prevalencia de enfermedades y sus diferencias por sexo, encontramos en primer lugar las afectaciones del sistema circulatorio con un comportamiento similar para ambos sexos; en segundo lugar las enfermedades del sistema digestivo afectando un poco más al sexo masculino y en un tercer lugar se encuentran las enfermedades del sistema genitourinario para el sexo masculino y para el sexo femenino enfermedades del sistema respiratorio. Es importante mencionar el aumento de las tasas de morbilidad por enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas, y por diabetes Mellitus, los tumores y traumas, las cuales han aumentando considerablemente con predominio del sexo femenino. Estas afecciones son más frecuentes en la población de áreas rurales, las que a su vez presentan menor accesibilidad a los servicios de salud. En relación al género el incremento de morbilidad en las mujeres se asocia al resultado de una salud reproductiva intensa y la carga que implica el manejo del hogar a lo largo de su vida.

La aparición de enfermedades crónicas incrementa el riesgo de discapacidades y dependencia física. La probabilidad de desarrollar 2 o 3 patologías asociadas, incrementa la demanda de servicios de salud y gastos médicos en general por parte del Sistema de salud, las propias personas adultas mayores y sus familias.

C. Aspectos Relacionados al Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor:

Las conductas violentas cuyo desenlace no es la muerte pueden provocar lesiones físicas, sufrimiento y trastornos psicológicos, determinantes de compromiso funcional, discapacidad y minusvalía. A la circunstancia anterior se agrega la relativa debilidad de los registros en la atención médica. En particular los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable frente a los actos violentos; su frecuente situación física, psicológica y económica, la disminución de su capacidad física y su progresivo aislamiento social, conforman una situación de alto riesgo.¹ Los cambios demográficos que actualmente ocurren en Nicaragua, está determinando el aumento progresivo del número absoluto y relativo de los adultos mayores en la población y de los problemas de salud pública que esta nueva situación induce. El abuso y maltrato en los ancianos constituye un creciente problema social y de salud pública.

El abuso o maltrato en el adulto mayor se puede definir como cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de derechos fundamentales de las

¹ Organización Mundial de la Salud. Violencia y Salud. 11ª Reunión Washington, D.C. 1993

personas mayores de 60 años o más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional.²

El tipo de daño que puede ser: físico, psicológico, económico y sexual. Cualquiera de ellos puede ocurrir en distintos contextos, uno de ellos y quizás el más importante es dentro de la familia.³

1) Tipos de abusos y maltrato en las personas mayores:

- Maltrato físico: acciones que, voluntariamente realizadas, provocan o pueden provocar daño o lesiones físicas.
- Maltrato psicológico: acciones —normalmente de carácter verbal— o actitudes que provocan o pueden provocar daños psicológicos.
- Negligencia: abandono o dejación de las obligaciones en los cuidados de una persona.
- Abuso económico: utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona.
- Abuso sexual: cualquier contacto físico no deseado en el que una persona es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

2) Factores de riesgo de los adultos mayores para sufrir abuso y maltrato:

Los factores de riesgo de la violencia, en particular, son variables que ponen al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia las conductas y actitudes violentas.

Es necesario conocer las características de las personas mayores que las pueden poner en una situación de especial riesgo de sufrir maltrato. No obstante, la perspectiva actual es que el hecho de que una persona se encuentre en riesgo de sufrir maltrato se debe más bien a las características del agresor, especialmente a ciertas patologías y a la dependencia psicológica que el agresor mantiene con la víctima, como veremos.⁴

Los factores de riesgo de los adultos mayores son:

Sexo: La gran mayoría de los estudios han encontrado un mayor porcentaje de víctimas entre las mujeres que entre los hombres^{5,6}. Las mujeres representan del 66 al 100% de los casos, según el estudio. Además, parece que son las mujeres las que sufren los casos más graves de maltrato tanto físico como psicológico.

²Guía de Práctica Clínica, Detección y Manejo del Maltrato en Primer Nivel de Atención, México: Secretaría de Salud; 2008

³Iborra Marmolejo I. Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España. Junio 2008.

⁴Pillemer K. Risk factors in elder abuse: result from an case control study, elder abuse: conflict in the family. Archivos Internos de Medicina 1987; 147: 484-8

⁵Cooney, C. y Mortimer, A. "Elder abuse and dementia: A pilot study", International Journal of Social Psychiatry, 4(4): 276-283

⁶Wolf, R. (1997): "Elder Abuse and Neglect: Causes and Consequences", Journal of Geriatric Psychiatry, 30(1): 153-174.

Aislamiento social: Las personas mayores víctimas de maltrato tienen menos contactos sociales.

Además, es común que la víctima conviva únicamente con su agresor, que en muchas ocasiones es el único cuidador. Los porcentajes de víctimas que viven en esta situación varían entre el 52 y el 72% según el estudio.

Dependencia: Aunque no es un resultado universal, numerosos estudios han encontrado deficiencias físicas o cognitivas en las personas mayores víctimas de maltrato. Así, por ejemplo, se ha encontrado un porcentaje de maltrato superior a la media entre las víctimas que presentan Alzheimer (14%).

Depresión: Varios estudios han encontrado que la depresión, las ideas suicidas y los sentimientos de infelicidad, vergüenza o culpabilidad son comunes entre las víctimas (Bonnie y Wallace, 2003; Muñoz, 2004). No obstante, en el caso de la depresión y el aislamiento social, hay un problema común: la dificultad de discernir si son el resultado de la situación de maltrato o si es que las personas mayores con estos problemas son más susceptibles de ser maltratadas.

3) Factores de riesgo para ser un agresor de un adulto mayor

Sexo: Diversos estudios han encontrado diferencias en relación al sexo del agresor. Por tipos de maltrato, parece que las mujeres son responsables especialmente de los casos de negligencia, mientras que los hombres lo son de las formas más extremas de maltrato, así como del maltrato físico y del abuso sexual.

Aislamiento social: Igual que en el caso de las víctimas, ciertas investigaciones sugieren que los agresores tienen problemas con las relaciones sociales, están más aislados y carecen de apoyo social.

Dependencia económica: En muchos casos, los agresores son económicamente dependientes de la víctima para su alojamiento, manutención, transporte y otros gastos.

Esta información parece contradecir la extendida opinión de que las personas mayores son maltratadas cuando son débiles y dependen del cuidado de otros. Lo que sí se observa, sin embargo, en muchos de estos casos es una fuerte interdependencia emocional víctima-agresor.

Psicopatología: Los estudios demuestran, con sorprendente unanimidad, que los agresores de personas mayores presentan más problemas psicológicos y de abuso de sustancias que aquellos cuidadores que no muestran conductas abusivas.

El trastorno psicológico que se ha encontrado más frecuentemente entre los agresores de personas mayores es la depresión.

La gran mayoría de investigadores ha mostrado una alta presencia de abuso de sustancias tóxicas entre los agresores de personas mayores. El abuso de estas sustancias se ha asociado, en concreto, con situaciones de abuso continuado y severo.

Asimismo, es más común entre los agresores que maltratan físicamente (7 de cada 9) que entre los que cometen negligencia (1 de cada 9).

Relación con la víctima: Muy pocos estudios recogen esta variable. Varias investigaciones realizadas en el Reino Unido y Estados Unidos han encontrado un mayor porcentaje de hijos entre los agresores (38-53%), mientras que en otros estudios de Canadá y Estados Unidos es la pareja de la víctima quien la agrede en la mayoría de los casos (42-48%). Lo que sí parece claro es que la pareja y los hijos son los responsables de casi todas las agresiones.

Estrés: Hay evidencia empírica de que el estrés y el llamado síndrome de burnout predicen con mayor claridad la presencia de maltrato de mayores que medidas objetivas como las variables demográficas o el número de tareas que debe desempeñar el cuidador.

Cuidar de un familiar anciano puede ser una importante fuente de estrés para las familias. Además, hay una serie de factores que pueden agravar esta situación, como la escasa información respecto al proceso de envejecimiento, la falta de habilidades de cuidado y unos recursos de apoyo inadecuados. Otra cuestión que incrementa la sensación de carga de los cuidadores es que la persona mayor sea dependiente (física o psíquicamente).

Factores de riesgo socioculturales: Además de las características propias de la víctima y del agresor, hay una serie de factores que pueden estar incidiendo en la presencia del maltrato de mayores. La existencia de una cultura de violencia en la sociedad, la violencia intergeneracional dentro de la familia y actitudes y tradiciones culturales tales como el edadismo, pueden estar sentando las bases para la aparición del maltrato.

La existencia de una cultura violenta: La tolerancia de la violencia por parte de la sociedad en general se hace presente en cuestiones tan dispares como los juguetes de los niños, las películas y los programas de televisión, los deportes o la forma en que las naciones resuelven los conflictos. Esta aceptación o normalización de la violencia hace que ésta impregne nuestras actividades diarias, lo que puede contribuir a la aparición de maltrato.

La violencia intergeneracional dentro de la familia: En algunas familias, la violencia es un patrón de comportamiento habitual. En ellas, las personas aprenden a ser violentas, bien por observación, bien por haber sido ellos mismos víctimas de algún tipo de maltrato. Aquellos miembros de la familia que hayan aprendido a actuar de forma violenta para conseguir sus objetivos pueden reproducir este mismo patrón de comportamiento en sus propias casas.

Algunos autores señalan que entre cónyuges, una historia de violencia puede predecir abusos posteriores.

En todo caso, los pocos estudios que han tratado de confirmar la transmisión intergeneracional de la violencia en el caso del maltrato de mayores no han tenido resultados concluyentes.

El edadismo (ageismo): Las actitudes y estereotipos negativos hacia las personas mayores hacen que, en cierta forma, se les deshumanice. Los estudios muestran que estos estereotipos negativos sobre lo que conlleva la vejez están presentes tanto en la población joven como en las personas mayores. Entre estas ideas se encuentra, por ejemplo, la de que las personas mayores pierden poder y control sobre sus vidas con la edad, así como la percepción de los ancianos como frágiles, débiles y dependientes. Todo esto facilita que otras personas abusen de ellos sin un sentimiento de culpabilidad o remordimiento, y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación.

VII. HIPÓTESIS

H_{1a}: El abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino tiene una prevalencia mayor al diez por ciento

H_{2b}: El tipo de maltrato mas frecuente es el psicológico.

H_{0a}: El abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino tiene una prevalencia no mayor al diez por ciento

H_{0b}: El tipo de maltrato mas frecuente no es el psicológico

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. **Área de estudio:** La casa del adulto mayor en Ciudad Sandino.

b. **Tipo de estudio:** Bietapico.

En la primera fase de tipo **descriptivo y transversal**.

En la segunda etapa **relacional**.

c. **Población de estudio para la prevalencia:**

i. **Población de Estudio:** 61 Adultos mayores con edad mayor o igual a 60 años, inclusive las personas que cumpla esta edad el día de la encuesta y que asistan a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente de junio a julio del 2012

ii. **Criterios de Inclusión**

1. Adultos mayores que brinden su consentimiento informado.
2. Adultos mayores sin deterioro cognitivo

iii. **Criterios de Exclusión:**

1. Adultos mayores que no asistan a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino durante el período de estudio.

d. **Variables del estudio:**

- | | |
|----------------------------------|--|
| - Abuso o maltrato | |
| - Edad | - Estado funcional para actividades básica de al vida diaria |
| - Sexo | - Enfermedades crónicas |
| - Escolaridad | - Problemas geriátricos |
| - Estado civil | - Depresión |
| - Estado socioeconómico | - Polifarmacia |
| - Percepción del estado de salud | |

e. **Técnicas e instrumentos para la para recolectar la Información:** Se elaboró un cuestionario, el que fue llenado a través de una entrevista a cada adulto mayor. Dicha encuesta investiga sobre: a) datos sociodemográficos del adulto mayor, b) enfermedades crónicas, c) condiciones geriátricas, d) estados de ánimo, e) estado funcional del adulto mayor y f) información sobre los diferente tipos de maltrato (físico, psicológico, negligencia, económico y sexual).

Para indagar sobre el tipo de abuso y maltrato, para cada uno de los tipos se incluyeron de cinco o seis preguntas; cuando en adulto mayor respondía de forma

positiva a una o más de ella, será considerada como positivo para maltrato en este aspecto. Este cuestionario es uno de los más utilizados y ha sido validada para población que habla español.

En la misma entrevista y cuestionario se incluyeron la escala de Katz y escala de Depresión Geriátrica (GDS); las cuales han sido validadas y ampliamente estudiadas en adultos mayores. La escala de Katz investiga sobre actividades básicas de la vida diaria como son: baño, vestido (vestirse sin ayuda), alimentación, continencia urinaria y transferencia (deambulación), para cada una de las actividades se evaluaron de cuatro a cinco parámetros; si el encuestado contestaba ayuda para uno o más de ellos se consideró como dependiente. En relación a la escala de Depresión Geriátrica (GDS) se utilizó la escala de quince preguntas, si respondían cinco o más preguntas sugerentes para depresión esta condición se consideraba al adulto mayor con depresión.

- f. **Fuente de información:** Primaria
- g. **Análisis de la información:** Se creó una base de datos el programa estadístico EpInfo.

En la primera etapa la que es de tipo descriptiva y transversal se realizó el siguiente análisis: para las variables **cualitativas** se presentan en tablas y gráficos utilizando Frecuencias y porcentajes como medidas de resumen. Para las variables cuantitativas se estudiaron medidas de Tendencia central.

En la segunda etapa, la que es de tipo relacional: para la comprobar los factores de riesgo se utilizarán tablas de contingencia, OddsRatio (OR) como medidas de riesgo con Chi cuadrado y valor de p para significación estadística ($p < 0.05$).

- h. **Ética:** Se solicitó a cada uno de los participantes la firma del consentimiento informado (ver anexo 2), los adultos mayores quienes tenían la escolaridad adecuada y condiciones físicas para leer el consentimiento lo realizaron de forma individual y brindaban su autorización. A los adultos mayores que tenían limitante por su nivel de escolaridad o en su capacidad física (por ejemplo: problemas visuales); el encuestador en presencia del encargado de la casa del adulto mayor, leyó y explicó todo lo relacionado a la participación de dicho estudio, para posteriormente proceder a las firma del documento. Los nombres de las personas que participaron en el estudio no se darán a conocer y los resultados únicamente serán utilizados para fines académicos. Como parte del compromiso con los participantes los resultados de este estudio ha sido presentado en una plenaria a los adultos mayores.

IX. RESULTADOS:

Situación socio-demográfica:

En este estudio se incluyeron 61 adultos mayores, la edad constituida por $\bar{x} = 70.75 \pm 7.87$, moda (Mo)=65 años.

El sexo predominante fueron las mujeres que representaron un 80.3% de la población en estudio (n=49).

El 63.9% (n=39) cursaron escolaridad primaria y el 18% (n=11) no cursaron ninguna escolaridad.

El 70.5% (n=43) adultos mayores refirieron estar solos (soltero, viudo u otra condición sin compañero o compañera de vida).

La mayoría de ellos expresaron tener una condición socioeconómica mala (75.4%, n=46). (Tabla 1)

Percepción del estado de salud:

El 54% (n=33) reportaron una buena percepción del estado de salud bueno y el 45.9% (n=28) reportaron que era mala. (Tabla 2)

Estado Funcional (evaluación de Katz modificado):

En la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria, 55.7 pacientes presentaron dependencia funcional que representan el 39.3% de toda la población estudiada. (Tabla 2)

Condiciones médicas y geriátricas:

El 85.24% (n=52) presentan al menos una enfermedad crónica (Tabla 3), de estos últimos el 65.6% (n=40) presentaban dos o más de ellas.

La enfermedad crónica mas común en orden de frecuencia fueron la osteomuscular y cardiovascular presentes en un 67.2% de la población y endocrinológicas presentes en el 26.2% de las mismas.

Por otra parte el 72.1% (n=44) de la población en estudio presentaban síndromes geriátricos (Tabla 3); siendo los mas frecuentes los trastornos de la marcha con un 49.2% (n=30), seguido de las trastornos de la movilidad que incluye caídas 39.3% (n=24) y la incontinencia urinaria 21.3% (n=13).

El 50.8% (n=31) de la población en estudio refirieron presentar más de un síndrome geriátrico.

Frecuencia de abuso y maltrato:

La Tasa de abuso y maltrato en los adulto mayores que acuden en la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino fue de 43 por cada 100 adultos mayores.

Entre los que perciben abuso y maltratos, el más común fue el psicológico (88.3%, n=38), seguido de la negligencia (46.5%, n=20), el económico (25.6%, n=11) y el maltrato físico (16.3%, n=7). Grafico 1 y 2.

El 42.6% de los adultos mayores que reportaron maltrato refirieron haber recibido más de uno de los tipos de maltrato.

En el grupo de los adultos mayores que fueron maltratados (n=43), la persona que mas frecuentes maltrataba a los adultos mayores en orden de frecuencia fueron: hijo o hija (51.2%, n=22), vecino o vecina (32.56%, n=14), nieto o nieta (30.2%, n= 13), yerno o nuera (23.2%, n=10), conyugue o compañero (a) (11.6%, n=5) e hijastro (a), hermano (a), sobrino (a) y compañero de la casa del adulto mayor (2.32%, n=1) respectivamente. (Tabla 4).

El 90.7% (n=39) de la población maltratada presentaban enfermedades crónicas y el 76.7% (n=33) presentaban síndromes geriátricos. (Tabla 5).

Condiciones del adulto mayor que se encuentran asociadas al abuso y maltrato en el adulto mayor:

En el análisis de asociación entre las variables se encontraron los siguientes resultados:

Los adultos mayores que no tienen educación tienen 4.46 veces probabilidad de presentar un maltrato (IC 95%: 1.14-17.39, p=0.030).

Los adultos mayores que padecen de una o más enfermedades crónicas tienen 11.47 probabilidad de sufrir maltrato (IC 95%: 1.15-114.08, p=0.037).

Las variables edad, sexo (mujer), estado civil (solo), la mala percepción del estado de salud, el mal estado de animo y el presentar al menos un síndrome geriátrico no tuvieron significancia estadística en el análisis multivariado. (Tabla 6).

X. DISCUSIÓN:

Nicaragua es en su mayoría población joven, sin embargo se puede afirmar que al igual que muchos países de América Latina la población adulta mayor va incrementando, y junto con ello se elevan los problemas sociales y de salud; entre ellos el abuso y maltrato de esta población.

A como lo describe la literatura, en la población adulta mayor la proporción de mujer versus hombre es mayor, en este estudio la relación mujer: hombre es de 4:1. Esto es una de las razones por la cual la mujer es el grupo más maltratado cuando se compara con la población masculina. Este resultado coincide con lo publicado por Cooney C and Mortimer A en 1995; y por Wolf R en 1997.

En relación al abuso y maltrato la frecuencia de este último en este estudio es de 70.5%, esta información constituye seis a diez veces más que lo referido en otros reportes; así por ejemplo el Comité de Envejecimiento en 1995 señaló que anualmente la frecuencia es de un 4%, en México Rodríguez G and Rosas R identificaron una frecuencia 10.28%⁵, sin embargo este porcentaje es mayor que el obtenido en la década de los 90's en el mismo país⁶, por otra parte la frecuencia del abuso y maltrato en los adultos mayores en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido⁷ es aún menor que el reportado en México. Este dato se puede deber a que el tema del adulto mayor en estos países (incluyendo el abuso y maltrato) es y ha sido un tema de interés social y de salud pública desde hace muchas décadas atrás, lo que difiere de nuestro país que a pesar de tener una Ley que protege al adulto mayor; está aún sigue siendo desconocida para la población nicaragüense y sigue sin cumplirse lo establecido por las autoridades competentes. Otro aspecto a señalar es que el corte de edad que se utiliza en mucho de los estudios antes mencionados para considerar adulto mayor a la persona es de 65 años. Sin dejar de mencionar que también en nuestro país los adultos mayores continúan viviendo con la familia, muchas veces en condiciones de extrema pobreza y situaciones económicas precarias.

Por otra parte el tipo de abuso y maltrato más común fue el psicológico estos resultados que coinciden con los resultados del estudio en México cuya frecuencia fue del 6,2% por Rodríguez y Rosas⁵; sin embargo es distinto a los reportes realizados en países desarrollados como Canadá cuyo tipo de abuso y maltrato más frecuente es el económico (financiero)⁴. La semejanza entre nuestros resultados y el estudio de México se puede deber a la similitud cultural entre ambos países, así mismo los problemas socio-económicos (aunque en Nicaragua se encuentren un mayor grado de pobreza). La negligencia que puede ser considerada como un abandono o dejar de cumplir las obligaciones de cuidados en el adulto mayor es también una forma de maltratar frecuente en la población estudiada, igual que lo que ocurre en los países desarrollados; donde el cuidado de la población adulta mayor no la asume la familia. Esta situación en nuestro país y específicamente en la población evaluada puede deberse al desempleo, pobreza extrema, familias con población dependiente alta; variables que no fueron estudiadas ni consideradas en este estudio.

La persona que mas proporciona maltrato a los adultos mayores son los hijos, esto coincide con los estudios realizados en distintos países, usualmente son los hijos o hijas las que asumen el cuidado de los padres; lo que se encuentra mas acentuado en nuestra sociedad. Sin embargo es importante señalar que otros grupo que maltratan son los nietos o nieta, yerno o nuera, y conyugue o compañero; estos tres últimos también muchas veces residen en el mismo lugar que el adulto mayor que coincide con lo establecido en la literatura donde el agresor convive con la víctima y llega a alcanzar hasta proporciones de un 52 a un 71%.

Hay muchos factores relacionadas al agresor que no se incluyeron en este estudio, no obstante tomando de referencia el lugar donde se desarrollo el estudio (Municipio de Ciudad Sandino) es catalogado como uno de los sitios con alta prevalencia de violencia intrafamiliar especialmente en las mujeres^{14,15},y en general; la que se puede considerar como una zona con cultura de violencia.

Finalmente los factores asociados a abuso y maltrato en los adultos mayores fueron: la ausencia de educación y la presencia de enfermedad crónica con una confiabilidad ($p=0.03$); este resultado es diferentes a lo reportado en otros estudios lo que señalan como factores de riesgos factores sociodemográficos como pertenecer al sexo femenino, la funcionalidad con mayor riesgos de maltrato las personas dependientes, el estado de animo (los deprimidos).En este reporte no se investigó sobre los factores de riesgos del agresor, que sin duda podrían ser factores asociados abuso y maltrato tomando en cuenta los grupos de personas que mas maltrataban.

XI. CONCLUSIONES:

1. Se aceptan las hipótesis planteadas, el abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino es mayor al diez por ciento y el tipo de maltrato mas frecuente es el psicológico.
2. La población adulta mayor estudiada son predominantemente femenina, con escolaridad primaria, mala condición socioeconómica y sin compañero o compañera de vida (soltero o viudo)
3. La mayoría de la población adulta mayor refirieron tener una buena percepción del estado de salud.
4. Las enfermedades crónicas mas frecuentes fueron las enfermedades osteomusculares y cardiovasculares, seguidas de las enfermedades endocrinológicas. Así mismo las condiciones geriátricas mas frecuentes fueron los trastornos de la marcha, las caídas y la incontinencia urinaria.
5. La prevalencia de abuso y maltrato en adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor es alta (mayor al 10%) y el tipo de maltrato mas común fue el de tipo psicológico seguido de la negligencia y el maltrato económico.
6. La persona que mas frecuentes maltrataba a los adultos mayores en orden de frecuencia fueron: hijo o hija, vecino o vecina, nieto o nieta, yerno o nuera, conyugue o compañero (a).
7. La presencia de enfermedades crónicas y la escolaridad nula constituyen un factor de riesgo para recibir abuso o maltrato en este grupo de población.

XII. RECOMENDACIONES

1. Educación a los adultos mayores y sus familias de este problema social, los factores de riesgo para padecerlos y estrategias para tratar y reducirlo.
2. La casa del adulto mayor además de ser un lugar de intercambio entre pares, debe convertirse en un espacio donde se trabaje de forma integral y que incluya los aspectos sociales y médicos; con la participación del adulto mayor y la familia para prevenir el abuso y maltrato.
3. Tomando en cuenta que un adulto mayor con una enfermedad crónica tiene once veces más probabilidad de sufrir maltrato, la casa del adulto mayor puede proporcionar actividades físicas como un componente de estilos de vida saludable, con el objetivo de controlar y disminuir los síntomas de las enfermedades crónicas.
4. Relacionado con la recomendación anterior, el Ministerio de Salud se debe realizar protocolos de manejo para controlar y mejorar los síntomas de las enfermedades crónicas más frecuente en este grupo, de tal manera que se trate de forma adecuada sus padecimientos sin incrementar la polifarmacia y deterioro de la calidad de vida (incluyendo el abuso y maltrato).
5. Desde ahora la población joven debe ir trabajando en los aspectos educativos relacionado con el abuso y maltrato, el envejecimiento, las enfermedades crónicas y los cambios de estilos de saludables.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez G, Yuste A, Aranda María. Malos Tratos a los Adultos Mayores. 2006. En línea. Disponible en: <http://www.portalmayores.csic.es/documentos/documentos/oms-informemaltrato-01.pdf> Fecha de consulta: 17/06/2012
2. U.S. House of Representatives, Select Committee on Aging, Subcommittee on Health and Long Term Care. Elder Abuse. A National Disgrace. U.S. Printing Office. Publication No. 99-502. 1985
3. Wolf, R.S. Maltrato en el Anciano. In: La Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa. E. Anzola-Pérez (edit.). Publicación Científica de la OPS. Washington, D.C. 1993.
4. Podnieks, E., Pillemer, K., and Nicolson, J.P. National Survey on the Abuse of the Elderly in Canada. Ryerson Polytechnic Institute. Toronto. 1989. Cited by Wolf, Ibid.
5. GuiraldoRodríguez Lilianaand Rosas Carrascos O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. GeriatrGerontolInt 2012. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
6. Fernández AM. Malos tratos a los ancianos. Grupo de Salud mental del PAPPS – 2002
7. Sellas MI. Eder abuse. Department of Emergency Medicine, Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital/Massachusetts General Hospital Harvard Medical School. 2004
8. Organización Mundial de la Salud. Violencia y Salud. 11ra Reunión Washington, D.C. 1993
9. Guía de Practica Clínica, Detección y Manejo del Maltrato en Primer Nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; 2008
10. Iborra Marmolejo I. Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España. Junio 2008.
11. Pillemer K. Risk factors in elder abuse: result from a case control study, elder abuse: conflict in the family. ArchivosInternos de Medicina 1987; 147: 484-8
12. Cooney, C. y Mortimer, A. "Elder abuse and dementia: A pilot study", International Journal of Social Psychiatry 1995; 4(4): 276-283

13. Wolf, R. (1997): "Elder Abuse and Neglect: Causes and Consequences", Journal of Geriatric Psychiatry 1997;30(1): 153-17
14. Largaespada M. Alarma contra Violencia de Mujeres en Ciudad Sandino. En: La Prensa, sección Nacionales. 09 de julio del 2011. Disponible en: <http://www.laprensa.com.ni/2011/07/09/nacionales/66145-alarma-violencia-contra-mujeres>. Fecha de Consulta: 10/10/2012
15. Escobar J. Violencia Intrafamiliar se ensaña contra mujeres de Ciudad Sandino. En: El Nuevo Diario, sección Nacional. 09 de julio del 2011. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/107267>. Fecha de Consulta: 10/10/2012
16. Pineda Z. Situación Actual del Adulto Mayor en Nicaragua. Documento Ejecutivo. Nicaragua 2007. Disponible en: http://www.unfpa.org.ni/files/titulo/1314724148_Situacion%20del%20Adulto%20Mayor.pdf. Fecha de Consulta: 29/10/2012)
17. García, Alma. Características Sociodemográficas de las personas Adultas Mayores en Nicaragua. INEC/UNFPA. Nicaragua, 2003.
18. Ascencio, Cefas. Diagnóstico De La Población Adulta Mayor en Nicaragua. . Ministerio de la Familia. Nicaragua 2005.
19. Chackiel J, Martínez J. Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950. Plenaria III. Ciudad de México: Palacio de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM., 23 al 26 de marzo de 1993
20. Di Cesari M. Interacciones entre transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua: Implicancia para las políticas públicas de salud. CEPAL Serie: Población y Desarrollo 2007, número 79. Disponible en: <http://books.google.com.ni/books?id=OVnTZqt4z1sC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Mariachiara+Di+Cesare,+CELADE+%28Organization%29,+Divisi%C3%B3n+de+Poblaci%C3%B3n,+Economic+Commission+for+Latin+America+and+the+Caribbean,+United+Nations%22&hl=es&sa=X&ei=Ty8KUdTqHO-x0QG2ooDYAw&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false> Fecha de consulta: 12/12/12

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variables Independientes	Definición Operacional	Indicador	Valores Categorías	Escala
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Expediente	años	Cuantitativa continua
Sexo	Se refiere a la condición fenotípica de sus genitales	Expediente	0: Mujer 1: Hombre	Nominal dicotómica
Estado Civil	Condición que se refiere a la presencia o no de compañía o cónyuge	Encuesta	0: Solo (incluye viudo, soltero o nunca casado) 1: Acompañado (incluye unión de hechos estable o casado)	Nominal
Escolaridad	Años de estudios cursados	Encuesta	0: Ninguna 1: Primaria 2: secundaria 3: Superior	Nominal
Condición Económica	Situación económica de la personas al momento del estudio.	Encuesta	0: Mala (ingreso menor a 50 dólares al mes), 1: Media (ingresos 51 a 199 dólares al mes), 2: Buena (ingresos mayores o iguales a 200 dólares),	Ordinal
Percepción del Estado de Salud	Acto o acción de percibir su condición de salud.	Encuesta	0: Mala 1: Buena	Nominal
Estado funcional	Situación de la persona de realizar sus actividades básica	Escala de Katz	0: Dependiente: Asistencia a una o más de las actividades básicas de la vida diaria 1: Funcional: Escala de Katz con el puntaje máximo	Nominal dicotómica

Variables Independientes	Definición Operacional	Indicador	Valores Categorías	Escala
Enfermedad crónica	Presentar una condición médica o mental que para su control requiere tratamiento por un periodo igual o mayor a tres meses. Incluye todas las enfermedades de cualquier órgano, aparto o sistema.	Expediente	0: Ninguna enfermedad 1: Enfermedad cardiovascular 2: Enfermedad pulmonar 3: Enfermedad osteo - muscular 4: Enfermedad gastrointestinal 5: Enfermedad psiquiátrica 6: Enfermedad metabólica 7: Enfermedad neurológica 8: Trastornos sensoriales	Nominal
Síndrome geriátrico	Condición del adulto mayor que afecta principalmente su estado funcional, cognitivo y afectivo. Que no precisa ser secundario a un problema médico. Incluye: caídas, incontinencia urinaria y/o fecal, trastornos de la marcha, estreñimiento	Encuesta	0: Ninguna condición 1: Caídas 2: Trastornos de la marcha (incluye caídas) 3: Incontinencia urinaria y/o fecal 4: Estreñimiento 5: Polifarmacia	Nominal
Estado de animo (tristeza/depresión)	Se refiere a la condición de alteración del estado de ánimo, esto incluye tristeza y depresión.	GDS	0: Buen estado de ánimo: GDS de 0 a 2 puntos. 1: Mal estado de ánimo: GDS de 3 a 5 puntos.	Nominal
Polifarmacia	Se refiere a la toma de dos o mas medicamentos de forma simultanea	Expediente	0: No 1: Si	
Maltratador-Agresor	Persona que causa el daño físico, psicológico, económico, negligencia o sexual	Encuesta	1: Cónyuge o Compañero (a) 2: Hijo (a) 3: Hijastro (a) 4: Hermano (a) 5: Hermanastro (a) 6: Nieto (a) 7: Bisnieto (a) 8: Tío (a) 9: Sobrino (a) 10: Primo (a) 11: Nuera, yerno 12: Cuñado (a)	Nominal

Variables Independientes	Definición Operacional	Indicador	Valores Categorías	Escala
			13: Concuño (a) 14: Ahijado (a) 15: Compadre, comadre 16: Familiar, pariente, pariente lejano, otro parentesco 17: Huésped 18: Inquilino (a) 19: Vecino (a) 20: Cuidador (a) 21: Otra persona no familiar 99: No responde	
Tipo de Maltrato	Clasificación de acuerdo al daño u omisión que los adultos mayores reciben.	Encuesta	1: Físico 2: Psicológico 3: Económico 4: Negligencia 5: Sexual	Nominal Categórica
Abuso o Maltrato	Acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de derechos fundamentales de las personas mayores de 60 años o mas		0: No 1: Si	Nominal Categórica

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del protocolo: ABUSO Y MALTRATO EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CASA DEL ADULTO MAYOR EN CIUDAD SANDINO EN EL JUNIO DEL AÑO 2012.

Investigador principal: Melba Barrantes Monge

Sede donde se realizará el estudio: Ciudad Sandino, Casa del Adulto Mayor.

Nombre del Adulto Mayor: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. La actividad física mejora la calidad de vida de las personas, disminuye su funcionalidad y también genera una sensación de bienestar. En Nicaragua se poseen pocos espacios y condiciones para practicar cualquier tipo de actividad física. El tai chi que es una arte marcial chino y que ha demostrado tener buenos resultados en población adulta mayor, sin embargo en Nicaragua poco se conoce de esta práctica, por lo que estamos desarrollando una investigación donde se demuestre el impacto de esta actividad en nuestro país y nuestras condiciones.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo: Determinar la prevalencia del abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el primer semestre del año 2012. .

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Principalmente los adultos mayores, principalmente los que acuden a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino, las familias de estos últimos y la sociedad en general para reducir este flagelo como lo es el maltrato.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, como antecedentes médicos.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO: Ninguno.

6. ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad del Centro de Investigación de Estudios de la Salud (CIES) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. En caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio a través de:

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 3

CUESTIONARIO ESTUDIO

ABUSO Y MALTRATO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR QUE ASISTE A LA CASA DEL ADULTO MAYOR EN CIUDAD SANDINO

I. Datos Generales:

Favor marcar con una x donde corresponda:

- a) Edad: _____(en años cumplidos)
- b) Sexo: () Hombre, () Mujer
- c) Escolaridad:
 - () Ninguna
 - () Primaria
 - () Secundaria
 - () Superior
- d) Estado civil:
 - () Acompañado (incluye unión de hecho estables y casado)
 - () Solo (Incluye soltero y viudo)
- e) Condición económica:
 - () Mala, menor de 50 dólares al mes,
 - () Media, de 51 a 199 dólares,
 - () Buena, mayor o igual a 200 dólares

II. Percepción del estado de salud: ()Buena () Mala

III. Escalas de Valoración Geriátrica:

- a) Funcionalidad
Escala de Katz: _____ puntos
- b) Escala de depresión geriátrica GDS: _____ puntos

IV. Problemas geriátricos:

- i. Ninguna ()
- ii. Trastorno de la marcha y caídas ()
- iii. Trastornos de la marcha ()
- iv. Incontinencia urinaria y/o fecal ()
- v. Estreñimiento ()
- vi. Polifarmacia ()

V. Enfermedades crónicas:

- | | | |
|-------|-----------------------------|------------------|
| i. | Ninguna | () |
| ii. | Enfermedad cardiovascular | () ¿Cuál? _____ |
| iii. | Enfermedad pulmonar | () ¿Cuál? _____ |
| iv. | Enfermedad osteomuscular | () ¿Cuál? _____ |
| v. | Enfermedad gastrointestinal | () ¿Cuál? _____ |
| vi. | Enfermedad psiquiátrica | () ¿Cuál? _____ |
| vii. | Enfermedad metabólica | () ¿Cuál? _____ |
| viii. | Enfermedad neurológica | () ¿Cuál? _____ |
| ix. | Trastornos sensoriales | () ¿Cuál? _____ |

VI. Escala de Detección de Maltrato:

En el último año..

A. FISICO

1. ¿Le han golpeado?
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?
4. ¿Le han aventado algún objeto?
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?

B. PSICOLOGICO

6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?
8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?
9. ¿Le han hecho sentir miedo?
10. ¿No han respetado sus decisiones?
11. ¿Le han prohibido salir o que la visiten?

C. NEGLIGENCIA

12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?

D. ECONOMICO

16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?
17. ¿Le han quitado su dinero?
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted elpropietario de su casa o de alguna otra propiedad?

E. SEXUAL

21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?

22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?

¿Quién fue el responsable del maltrato?

1 = Cónyuge o Compañero (a)

2 = Hijo (a)

3 = Hijastro (a)

4 = Hermano (a)

5 = Hermanastro (a)

6 = Nieto (a)

7 = Bisnieto (a)

8 = Tío (a)

9 = Sobrino (a)

10 = Primo (a)

11 = Nuera, yerno

12 = Cuñado (a)

13 = Concuño (a)

14 = Ahijado (a)

15 = Compadre, comadre

16 = Familiar, pariente, pariente lejano, otro parentesco

17 = Huésped

18 = Inquilino (a)

19 = Vecino (a)

20 = Cuidador (a)

21 = Otra persona no familiar

99 = No responde

ANEXO 4

Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (Katz Modificado)	
Actividad	Guía para evaluación I:2 A:1 D:0
Bañarse	<p>I: Se baña completamente sin ayuda o recibe ayuda solo para una parte del cuerpo (Ejemplo: espalda)</p> <p>A: Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir del baño o tiene auxiliares especiales en este último</p> <p>D: Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo</p>
Vestirse	<p>I: Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye atarse los zapatos</p> <p>A: Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido</p> <p>D: Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo</p>
Apariencia Personal	<p>I: Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda.</p> <p>A: Necesita ayuda para peinarse o afeitarse</p> <p>D: Completamente incapaz de cuidar su apariencia</p>
Usar el Inodoro	<p>I: Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajusta su ropa, limpia sus órganos de excreción, usa orinal solo en la noche</p> <p>A: Recibe ayuda para acceder y usar el inodoro, usa orinal regularmente.</p> <p>D: Completamente incapaz de usar el inodoro</p>
Continencia	<p>I: Micción/defecación autocontroladas</p> <p>A: Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regular de orinales.</p> <p>D: Usa catéter o colostomía</p>
Trasladarse	<p>I: Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica</p> <p>A: Necesita ayuda humana o mecánica</p> <p>D: Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado</p>
Caminar	<p>I: Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón</p> <p>A: Necesita asistencia humana/andador, muletas</p> <p>D: Completamente incapaz de caminar, necesita ser levantado</p>
Alimentarse	<p>I: Capaz de alimentarse completamente a sí mismo</p> <p>A: Necesita ayuda para cortar o untar a algún alimento</p> <p>D: Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral</p>

ANEXO 5

Tabla 1: Situación socio-demográfica de los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente a junio del 2012

Características Sociodemográficas	n=61	%
Edad	$\bar{X} = 70.75 \pm 7.87$ años	
Sexo		
<i>Mujer</i>	49	80.3
<i>Hombre</i>	12	19.7
Escolaridad		
<i>Ninguno</i>	10	16.4
<i>Primaria</i>	40	65.6
<i>Secundaria</i>	10	16.4
<i>Superior</i>	1	1.6
Estado civil		
<i>Acompañado</i>	18	29.5
<i>Solo</i>	43	70.5
Condición socio-económica		
<i>Mala</i>	46	75.4
<i>Regular</i>	2	3.3
<i>Buena</i>	13	21.3

Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012

Tabla 2. Situación Geriátrica de los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente a junio del 2012

Evaluación Geriátrica	n=61	%
Percepción del Estado de Salud		
<i>Buena</i>	33	54
<i>Mala</i>	28	46
Estado de animo (tristeza)		
<i>Malo</i>	35	57.4
<i>Bueno</i>	26	42.6
Polifarmacia		
<i>Si</i>	33	54
<i>No</i>	28	46
Estado funcional (Actividades básicas de la vida diaria) Katz modificada		
<i>Funcional</i>	37	60.5
<i>Dependiente</i>	34	39.3

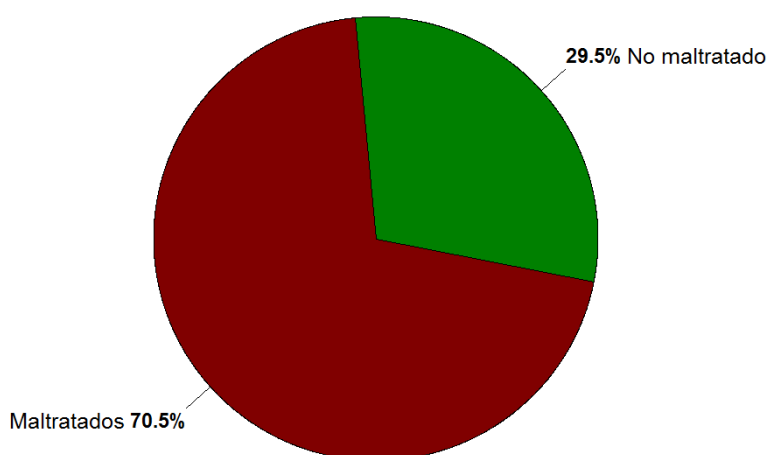
Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012

Tabla 3. Enfermedades crónicas y síndromes geriátricos en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente a junio del 2012

Condición de Salud	Adultos Mayores que asisten a la casa del adulto mayor	
	n=61	%
Enfermedades crónicas		
<i>Si</i>	52	85.2
<i>No</i>	9	14.8
Síndromes Geriátricos		
<i>Si</i>	44	72.1
<i>No</i>	17	27.9

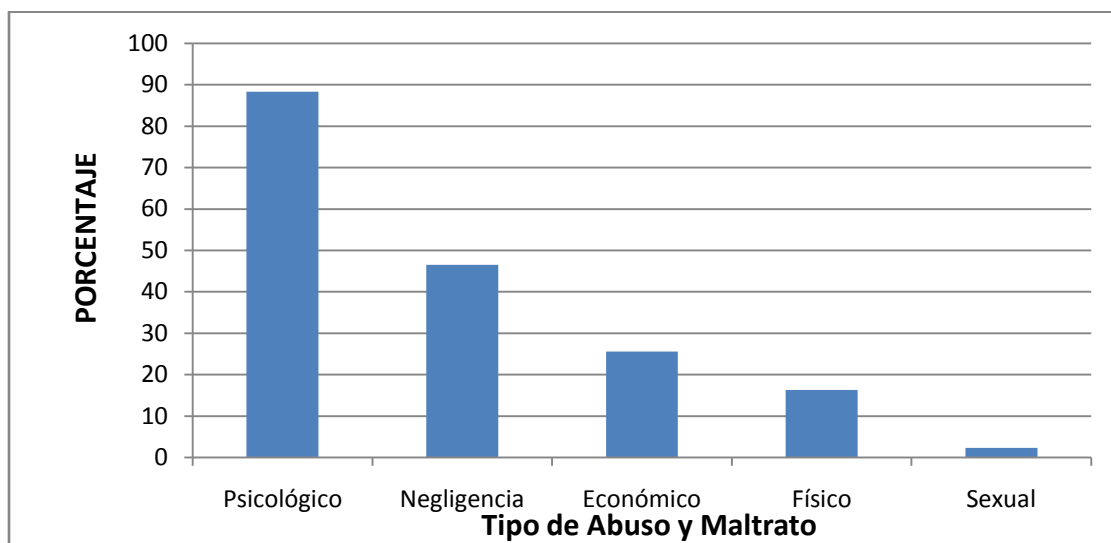
Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012

Grafico 1. Abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012



Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012

Grafico 2. Distribución del tipo de abuso y maltrato en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012 (n=43)



Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012

Tabla 4. Frecuencia de la persona que más abusa y maltrata a los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente a junio del 2012

Persona que proporciona e abuso y maltrato a los Adultos Mayores	Adultos Mayores que sufrieron Abuso o Maltrato	
	n = 43	%
<i>Hijo o hija</i>	22	51.2
<i>Vecino o vecina</i>	14	32.6
<i>Nieta o nieto</i>	13	30.2
<i>Yerno o nuera</i>	10	23.25
<i>Conyugue o compañero (a)</i>	5	11.62
<i>Hermano o hermana</i>	1	2.32
<i>Hijastro o hijastra</i>	1	2.32
<i>Sobrino o sobrina</i>	1	2.32
<i>Compañero(a) de la Casa del Adulto Mayor</i>	1	2.32

Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012

Tabla 5. Enfermedades crónicas y síndromes geriátricos en los adultos mayores que sufren abuso y maltrato, que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente a junio del 2012

Condición de Salud	Adultos Mayores que sufren abuso y maltrato	
	n=43	%
Enfermedades crónicas		
<i>Si</i>	39	90.7
<i>No</i>	4	9.3
Síndromes Geriátricos		
<i>Si</i>	33	76.7
<i>No</i>	10	23.3

Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012

Tabla 6. Resultado de la relación entre abuso y maltrato en los adultos mayores que sufren abuso y maltrato y que asisten a la casa del adulto mayor en Ciudad Sandino en el periodo correspondiente a junio del 2012

Variables	Odds ratio	95% Intervalo de Confianza	Valor de p
<i>Edad</i>	0.95	0.86-1.06	0.424
<i>Sexo (mujer)</i>	4.65	0.44-48.52	0.199
<i>Estado civil (solo)</i>	0.40	0.09-1.67	0.213
<i>Escolaridad (no)</i>	4.46	1.14-17.39	0.030
<i>Percepción del estado de salud (malo)</i>	0.53	0.11-2.41	0.415
<i>Estado de animo (malo)</i>	1.49	0.35-6.37	0.583
<i>Estado funcional (funcional)</i>	0.70	0.15-3.19	0.652
<i>Enfermedad crónica (si)</i>	11.47	1.15-114.08	0.037
<i>Síndrome geriátrico (si)</i>	3.02	0.54-16.90	0.207

Fuente: Encuesta Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor que Asiste a la Casa del Adulto Mayor en Ciudad Sandino, Junio del 2012