

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR. UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA “LA LAGUNA” CHALATENANGO. FEBRERO – MAYO 2023.

Presentado por:

CARMEN BEATRIZ LÓPEZ BERRIOS

KEVIN ALEXIS LÓPEZ RAMÍREZ

JORGE RENÉ LÓPEZ TURCIOS



Para optar al grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesora:

DRA. CELINA YOLANDA DÍAZ GARCÍA

Ciudad universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, octubre 2023.

I. CONTENIDO

II. RESUMEN	5
III. INTRODUCCIÓN	6
IV. OBJETIVOS.....	8
V. MARCO TEÓRICO	9
5.1 Características demográficas de El Salvador	9
5.2 Tipos de maltrato en el adulto mayor.....	11
5.3 Factores asociados al maltrato en el adulto mayor.....	14
5.4 Características sociodemográficas del abusado y del abusador.....	15
5.5 Abuso en el adulto mayor con demencia	19
5.6 Estilos de vida.....	20
5.7 Beneficios de participar en un grupo de autoayuda	21
5.8 Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.....	22
5.9 Políticas, estrategias nacionales, planes de acción, leyes y reglamentos no discriminatorios en el adulto mayor.....	24
5. 10 Derechos fundamentales de las personas adultas mayores.....	26
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
6.1 Tipo de investigación	28
6.2 Área de estudio	28
6.3 Universo.....	28
6.4 Muestra.....	28
6.5 Fuentes de información.....	30
6.6 Técnica de obtención de información.....	30
6.7 Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos.....	30
6.8 Procesamiento y análisis de información	31
6.9 Consideraciones éticas	31
6.10 Operacionalización de variables.....	33
VII. RESULTADOS.....	36
VIII. DISCUSIÓN.....	51
IX. LIMITANTES.....	54

X. CONCLUSIONES	55
XI. RECOMENDACIONES	57
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
XIII. ANEXOS.....	65
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.	65
Anexo 2. Documento de consentimiento informado para pacientes adultos mayores que asisten a la Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango.....	70
Anexo 3. Notificación de trámite de autorización del centro donde se realizó el estudio.....	74
Anexo 4: Correspondencia de recibido de la copia del trabajo donde se realizó el estudio.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1: Edad de la población en estudio.....	36
Tabla No 2: Sexo de la población en estudio.....	36
Tabla No 3: Pertenencia a programa para adulto mayor.....	39
Tabla No 4: Adultos mayores que pertenecen a un club.....	40
Tabla No 5: Apoyo al adulto mayor.....	40
Tabla No 6: Lesiones o trauma como motivo de consulta.....	44
Tabla No 7: Factores de nocivos de los adultos mayores.....	47
Tabla No 8: Adultos mayores que han recibido maltrato según Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No 1: Estado civil de la población en estudio.....	37
Gráfico No 2: Nivel educativo de la población en estudio.....	37
Gráfico No 3: Ocupación de la población en estudio.....	38
Gráfico No 4: Religión de la población en estudio.....	39
Gráfico No 5: Principales fuentes de apoyo del adulto mayor.....	41
Gráfico No 6: Principales motivos de consulta del adulto mayor.....	42
Gráfico No 7: Enfermedades no transmisibles como motivos de consulta.....	43
Gráfico No 8: Enfermedades transmisibles como motivos de consulta.....	44
Gráfico No 9: Factores protectores de los adultos mayores.....	45
Gráfico No 10: Factores de riesgo en autoestima de adultos mayores.....	46
Gráfico No 11: Adultos mayores que recibieron maltrato según Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.....	48
Gráfico No 12: Tipos de maltrato según Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.....	50

II. RESUMEN

El maltrato al adulto mayor representa un problema que repercute en la salud de dicha población a nivel de Latinoamérica, el riesgo y la influencia que tiene sobre las enfermedades de estas personas, así como una historia de violencia a los derechos humanos debido al incumplimiento de leyes o la falta de importancia que se le da a este sector olvidado de la población.

En El Salvador únicamente se realizan atenciones preventivas, de tipo correctivo y para tratamiento de enfermedades crónicas, sin embargo; hay muchos factores socioeconómicos, demográficos, y personales que influyen en la salud de dicha población. Por lo que en la presente investigación se planteó el objetivo de identificar los factores asociados al maltrato en el adulto mayor de ambos sexos, usuarios de la Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango durante el periodo de febrero – octubre 2023.

Para lograrlo se identificó la prevalencia, se determinaron las variables demográficas, factores socioeconómicos y finalmente los tipos de maltrato en los pacientes mayores de 65 años que consultaron en dicho establecimiento. Esta investigación fue de tipo descriptiva transversal, con un universo de 104 pacientes, utilizando fuente de información de tipo secundaria mediante la revisión de expedientes clínicos con la técnica de la encuesta. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel. Como resultado de la investigación se obtuvo que la prevalencia del maltrato al adulto mayor fue del 26%, los tipos de maltrato más frecuentes fueron de tipo psicológico y negligencia por parte de los cuidadores.

III. INTRODUCCIÓN

El maltrato al adulto mayor presenta un problema que parece pasar desapercibido a nivel nacional desde hace más de medio siglo, al presentar el riesgo sobre la salud de dicha población y el agravamiento de sus enfermedades. Presenta una historia natural de violencia a los derechos humanos debido al desconocimiento de leyes o la falta de importancia que se le da a este sector olvidado de la población.

En 2022, vivían 88,6 millones de personas mayores de 60 años en la región, que representaban el 13,4% de la población total, proporción que llegará al 16,5% en 2030. Asimismo, la esperanza de vida para ambos sexos ha aumentado de 48,6 años en 1950 a 75,1 años en 2019. No obstante, el retroceso de 2,9 años en 2021 respecto de 2019 por el impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se espera que la esperanza de vida continúe aumentando en el futuro y llegue a 77,2 años en 2030. (1)

Según el estudio “Prevalencia del maltrato a personas mayores en entornos comunitarios: una revisión sistemática y un metaanálisis”, se revisaron 38,544 estudios, de los cuales 52 estudios proporcionaron datos de prevalencia del último año para el abuso. De acuerdo con el estudio, realizado en 28 países de diversas regiones y que abarcó un año, una de cada seis personas de 60 años o más (el 15,7% de este grupo de edad) sufrieron alguna forma de maltrato y solo 1 de cada 24 casos de maltrato fue denunciado. (2) Las tasas de maltrato a las personas de edad aumentaron durante la pandemia de COVID-19. (3)

La correcta documentación y registro de los casos de maltrato detectados, además de una caracterización adecuada de los factores de riesgo presentes, tomando en cuenta el grupo etario en el que se presenta y repercusiones de estos pacientes, permitirán realizar un abordaje más enfocado para la prevención de dicha problemática mediante la detección temprana de personas que cumplen el perfil de riesgo, y secundaria al tratar de manera oportuna las medidas necesarias para poder evitar el

desarrollo de complicaciones o el agravamiento de las enfermedades de este grupo de la población.

El 15 de junio de 2015 se promulgó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la que se abordan los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos, reafirmando la obligación de eliminar todas las formas de discriminación, en particular la que se presenta debido a la edad. (4)

El presente estudio identificó la prevalencia del maltrato en el adulto mayor, el cual se realizó con la población que asistió a consulta en la Unidad de Salud de La Laguna Chalatenango durante el periodo de febrero a octubre de 2023. Además, la investigación se enfocó en demostrar factores de riesgos, factores socioeconómicos y demográficos, presentes de manera común en los integrantes de este grupo vulnerable y complicaciones que padecían por causa de estas condiciones, tomando especial importancia a las manifestaciones clínicas que lo caracterizan, así como las complicaciones que afectan la calidad o longevidad de vida en estos pacientes.

IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los factores asociados al maltrato en el adulto mayor de ambos sexos, usuarios de la unidad de salud intermedia La Laguna, Chalatenango, durante el periodo de febrero – octubre 2023.

Objetivos específicos:

1. Cuantificar el número de adultos mayores que consultan en la Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango.
2. Identificar las razones de consulta por las cuales el adulto mayor visita la unidad de salud.
3. Determinar las variables demográficas (edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel educativo) de los adultos mayores en estudio.
4. Identificar los factores socioeconómicos (redes de apoyo, religión, estilo de vida) de la población en estudio.
5. Clasificar los tipos de maltrato prevalentes en la población adulta mayor en estudio.

V. MARCO TEÓRICO

Palabras claves.

Adulto mayor:

A todo hombre y mujer que haya cumplido sesenta años de edad. (5)

Maltrato: palabra que emana del latín, ya que está conformada por la suma de tres partes latinas: *male*, que es sinónimo de “mal”; el verbo *tratare*, que se puede traducir como “tratar”; y el sufijo *-tro*, que es equivalente a “recibir la acción”. El maltrato es la acción y efecto de maltratar (tratar mal a una persona, menoscabar, echar a perder). El concepto está vinculado a una forma de agresión en el marco de una relación entre dos o más personas. (6)

Maltrato en el adulto mayor: un acto simple o repetido, o la falta de acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación en la que exista una expectativa de confianza que cause daño o angustia a una persona mayor. Organización Mundial de la Salud (OMS), 1995. (7)

Envejecimiento: Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. (8)

Estilo de vida: Según la OMS, el estilo de vida es el resultado de un conjunto de hábitos que nos permiten disfrutar de un equilibrio entre bienestar físico, mental y social. (OMS, 2020) (9)

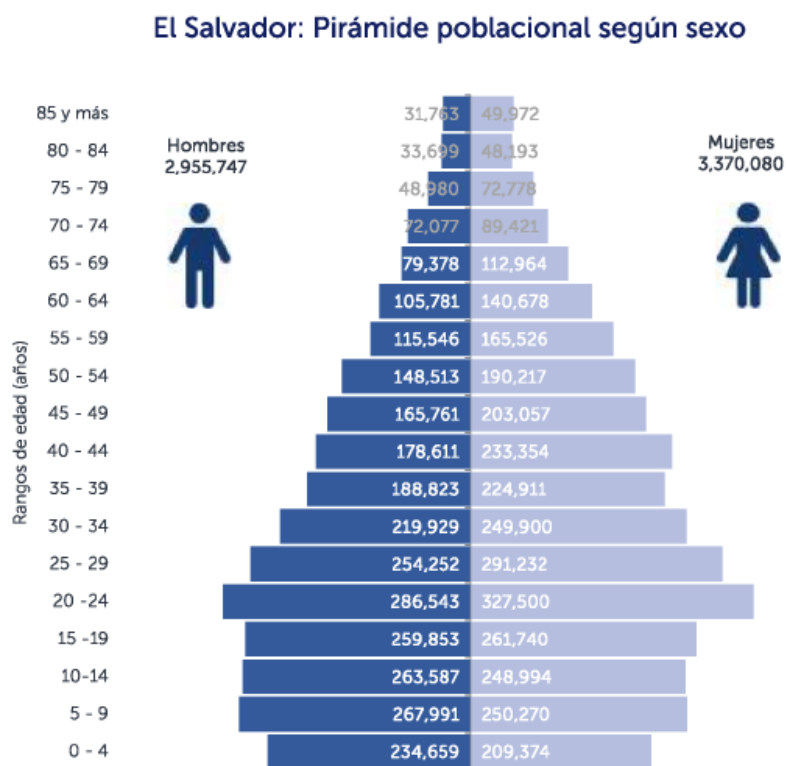
5.1 Características demográficas de El Salvador

El Salvador tiene la mayor densidad de población de América Central, con 316 habitantes por Km². (10) Según la “*Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2021*”

(EHPM)¹, uno de los grupos de edad más representativos es la población joven, en relación al total de persona del país (6,325,827) de 15 a 29 años de edad (1,681,121) siendo el 26.6%. Así mismo el grupo de 7 a 14 años representa el 12.9%. Otro segmento de la población que por el cambio demográfico va tomando mucha relevancia son los adultos mayores de 60 años y más (14.0%) que manifiesta una tendencia a crecer, debido a la condición de envejecimiento de la población. (11)

Al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta muestran que las mujeres representan el 53.3% de la población total del país y los hombres el 46.7%. (11)

Figura 1: Pirámide poblacional de El Salvador según sexo.



Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2021.

¹ La EHPM es un instrumento estadístico que se realiza en El Salvador desde 1975, contando con bases de datos desde 1990 y a partir de diciembre del año 2022 es realizada por la Oficina Nacional de Estadística y Censos (ONEC).

El departamento de Chalatenango cuenta con una población de 181,809, de los cuales 9,621 habitantes pertenecen a la población femenina y 12,158 a la población masculina. (12)

Figura 2: Pirámide poblacional del departamento de Chalatenango según sexo.



Fuente: Proyección de Población revisada por DIGESTYC

Fuente: Unidad de Estadística e Información (UEI). Pirámides Poblacionales Año 2020 El Salvador.

5.2 Tipos de maltrato en el adulto mayor.

En la revisión de la literatura se identifican varios tipos de maltrato en el adulto mayor y se clasifica en cinco grupos principales: abuso físico, emocional o psicológico, económico o financiero, sexual, y negligencia o abandono. En este último se incluye el auto abandono como subtipo, y hace referencia a aquel adulto mayor que no se provee a sí mismo las necesidades básicas para vivir. (13)

Tabla 1:*Clasificación del maltrato en el anciano*

Directo o individual	Indirecto o social
1. Físico	
2. Psicológico o emocional	1. Viejismo
3. Económico o financiero	2. Infantilismo
4. Sexual	3. Maltrato cultural
5. Negligencia o abandono	
6. Autoabandono	

Fuente: Tomado y modificado de Uribe JP, et, 2018.

Tabla 2:*Formas de presentación del maltrato en la vejez.*

Emocional o psicológico	Físico	Económico o financiero	Sexual	Negligencia o abandono
Permanecer incomunicado	Golpes	Manipulación	Actitudes sexuales	Desnutrición
Aislamiento social	Quemaduras	Pérdida de activos	Gestos sexuales	Deshidratación
Humillaciones	Empujones	Uso de contratistas, vendedores, abogados o agentes de seguros	Exhibicionismo	Uso de pañales de forma obligada
Intimidaciones	Abofetear		Fotografías obscenas	Impedir asistencia al baño
Chantaje afectivo	Patadas	Mal uso o hurto de dinero	Acoso sexual	Privación de información
Amenazas principalmente con institucionalización	Pellizcos		Tocamientos	Ignorar una emergencia
	Ataduras			Suspender fármacos
	Sacudidas			Dejar al anciano solo por largos periodos de tiempo

Fuente: Tomado y modificado de Friedman L, et al, 2019.

El maltrato físico es el uso intencional de la fuerza que termina en lesión corporal, dolor, deterioro funcional, enfermedad, angustia o muerte; es todo acto que genere lesiones o trastornos, y que incluye golpear, patear, quemar, empujar. Este tipo de

maltrato puede ser evidente por las marcas o lesiones que deja al adulto mayor, las cuales pueden ser visibles. (14)

Caso contrario al anterior, el maltrato psicológico podría ser uno de los más subestimados y ocultos. Es cualquier agresión verbal o no verbal que atenta contra la dignidad de la persona y desencadena angustia o miedo, incluyendo humillaciones, amenazas, aislamiento, y control o limitación de determinadas actividades, como hablar por teléfono o salir de casa. (14)

El maltrato económico o financiero es el uso ilegal, no autorizado o inapropiado de los recursos o propiedades del adulto mayor, en medio de una relación de confianza y en pro del beneficio de otra persona. (14)

Por otro lado, los adultos mayores también pueden ser víctimas de maltrato sexual, el cual incluye toda interacción sexual o contacto físico, directo o a través de la ropa, que no es deseado por la víctima y se ejerce bajo presión. Este tipo de maltrato atenta contra el pudor del adulto mayor y usualmente se mantiene en secreto. (14)

Otro tipo de maltrato, quizá más frecuente de lo que se estima, es la negligencia, definida esta como la falta de satisfacción de las necesidades de atención al adulto mayor, por parte de la persona responsable de su protección, que puede poner en riesgo la seguridad y la salud del adulto mayor. Algunas de las manifestaciones de este tipo de maltrato son: la falta de atención médica esencial, nutricional, de hidratación, higiene, ropa y refugio, distanciamiento físico y descuido en el cuidado. Por su parte, el auto abandono es la falta de autocuidado, o cualquier conducta que puede adoptar una persona, que amenaza su salud o seguridad, y que se debe a un rechazo hacia sí mismo. (14 - 15)

Las prevalencias de maltrato pueden variar según los tipos. El maltrato más frecuente en población mayor es el psicológico, seguido del económico, la negligencia, el físico y, en último lugar, el maltrato sexual. Sin embargo, la frecuencia con la que se presenta cada tipo de maltrato varía de acuerdo con el contexto, el género y las condiciones socioeconómicas. El maltrato físico y sexual se presentan principalmente

en mujeres, y la negligencia, principalmente en quienes tienen bajos ingresos y poco apoyo social. (16)

5.3 Factores asociados al maltrato en el adulto mayor.

El maltrato al adulto mayor surge como resultado de la interacción de múltiples factores, entre los cuales están las características propias de la persona y las características familiares y sociales. (17)

En cuanto a características propias de la persona, se ha encontrado que las principales víctimas de maltrato físico y sexual son las mujeres; esto, debido, entre otras causas, a que la mujer informa más este tipo de situaciones, mientras que en los hombres suelen permanecer ocultas. (18)

A partir de los 75 años, el riesgo de maltrato puede ser mayor, dado que, con la edad, aumentan también la dependencia, el deterioro de la salud y el aislamiento social, lo que podría llevar a índices superiores de estrés en la familia y en los cuidadores (Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2008). La probabilidad de maltrato es alta en los adultos mayores con deterioro cognitivo y demencia, pero es en esta población donde hay mayor dificultad para detectarlo. (19)

El consumo de alcohol por el adulto mayor es un factor relacionado con el maltrato, debido a que este puede generar trastornos cognitivos y de la memoria, lo que aumenta la vulnerabilidad; sin embargo, la relación igualmente puede ser inversa, dado que los adultos mayores que son maltratados pueden recurrir al alcohol como forma de afrontar la situación. (20)

Otros factores asociados son la pobreza, las actitudes negativas hacia la vejez y algunas características familiares y de la persona encargada del cuidado, como: antecedentes de maltrato al interior del hogar, convivencia continua, disfuncionalidad familiar, consumo de alcohol, estrés o sobrecarga, dependencia económica, problemas psicológicos y aislamiento social. (19)

Dependiendo de las características de las personas con las que convive la persona mayor o de quien se encarga de su cuidado, el riesgo de maltrato puede incrementar. Sin embargo, en muchos casos estas situaciones pueden no tener implícita una intención de daño, siendo el resultado del desconocimiento del daño de las propias acciones por parte de personas cercanas. (19)

5.4 Características sociodemográficas del abusado y del abusador.

En este grupo de población es muy probable que, en algún momento y en mayor o menor grado, aparezca la dependencia, necesitando la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria. Esta situación puede crear estrés en el cuidador y, a su vez, favorecer el maltrato o la negligencia. El principal perpetuante, según estudios, es un miembro de la familia del anciano, difícil de identificar pues las víctimas temen reportarlo, por ellos mismos y por proteger a su familia y amigos, por temor de que la situación se torne aún menos favorable. Se estima que entre el 16-38% de todos los abusadores de adultos mayores tienen historia de enfermedad mental, en su mayoría con enfermedades mentales serias. (21-22)

La demografía del abuso en el adulto mayor describe que existen factores que sugieren predisposición al maltrato en este grupo etario. Por ejemplo, fragilidad, sexo femenino, dependencia en actividades básicas de vida diaria, deterioro cognitivo o deterioro en estado de salud, problemas de comportamiento, agresividad, aislamiento, red de apoyo limitada, entre otros. (23-24)

Se reporta que el perfil de la víctima es: femenina entre 65-75 años, pensionada, residente en áreas urbanas, aislada socialmente. En Portugal se analizaron expedientes médicos del 2004-2013 de casos de abuso físico en adultos mayores en contexto institucional, se reportó que en un 79.7% de los casos la víctima era de sexo femenino, mayor de 75 años en el 75.9% de casos, con discapacidad severa en el 55.9% e incapaz de comunicarse en el 47.2% de casos. (23-24)

Por otro lado, los factores que predisponen al cuidador a maltratar a un anciano incluyen la presencia de estrés, pobre salud mental, psicopatología, abuso de alcohol

y drogas, historia de dependencia económica del abusador, falta de apoyo para el cuidado del anciano y ser hombre. Se describe que el perfil del agresor corresponde al esposo o hijo hombre entre 35 – 45 años, que vive en condiciones de estrés. El agresor más prevalente es la pareja, seguido de hijos, desconocidos, hermanos y vecinos; y es más prevalente en mujeres casadas. (22)

Como se indicó previamente, se estima que es en el ámbito doméstico donde estas situaciones se producen con mayor frecuencia, y es aquí donde se considera que es más difícil de combatir. La dimensión institucional ha recibido más atención, porque el acceso a hogares o centros de cuidado y apoyo de ancianos ha aumentado significativamente. El abuso en estos casos es usualmente practicado por personas que son contratadas para proveer cuidado y servicios a los adultos mayores, como enfermeras, asistentes de pacientes, guardas, médicos, y otros. Las formas de maltrato acá pueden ser agresión verbal, restricciones excesivas, sobre o submedicación, explotación financiera, infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización. (24)

El efecto que produce el abuso en el anciano, ya sea en contexto familiar o institucional parece ser similar. El adulto mayor tiende a desarrollar actitudes y sentimientos de culpa, baja autoestima, aislamiento social, mayor tendencia a depresión, trastornos del sueño, reforzamiento de dependencias y aumento de estigma social. (24)

En adultos mayores de 75 años se ha observado abuso físico y psicológico, mientras que, en menores de 75 años, abuso financiero. No se ha reportado significancia en cuanto a sexo, pero sí se ha reportado que los hombres suelen sufrir más negligencia. Los pensionados y residentes en zonas urbanas sí son más afectados. Con respecto al estado civil, se ve más abuso en ancianos casados, seguidamente en viudos, solteros y por último en divorciados. (24)

Asimismo, un estudio español realizado con personas mayores que viven en la comunidad reportó una prevalencia de 12.1% de abuso en la población estudiada,

siendo el tipo psicológico el más frecuente, presente en más del 80% de todos los casos, seguido de tipo físico y sexual, por último, económico y negligencia. La combinación de maltrato más probable es aquella en la que aparece simultáneamente abuso psicológico y físico. Aunque sobre el psicológico es más difícil consensuar su presencia, ya que tiene un componente altamente subjetivo y límites difusos, su elevada comorbilidad con otros tipos puede servir para el profesional como una señal de alarma de que es altamente probable la existencia de otras formas de abuso. (22)

Los adultos mayores con discapacidad física o mental, tiene aún más riesgo en la medida que tengan limitaciones inherentes en las actividades básicas de vida diaria que los hagan dependientes parciales o totales. La baja resistencia física contra la violencia, baja capacidad para escapar de esta y/o mayor dificultad para entender y reportar el abuso son posibles explicaciones para el riesgo de abuso en ancianos con discapacidades. (23)

La mayor prevalencia de abuso de este grupo etáreo en el ámbito domiciliario podría explicarse parcialmente por los altos niveles de estrés, el *burn-out*² y los problemas financieros que afectan a los cuidadores, que pueden incluso llevar a consecuencias fatales. A pesar de que los ancianos con problemas de salud frecuentemente visitan a su médico, quien está en una posición privilegiada para detectar y reportar los casos de abuso en esta población, solo el 2% de los casos sospechosos son reportados por los médicos. (23)

En un estudio retrospectivo de 70 reportes médicos forenses de abuso en adultos mayores con discapacidad moderada o severa en Portugal, determinaron características sociodemográficas de las víctimas y los abusadores. (23)

Los resultados arrojaron que la mayoría de las víctimas eran mujeres, casadas, retiradas, con discapacidad moderada. (23)

² El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad de afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso amenazar la vida (Medicina. pierna. Costa Rica vol.32 n.1 Heredia Ene./Mar. 2015).

La edad media de las víctimas de sexo femenino fue de 76 a 94 años, mientras que en hombres fue de 75 años. La proporción de discapacidad severa fue mayor en mujeres y en víctimas mayores de 74 años. En cuanto al agresor, en su mayoría eran hombres, con edad media de 52 a 53 años y ninguno de los abusadores tenía actividad profesional. No hubo relación estadísticamente significativa entre el sexo de la víctima y el agresor. Los agresores eran en su mayoría, al considerar la totalidad de los casos, hijos de las víctimas; los compañeros sentimentales fueron el principal agresor al considerar las víctimas en matrimonio. La discapacidad motora fue el principal tipo detectado en las víctimas. En el 74% de los casos había reporte de abuso previo, 93% de las víctimas refirió ser abusada frecuentemente y el 40% refirió tener más de 10 años de ser víctima de abuso. El 14.3% de los casos fueron reportados por profesionales, y en ninguno de los casos fue un médico el que realizó el reporte. El abuso físico fue el principal tipo documentado, y las lesiones se encontraron en múltiples sitios, con mayor frecuencia en cabeza y cuello, particularmente rostro. (23)

En literatura consultada se señala que las extremidades superiores son el sitio más frecuente para lesiones resultantes de abuso físico en ancianos, lo cual es esperable considerando que la mayoría de víctimas de abuso físico tratan defenderse. (23)

Los adultos mayores con discapacidad, especialmente severa, tienen menor capacidad para hacerlo, lo cual puede explicar la presencia de lesiones en múltiples sitios, así como la predominancia de lesiones en cabeza y cuello. (23)

Como dicho previamente, el género constituye un factor de riesgo agregado para ser sujeto de algún tipo de violencia. (25)

La violencia doméstica que sufren las adultas mayores es considerada un problema de salud pública. Varios estudios enfatizan que este tipo de violencia no es reportada por la víctima en muchas ocasiones. Por otro lado, a muchos profesionales en salud les es difícil detectar que sus pacientes adultas mayores sufran de abuso por parte de su cónyuge. Dado que existe poca información epidemiológica basada en violencia de género en esta etapa específica del ciclo de vida, se puede hablar de un fenómeno de

invisibilización. Muchos autores señalan la necesidad de profesionales con entrenamiento y conocimiento apropiado que les brinde las habilidades necesarias para confrontar la realidad de esta situación, para poder ser capaces de apoyar a la mujer adulta mayor que sufra de este tipo de violencia. (25)

5.5 Abuso en el adulto mayor con demencia

El abuso en personas con deterioro cognitivo y demencia que viven en su hogar no es infrecuente. Cuidar de personas con deterioro cognitivo en el hogar es una tarea pesada y estresante para una familia, y el incremento de esta población está convirtiendo este problema en uno más difícil. La carga severa de ser cuidador se asocia con efectos negativos en la salud del cuidador y en ingreso temprano de pacientes con demencia a hogares de ancianos. (26)

En un estudio en Japón con 123 cuidadores y ancianos referidos a una clínica de memoria, se estimó una la prevalencia de comportamiento abusivo de 15.4%, además se vio que la severidad de la enfermedad puede reflejar la prevalencia del grado de conflicto de abuso y los factores que la afectan. (26)

Otros estudios han investigado la frecuencia de comportamiento abusivo hacia el paciente con demencia, en los cuales la prevalencia de abuso fue de 37 - 62%. (Abuso de personas con deterioro cognitivo por parte de cuidadores familiares en Japón [un estudio transversal] Kishimoto, 2013). En estos se tomaron en cuenta varios factores que afectan la conducta abusiva del cuidador, como por ejemplo la puntuación del paciente con demencia en cuanto a sus actividades básicas de vida diaria y comportamiento ansioso o agitado por parte del cuidador, así como la relación entre el cuidador y el adulto mayor, el estado psicosocial del cuidador (ansiedad y depresión), la co-residencia y la carga severa que implica. (26)

Además, Kishimoto y colaboradores observaron que los síntomas neuropsiquiátricos contribuyen de manera significativa en comportamientos agresivos; en otro estudio se evidenció que la agitación en el adulto mayor con demencia fue causa de abuso por parte del cuidador. No obstante, reportes previos indicaron que

los síntomas neuropsiquiátricos no son un factor predictor importante de abuso, a pesar de estar significativamente correlacionados con conductas abusivas. (26)

Por otro lado, no hay clara diferencia en prevalencia de conducta abusiva por parte de cuidadores entre sexos; algunos autores reportan que es mayor en mujeres, otros reportan que no hay diferencia y Kishimoto y colaboradores encontraron que la tendencia fue mayor en los hombres. (26)

5.6 Estilos de vida.

Una investigación desarrollada en el Consejo Popular Roberto Rivas Fraga del municipio Ciego de Ávila, para la cual se considera como población los 1818 adultos que tienen 60 años y más y como muestra los 223 adultos con 60 años y más que viven en la circunscripción No. 79 de dicho consejo popular, que abarca diez manzanas de esta zona. Los autores de la investigación realizaron un estudio tipo investigación-acción con el objetivo de realizar acciones de preparación para el adulto mayor con estilo de vida saludable desde la actividad física comunitaria. (27)

Este período de la vida, ha sido más abordado por lo general, de forma aislada o como fase de involución y no como una verdadera etapa del desarrollo humano cuya significación social adquiere cada vez mayor relevancia dada la tendencia mundial a un proceso de envejecimiento de la población. Junto a la hipocinesia del adulto mayor influyen factores psicológicos y ambientales que dan relieve a la inseguridad originada entre otros aspectos por el cese de la vida laboral, la disgregación en algunos casos de los lazos familiares y la tendencia al aislamiento por la disminución de motivaciones, influyendo de esta manera en un comportamiento poco activo. La Psicología del Desarrollo teniendo como base la Escuela Histórico Cultural de L.S Vigostky, analiza esta edad bajo una perspectiva desarrolladora que distingue a esta etapa de la vida y caracteriza las estructuras psicológicas nuevas en que el papel del “otro” resulta fundamental para el logro de tales neoformaciones. (27)

El autor de la investigación mencionada, considera que las diferentes aportaciones al concepto se han realizado desde los modelos más clásicos como la sociología y la

antropología. Por otra parte, se confunde a menudo entre los conceptos estilo de vida y modo de vida, considerándolos, como términos sinónimos. Se consideró que el estilo de vida saludable de un individuo, está constituido por las actividades que forman parte del patrón de vida diario de los mismos, de tal manera que existan siete prácticas de salud fundamentales a partir de las cuales podían predecir significativamente los futuros porcentajes de mortalidad o discapacidad. (27)

A consideración se determinan como características del estilo de vida saludables en los adultos mayores las siguientes: la estabilidad en mantener una dieta balanceada, el buen estado cognitivo, estado biológico y psicológico adecuado, la relación con la familia, incorporación a las actividades sociales, dormir entre 7-8 horas diarias, mantener el peso apropiado para la estatura, realizar actividad física de forma regular, no fumar, mantener el consumo de alcohol de manera moderada o inexistente.

Entonces se considera pertinente la determinación de los conocimientos necesarios para preparar al adulto con estilo de vida saludable. Los conocimientos son: Enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos; importancia del ejercicio físico en el adulto; grupos gestores comunitarios; estilos de vida saludables en los adultos; recreación en el Adulto; círculos de Abuelos; actividades físicas comunitarias; cultura física; características físicas, psicológicas y sociales de los adultos y la jubilación. (27)

5.7 Beneficios de participar en un grupo de autoayuda

Un grupo de autoayuda se define como “un grupo de personas que comparten un problema, organizados en reuniones mediante los cuales algunos individuos sirven de estímulo positivo a otros”. (28)

La creación de grupos de ayuda mutua o autoayuda son una estrategia muy acertada, ya que permite a los adultos mayores contar con un lugar de encuentro en donde no sólo se les enseñe a cuidar de su salud, sino también el propio grupo crea espacios para compartir su problemática en común, se fortalecen vínculos de afecto, amistades, al formar parte de este un grupo, los adultos mayores construyen un fuerte sentido de pertenencia lo que contribuye a su bienestar físico y emocional. (29) Urrutia

et al, mencionan que los adultos mayores pueden echar mano de su inteligencia para el manejo de las relaciones personales, al integrarse a nuevos grupos y enfrentar diversos retos lo que garantiza un mejor desempeño en las actividades propias de la edad. (30)

En la investigación cualitativa: “Los Grupos de Autoayuda: una estrategia que favorece la satisfacción personal de los adultos mayores”, realizada a seis adultos mayores (cuatro mujeres y dos hombres) por la Universidad Autónoma de México, en una unidad médica de primer nivel de atención, con adultos mayores de ambos sexos, de 60 a 70 años. Emergió una categoría titulada: Satisfacción personal con cuatro subcategorías; construyendo vínculos afectivos, la confianza y la escucha, recibiendo el apoyo de mis iguales y el gusto por la recreación.

De los resultados obtenidos, se concluyó que los grupos de autoayuda son una excelente estrategia para los adultos mayores en donde la convivencia, la confianza, la preocupación entre los miembros del grupo, propicia una sensación de pertenencia al mismo, lo que contribuyen de manera significativa a disminuir el riesgo potencial de presentar tristeza, soledad o sensación de abandono. (31)

5.8 Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.

Validada por Giraldo-Rodríguez y Rosas-Carrasco en 2013. Está formulada para adultos mayores de 60 años no institucionalizados, presenta una duración entre 8 y 20 minutos (dependiendo de las características del adulto mayor) y su forma de aplicación es administrada de forma individual. Su objetivo principal es el de obtener información sobre la dimensión, caracterización y prevalencia del maltrato hacia personas adultas mayores. (32)

Está compuesta por 22 ítems y se divide en cinco dimensiones: física (1, 2, 3, 4, 5), psicológica (6, 7, 8, 9, 10, 11), negligencia (12, 13, 14, 15), económica (16, 17) y sexual (21 y 22). (33) Adicionalmente, permite indagar por la frecuencia, duración, responsable de la agresión y género. Se considera como presencia de maltrato o

presencia de un tipo de maltrato específico ante una afirmación positiva en uno de los 22 ítems. (32)

Para la validación de la escala se utilizó el siguiente coeficiente:

Alfa de Cronbach

El Alfa de Cronbach (se representa mediante α) le debe su nombre a Lee Joseph Cronbach, que bautizó este coeficiente así en 1951. (34) Es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Entre las ventajas de esta medida se encuentra la posibilidad de evaluar cuánto mejoraría (o empeoraría) la fiabilidad de la prueba si se excluyera un determinado ítem. (35)

El coeficiente alfa de Cronbach es más fidedigno cuando se calcula a una escala de veinte ítems o menos. Las escalas mayores que miden un solo constructo pueden dar la falsa impresión de una gran consistencia interna cuando realmente no la poseen. Se considera que 3 es el número mínimo de ítems para una escala que explora un solo dominio del factor. (36) Toma valores entre 0 y 1, su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,80. (37)

Se utiliza la siguiente tabla de George y Mallery (2003) para interpretar el alfa de Cronbach: (38)

Alfa de Cronbach	Interpretación
> .9	Excelente
> .8	Buena
> .7	Aceptable
> .6	Cuestionable
> .5	Pobre
< .5	Inaceptable

Su fórmula estadística es la siguiente: (4)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

$\sum S_i^2$: Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

En la validación se obtuvo Alfa de Cronbach de 0.70 para la escala. Por lo tanto, se asume que la escala se encuentra en el rango de aceptable confiabilidad.

5.9 Políticas, estrategias nacionales, planes de acción, leyes y reglamentos no discriminatorios en el adulto mayor. (39)

En la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948 se establecen los derechos fundamentales y se incluye la prohibición de discriminación por cualquier motivo alguno; a partir de esta Declaración se han promulgado normas internacionales y nacionales que buscan el desarrollo de las libertades en la vejez y la protección de los derechos humanos de las personas mayores. En este sentido, en 2015 se promulgó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la que se abordan los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos, reafirmando la obligación de eliminar todas las formas de discriminación, en particular la que se presenta en razón de la edad.

El Salvador, en su Ley contra la Violencia Intrafamiliar (decreto núm. 902 de 1996) establece los mecanismos para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y enuncia de forma específica la protección especial a personas mayores (Asamblea Legislativa, 1996). Además, El Salvador es uno de los países que ratificó en 2018, la Convención

Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

El país cuenta con un Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de Adultos Mayores (CONAIPAM) fue creado en el marco de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, vigente desde el año 2002. Actualmente es coordinado y representado legalmente por el Ministerio de Desarrollo Local (MINDEL) y lo integran 12 instituciones. Esta entidad ha promovido y participado en importantes avances a nivel nacional.

Como parte de las labores de concientización y promoción de los derechos de las personas adultas mayores, la Asamblea Legislativa en el año 2017, por medio del DL. No. 704, se declaró el día 15 de junio de cada año como el “Día Nacional en Favor de la Eliminación del Abuso, Maltrato, Discriminación y Negligencia contra las Personas Mayores”. Ese mismo año, por medio del DL. No. 836, la Asamblea Legislativa ratificó en todas sus partes la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015, en el cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) y que fue aprobada por el Órgano Ejecutivo, mediante Acuerdo N.º 1399/2016, del 29 de julio de 2016.

En el 2020, se aprobó la Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor, la cual tiene por objetivo establecer las disposiciones técnicas que regulan la atención integral, bio-psico-social y funcional a la persona adulta mayor.

En 2021, se aprueba la Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor, por medio del Decreto Legislativo (DL) No. 817, la cual tiene por objeto “garantizar, proteger y promover el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona adulta mayor, por medio de políticas, planes, programas, normativa y acciones que contribuyan a su inclusión en la sociedad” (art. 1).

Además de las normativas, el país cuenta con una Política Pública de la Persona Adulta Mayor, la cual fue elaborada por el CONAIPAM. Esta se centra en los siguientes ejes de trabajo: empoderamiento, participación y ejercicio de derechos; protección y acceso a la justicia; salud integral y cuidados; servicios sociales; educación; actividad física, deporte y cultura; hábitat y accesibilidad; ingreso y acceso a beneficios; y atención a grupos específicos.

En este mismo año, CONAIPAM también impulsó la elaboración del Plan de Acción 2021 – 2024, con el fin de marcar las pautas de actuación de las instituciones que lo conforman y poder dar respuesta a las necesidades de la población.

5. 10 Derechos fundamentales de las personas adultas mayores. (5)

1. Derecho a la igualdad y no discriminación por razones de edad.
2. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.
3. Derecho a la independencia y a la autonomía.
4. Derecho a la participación e integración comunitaria.
5. Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.
6. Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
7. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
8. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.
9. Derecho a la libertad personal.
10. Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.
11. Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación.
12. Derecho a la privacidad y a la intimidad.
13. Derecho a la seguridad social.
14. Derecho al trabajo.
15. Derecho a la salud.
16. Derecho a la educación.
17. Derecho a la cultura.
18. Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte.

19. Derecho a la propiedad.
20. Derecho a la vivienda.
21. Derecho a un medio ambiente sano.
22. Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.
23. Derechos políticos.
24. Derecho de reunión y de asociación.
25. Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
26. Igual reconocimiento como persona ante la ley.
27. Acceso a la justicia.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de investigación

Investigación de tipo descriptiva y transversal.

6.2 Área de estudio

El área de estudio fueron los pacientes que asistieron a la Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango, perteneciente a la Región Central.

6.3 Universo

El universo estuvo compuesto por 142 adultos mayores de 60 años que asistieron a la Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango.

6.4 Muestra

Según el Sistema Integrado de Salud (SIS)³, el cual es una plataforma digital (40), en el periodo de febrero – octubre consultó en promedio mensual 142 adultos mayores en la Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango (41). Para lograr obtener la muestra se hizo uso de la siguiente fórmula propuesta por Murray y Larry (2005) (42):

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

Donde:

n = es el tamaño de la muestra poblacional a obtener.

N = es el tamaño de la población total.

σ = representa la desviación estándar de la población. En caso de desconocer este dato es común utilizar un valor constante que equivale a 0.5

Z = es el valor obtenido mediante niveles de confianza. Su valor es una constante, por lo general se tienen dos valores dependiendo el grado de confianza que se desee

³ Sistema innovador que permite consultar de manera digital el expediente médico de pacientes.

siendo 99% el valor más alto (este valor equivale a 2.58) y 95% (1.96) el valor mínimo aceptado para considerar la investigación como confiable.

e = representa el límite aceptable de error muestral, generalmente va del 1% (0.01) al 9% (0.09), siendo 5% (0.05) el valor estándar usado en las investigaciones.

Según el Sistema de Morbimortalidad en línea conocido como SIMMOW, el tamaño de la población total de adultos mayores que consultó en promedio mensual fue de 142 personas en el periodo de febrero – octubre. La porción de éxito y fracaso es del 0.5 y el límite aceptado de error es de 0.05.

$$n = \text{¿?}$$

$$N = 142$$

$$\sigma = 0.5$$

$$Z = 1.96, \text{ en relación al 95\% de confianza.}$$

$$e = 0.05$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)^2 (142)}{(0.05)^2 (142 - 1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = 104.6 \approx 105 \text{ adultos mayores}$$

Para la selección de la muestra, se utilizó un Muestreo probabilístico, dividiendo a los pacientes mayores de 60 años por grupos etarios que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó 104 encuestas, con 70 participantes del sexo femenino y 34 del sexo masculino.

Criterios de inclusión

Adultos mayores, de 60 años en adelante.

Ambos sexos.

Usuarios de la Unidad de Salud Intermedia “La Laguna, Chalatenango”.

Que residan en el área geográfica de la unidad de salud.

Adultos mayores que deseen participar en la investigación.

Adultos mayores en pleno uso de sus facultades mentales.

Criterios de exclusión.

Personas menores de 60 años de edad.

Adultos mayores que padezcan trastornos psiquiátricos.

Usuarios de otras unidades de salud.

Adultos mayores que no deseen participar en la investigación.

6.5 Fuentes de información

- a) Primarias: Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW), expedientes, cuestionario.
- b) Secundarias: fichas de revisión bibliográficas, Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor.

6.6 Técnica de obtención de información.

La técnica de obtención de información fue la Encuesta y la revisión bibliográfica.

6.7 Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos.

El ‘derecho a la privacidad’ se refiere al estar libre de intrusiones o perturbaciones en la vida privada o en los asuntos personales. Toda investigación debe esbozar estrategias para proteger la privacidad de los sujetos involucrados, y también sobre cómo el investigador tendrá acceso a la información.

Con base en lo anterior se le solicitó al individuo su aprobación a través de un consentimiento, plasmando su firma. (43)

Antes de obtener el consentimiento, se le describió al sujeto de investigación lo que se va a hacer con sus datos, quién tendrá acceso a ellos y cómo van a ser publicados.

La protección de datos se refiere a los derechos de las personas cuyos datos se recogen, se mantienen y se procesan, de saber qué datos están siendo retenidos y usados y de corregir las inexactitudes, considerando las obligaciones legales y éticas con respecto a compartir los datos. Por lo tanto, en el instrumento de investigación no se solicitó el nombre de los participantes, se identificó con números en lugar de nombres. Posteriormente la información obtenida se resguardó en un documento de Microsoft Excel, protegido por contraseña. (44)

6.8 Procesamiento y análisis de información

La información recolectada se procesó en una matriz utilizando Word y Excel, seguidamente los datos se agruparon en tablas y gráficas para su mayor comprensión.

6.9 Consideraciones éticas

Clasificación de la investigación.

Según el Manual de Procedimientos de Investigación en Salud⁴, tomando como base el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos, la clasificación de esta investigación fue *Categoría I – Investigación sin riesgo*.

Privacidad y Confidencialidad

La presente investigación fue de carácter voluntario. Los resultados de la investigación no incluyeron información personal que pudiera relacionarse con los participantes del estudio. Toda la información recolectada durante la investigación fue confidencial, no se compartirán datos personales con personas ajenas a la investigación.

⁴ Es una guía que debe ser utilizada por todos aquellos profesionales que desarrollen investigaciones en salud en El Salvador. San Salvador, 2017.

Consentimiento

El sujeto participante en la investigación brindó su consentimiento, en el cual se detalló el propósito de la investigación, la finalidad con la que se utilizarán los datos proporcionados, y como estos no serán revelados con fines de dañar o perjudicar la confidencialidad del sujeto de investigación, así como el compromiso que entrega voluntariamente la persona que acepta someterse a la investigación.

Compartimiento de beneficios.

El compartimiento de beneficios será con las siguientes instituciones: Universidad de El Salvador y Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango.

6.10 Operacionalización de variables.

Tabla 3. Operacionalización de variables

Objetivos	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de valores	Valor	Ítems
1. Numerar el número de adultos mayores que consultan en la Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango.	Adultos mayores usuarios de la unidad de salud	A todo hombre y mujer que haya cumplido sesenta años de edad. <u>(5)</u>	A todo hombre y mujer que haya cumplido sesenta años de edad. <u>(5)</u>	Frecuencia de consulta de adultos mayores de febrero a octubre 2023.	Numeral.	Número de consultas de adulto mayor por mes.	Instrumento de recolección de datos: <i>"Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero - octubre 2023"</i>
2. Identificar las razones de consulta por las cuales el adulto mayor visita la unidad de salud.	Motivo de consulta	La razón que moviliza al paciente para buscar el encuentro con el médico es lo que pone en movimiento la actividad a desarrollar. <u>(45)</u>	La razón que moviliza al paciente para buscar el encuentro con el médico es lo que pone en movimiento la actividad a desarrollar. <u>(45)</u>	Enfermedades no transmisibles	Nominal.	a) Diabetes Mellitus. b) Hipertensión arterial. c) Enfermedad Renal Crónica. d) Enfermedades tiroideas. e) Otros.	
				Lesiones o traumas	Nominal.	a) Caídas b) Heridas c) Quemaduras	
				Enfermedades transmisibles	Nominal.	a) Escabiosis b) Parasitismo intestinal. c) Infecciones respiratorias agudas.	
3. Determinar las variables demográficas (edad, sexo, procedencia,	Edad	Tiempo que ha vivido una persona. <u>(46)</u>	Tiempo que ha vivido una persona. <u>(46)</u>	Edad	Numeral.	a) 60 a 69 años. b) 70 a 79 años. c) 80 a 90 años. d) 90 a 100 años.	

estado civil, nivel educativo) de los adultos mayores en estudio.	Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino. (47)	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino. (47)	Sexo	Nominal.	a) Masculino. b) Femenino.
	Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo. (48)	Origen, principio de donde nace o se deriva algo. (48)	Procedencia	Nominal.	a) Urbano. b) Rural.
	Estado civil	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones. (49)	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones. (49)	Estado civil	Nominal.	a) Casado/a b) Soltero/a c) Divorciado/a d) Viudo/a e) Acompañado/a
	Nivel educativo	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado. (50)	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado. (50)	Nivel educativo	Nominal.	a) Básica b) Secundaria c) Bachillerato d) Estudios superiores e) Analfabeta
4. Identificar los factores socioeconómicos (redes de apoyo, religión, estilo de vida) de la población en estudio.	Factores socioeconómicos	Factores sociales y económicos que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social. (51)	Factores sociales y económicos que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social. (51)	Ocupación.	Nominal.	a) Empleado. b) Desempleado. c) Jubilado. d) Otros.
				Redes de apoyo.	Nominal.	a) Amigos b) Familia c) Clubes d) Grupos de autoayuda
				Religión	Nominal.	a) Católico b) Evangélico c) Testigo de Jehová d) Mormón e) Otros f) Ninguna

				Estilo de vida	Nominal	Factores protectores: a) Autocuidado b) Actividad física c) Actividad cotidiana d) Autoestima Factores de riesgo: a) Consumo bebidas. alcohólicas y otras sustancias adictivas. b) Sedentarismo. c) Ser solitario d) Consumo de sal y azúcares. e) Saltarse tiempos de alimentación.
5. Clasificar los tipos de maltrato prevalentes en la población adulta mayor en estudio.	Tipos de maltrato.	Acción única o repetida que se da en el marco de la confianza de la relación entre la persona mayor y su cuidador. (II)	Acción única o repetida que se da en el marco de la confianza de la relación entre la persona mayor y su cuidador. (II)	Físico.	Nominal	Hay maltrato.
				Psicológico.	Nominal	No hay maltrato.
				Negligencia.	Numeral	Duración del maltrato.
				Económico.	Numeral	Número de veces que ocurre el evento.
				Sexual.	Nominal	Parentesco del agresor.

VII. RESULTADOS

Tabla No 1:

Edad de la población en estudio.

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
60 – 65 años	19	18.3
66 – 70 años	22	21.1
71 – 75 años	24	23
76 – 80 años	21	20
81 – 85 años	5	4.8
86 – 90 años	9	8.6
91 – 95 años	3	2.8
96 – 100 años	1	1
Total	104	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango. Febrero – octubre 2023”

De acuerdo a la edad de la población en estudio, la mayor frecuencia de edad fue en el rango de 71 – 75 años de edad, con un porcentaje del 23% (24) y, la menor frecuencia en el rango de 96 – 100, fue de 1% (1).

Tabla No 2:

Sexo de la población en estudio.

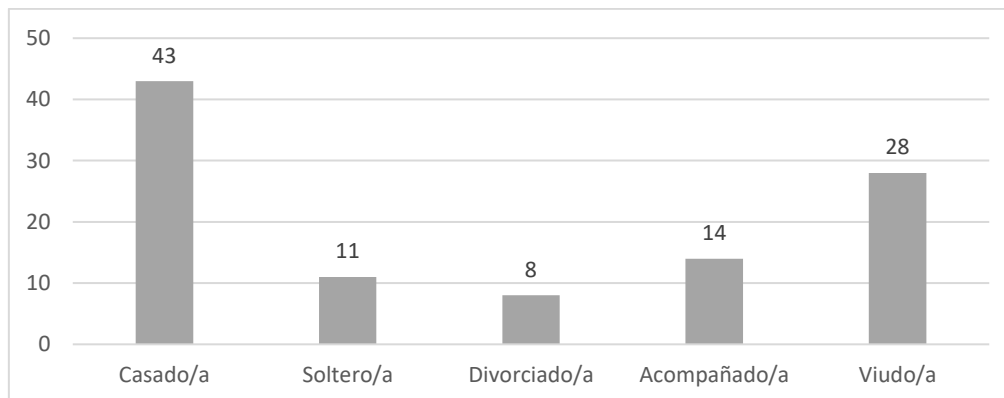
Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Femenino	70	67.3
Masculino	34	32.7
Total	104	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango. Febrero – octubre 2023”

De los encuestados, el sexo femenino tuvo mayor representatividad, con más del 67% (70).

Gráfico No 1:

Estado civil de la población en estudio.

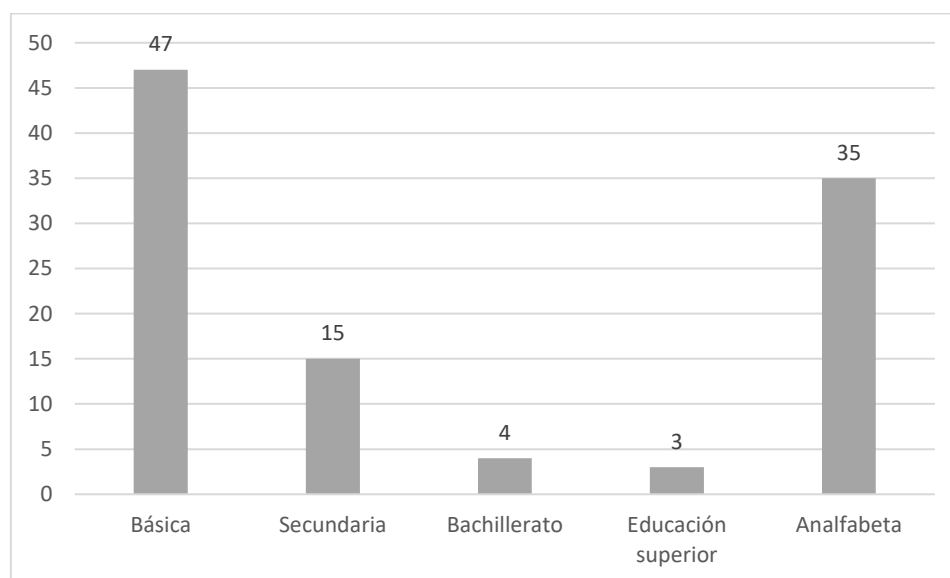


Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango. Febrero – octubre 2023”

Con base en el estado civil de la población en estudio, el 41.3% (43) de adultos mayores estaban casados, el 27% (28) viudos, el 13.5% (14) acompañados, el 10.5% (11) solteros y el 7.7% (8) divorciados.

Gráfico No 2:

Nivel educativo de la población en estudio

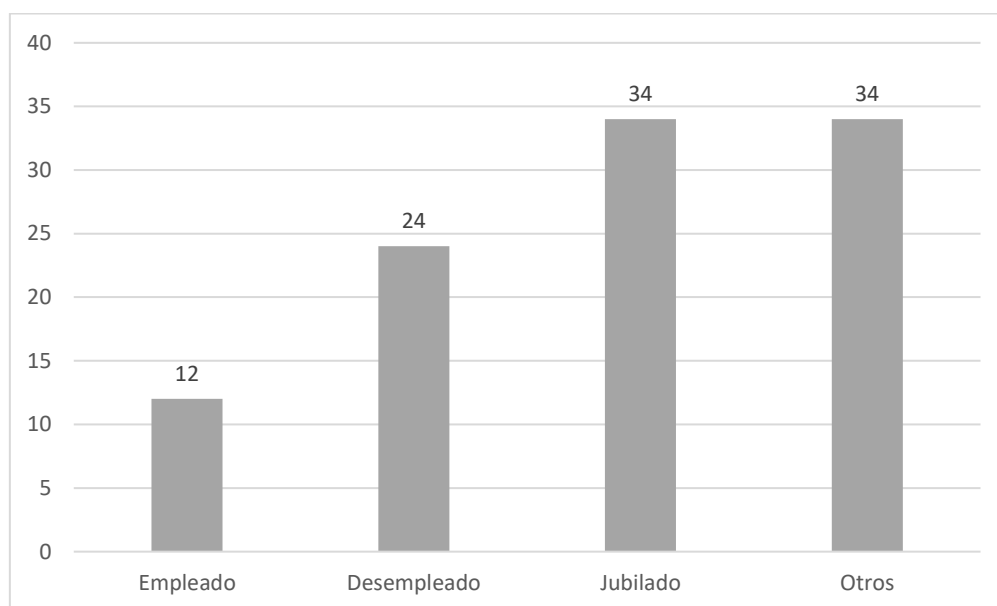


Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango. Febrero – octubre 2023”

En relación al nivel educativo, el 45.2% (47) de adultos mayores contaban con escolaridad básica, el 33.7% (35) eran analfabetas, el 14.4% (15) sí realizó la secundaria, el 3.8% (4) finalizó bachillerato y únicamente el 2.8% (3) completó estudios superiores.

Gráfico No 3:

Ocupación de la población en estudio.

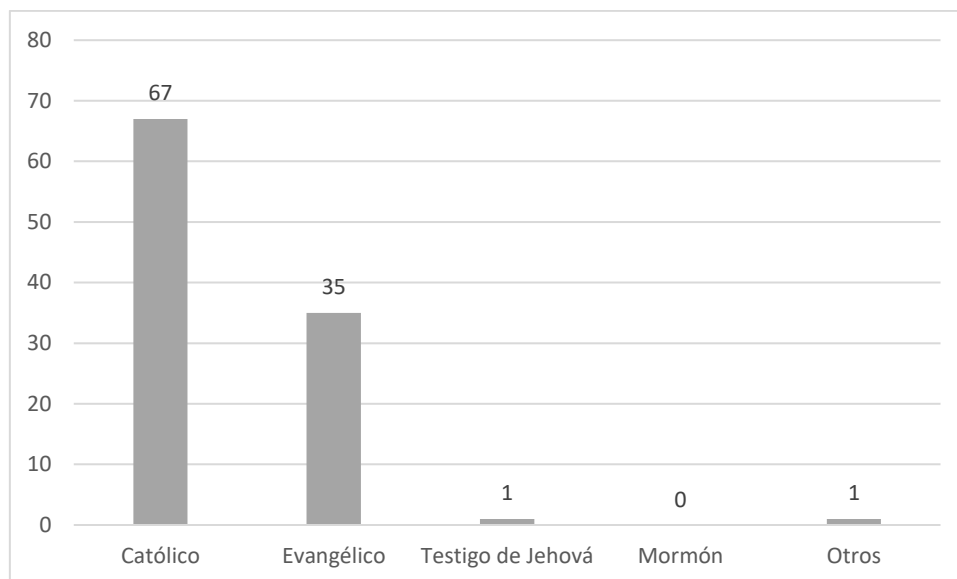


Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

De acuerdo con la ocupación, del total de adultos mayores participantes del estudio, el 32.7% (34) ya se jubilaron, 23.1% (24) eran desempleados, 11.5% (12) contaban con un empleo, mientras el 32.7% (34) realizaban otras actividades para subsistir.

Gráfico No 4:

Religión de la población en estudio.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

Se observó que el total de adultos mayores pertenecían a alguna religión, el 64.4% (67) refirieron pertenecer al catolicismo, 33.7% (35) se identificaron como evangélicos, el 1% (1) manifestó formar parte de los Testigos de Jehová y otro 1% (1) mencionó ser parte de otras religiones.

Tabla No 3:

Pertenencia a programa para adulto mayor.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Sí	37	35.6
No	67	64.4
Total	104	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

En relación a la pertenencia a programa para adulto mayor, 35.6% (37) de los sujetos refirió pertenecer a un programa para adulto mayor, mientras que el 64.4% (67) negó formar parte de programa para adulto mayor.

Tabla No 4:

Adultos mayores que pertenecen a un club.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Si	30	28.5%
No	74	71.5%
Total	104	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

Se observa en la tabla presentada que de la población seleccionada como muestra de la unidad de salud "La Laguna", solo el 28.5% (30) de los pacientes pertenecían a un club de adulto mayor, mientras que el 71.5% (74) no tenían participación en clubes o grupos similares.

Tabla No 5:

Apoyo al adulto mayor.

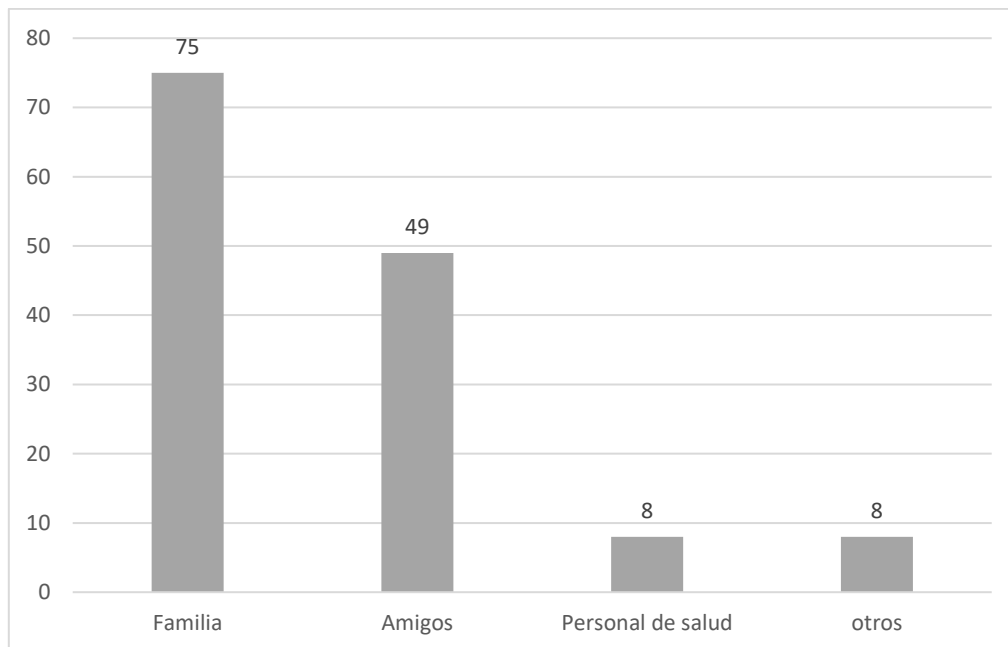
	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Si	82	78.8%
No	23	22.2%
Total	104	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

En la tabla anterior se observa que el 78.8% (82) de adultos mayores se sintió apoyado por diversos grupos sociales, mientras que el 22.2% (23) se encontraba sin redes de apoyo.

Gráfico No 5:

Principales fuentes de apoyo del adulto mayor.

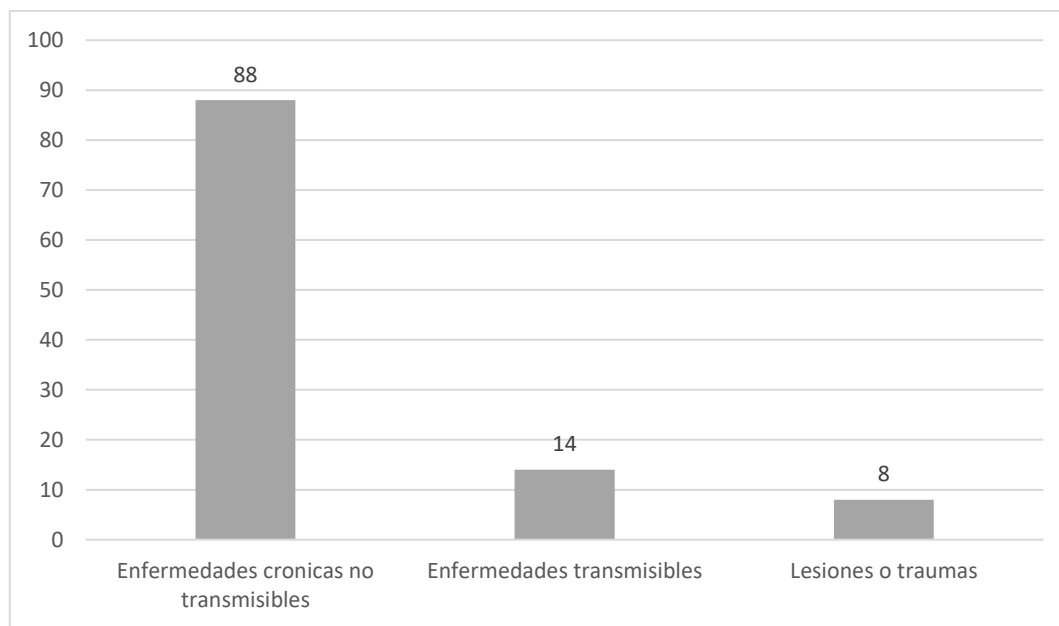


Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

El gráfico anterior representa los principales grupos de apoyo para los adultos mayores, se considera que el 81.5% (75) se sintió apoyado por su grupo familiar, 53.3% (49) eran apoyadas por amigos, 8.7% (8) refirió apoyo por el personal de salud, asimismo el otro 8.7% (8) eran apoyadas por personas distintas a los grupos mencionados.

Gráfico No 6:

Principales motivos de consulta del adulto mayor.

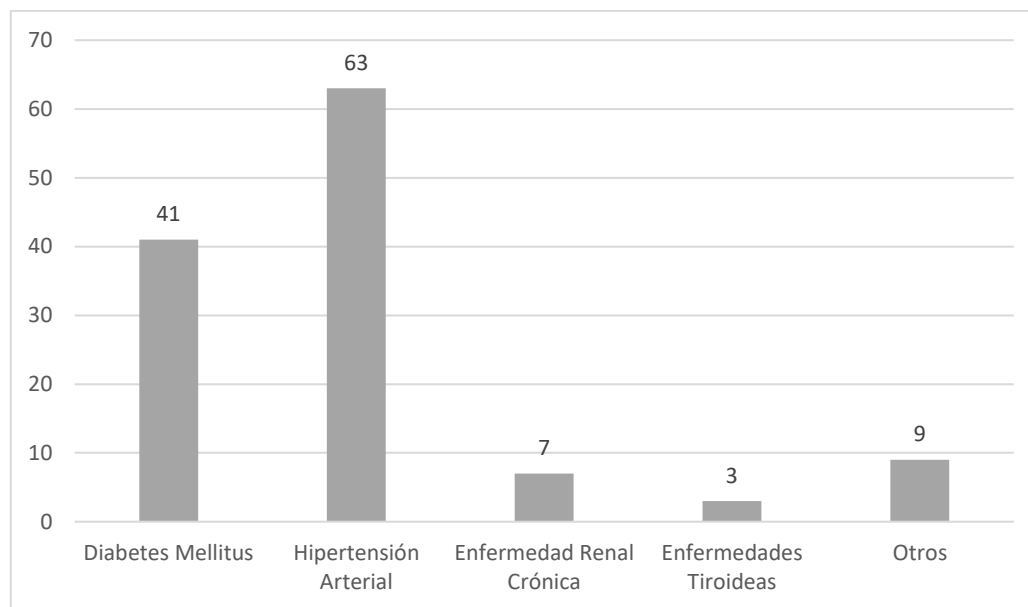


Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

El gráfico muestra los principales motivos de consulta del adulto mayor, siendo la más seleccionada por los encuestados las enfermedades crónicas no transmisibles con 84.6% (88), seguido por un amplio margen de diferencia, las enfermedades transmisibles con 13.5% (14), finalmente se muestran las lesiones o traumas con solo 1.9 % (8).

Gráfico No 7:

Enfermedades no transmisibles como motivos de consulta.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

La gráfica muestra las enfermedades no transmisibles que fueron motivo de consulta para los adultos mayores encuestados, siendo más común la hipertensión arterial con 70% (63), seguido de diabetes mellitus con 45.6% (41), otras enfermedades no transmisibles con 10% (9), enfermedad renal crónica con 7.8% (7) y enfermedades tiroideas con 3.3% (3).

Tabla No 6:

Lesiones o trauma como motivo de consulta.

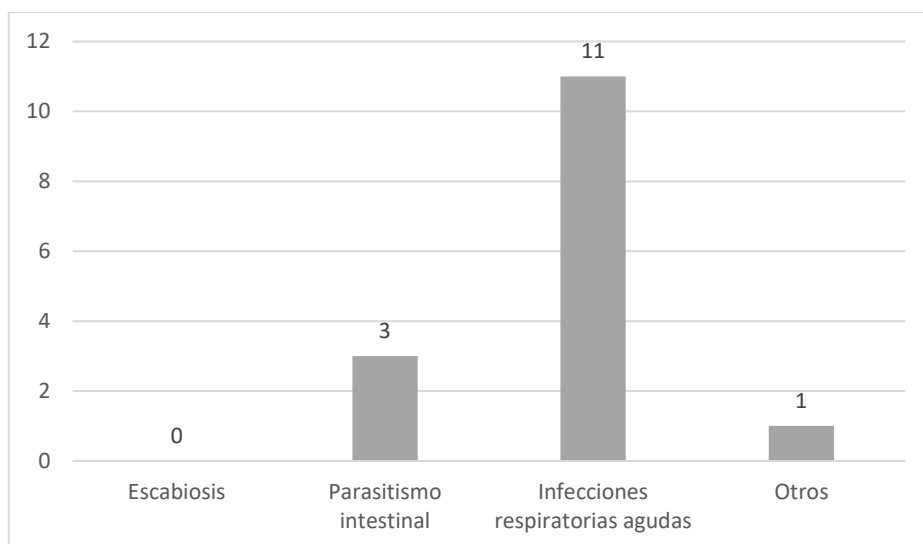
Lesiones o traumas como motivo de consulta	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Caídas	4	44.5%
Heridas	3	33.3%
Quemaduras	0	0%
Otros	2	22.2%
Total	9	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango. Febrero – octubre 2023”

En la tabla se presentan los motivos de consulta relacionados a lesiones o traumas de los adultos mayores, de los cuales se obtuvo 9 respuestas, en primer lugar, las caídas con 44.5% (4), seguido de heridas con 33.3% (3) y el 22.2% (2) refirió otro tipo de lesión o trauma. Ningún participante encuestado seleccionó “quemaduras” como motivo de consulta.

Gráfico No 8:

Enfermedades transmisibles como motivos de consulta.

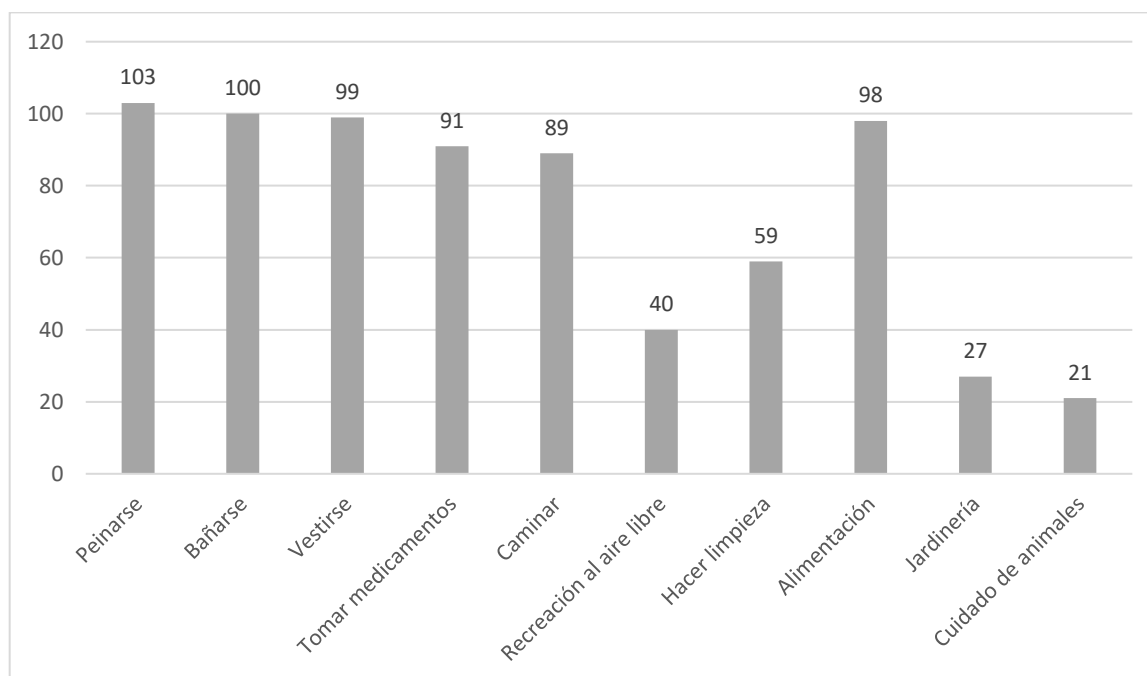


Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango. Febrero – octubre 2023”

El gráfico representa los motivos de consulta de los adultos mayores que se relacionaron a enfermedades transmisibles, fueron las de mayor consulta las enfermedades respiratorias agudas con 84.6% (11), seguido de casos de parasitismo intestinal con 23.1% (3), otras enfermedades transmisibles con solo 7.7% (1). Ningún participante señaló escabiosis como motivo de consulta dentro de la población en estudio.

Gráfico No 9:

Factores protectores de los adultos mayores.

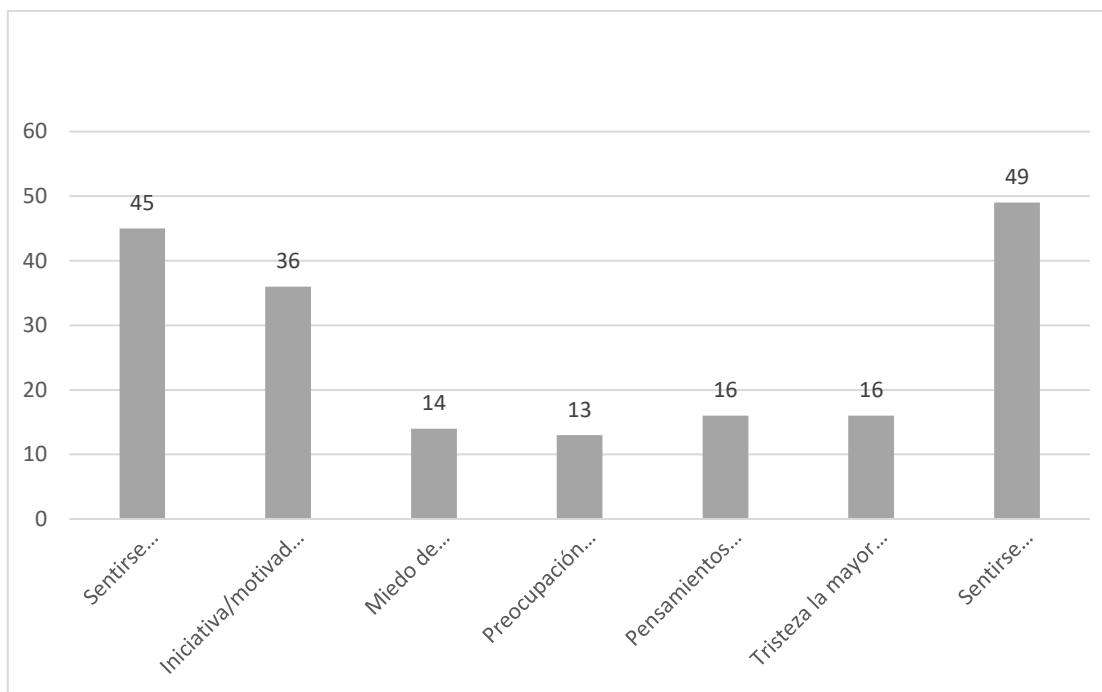


Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

En la gráfica se representan las actividades cotidianas que los adultos mayores encuestados fueron capaces de realizar por sí solos, siendo las respuestas más seleccionadas por los participantes: peinarse con 99% (103), bañarse con 96.2% (100), vestirse 95.2% (99), alimentarse 94.2% (98), tomar sus medicamentos 87.5% (91), caminar 85.6% (89), hacer limpieza 56.7% (59), actividades de recreación al aire libre 38.5% (40), jardinería 26% (27) y finalmente cuidado de animales 20.2% (21).

Gráfico No 10:

Factores de riesgo en autoestima de adultos mayores.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

Se presenta un gráfico con los resultados de los factores relacionados a la autoestima de los adultos mayores, el 47.1% (49) señaló que se sentía satisfecho con sí mismo, 43.3% (45) se sintió valorado/útil dentro de sus círculos sociales, 34.6% (36) refirió tener iniciativa ante la vida, el 15.4% (16) tenían pensamientos negativos y tristeza la mayor parte del tiempo, 13.5% (14) tenían miedo a expresar su opinión y 12.5% (13) manifestó preocupación excesiva por la opinión de los demás.

Tabla No 7:

Factores de nocivos de los adultos mayores.

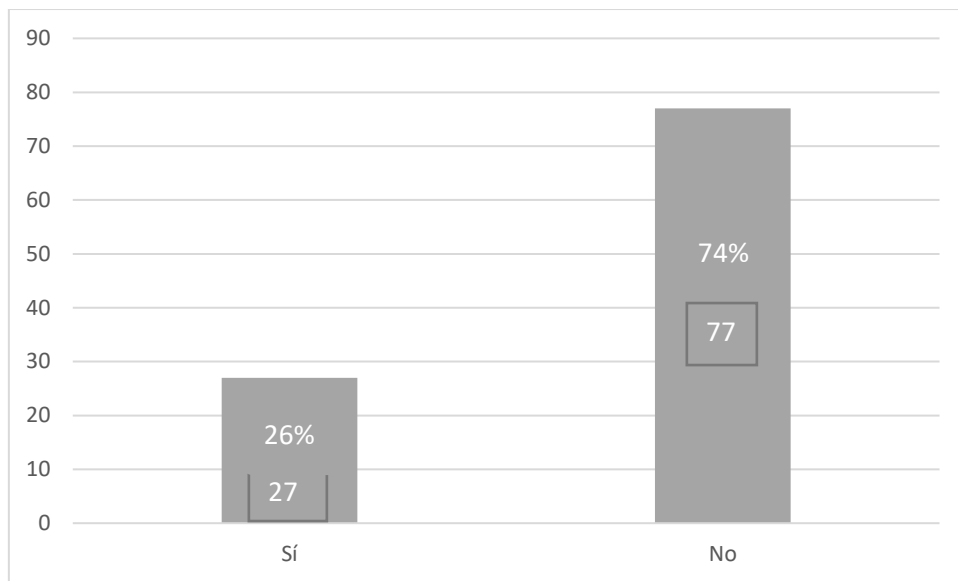
	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Consumo de bebidas alcohólicas	20	19.2%
Abuso de medicamentos	5	4.8
Consumo de sustancias adictivas	0	0%
Uso de tabaco	8	7.7%
Sedentarismo	53	51%
Vive solo	32	30.8%
Consumo de sal y azúcares	84	80%
Saltarse tiempos de alimentación	33	37.1%
Relaciones sexuales sin protección	5	4.8%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

En la tabla anterior se representan las respuestas de los adultos mayores sobre la realización de actividades que representan un factor de riesgo para su salud, 80% (84) consume sal y azúcares en su dieta, el 51% (53) practicó sedentarismo, 37.7% (33) no cumplían con los 3 tiempos de comida, 30.8% (32) vive solo, el 19.2% (20) consumía bebidas alcohólicas, el 7.7% (8) consumía tabaco, el 4.8 % (5) tenía relaciones sexuales sin protección y el 4.8 % (5) practicaba abuso de medicamentos. Ningún encuestado seleccionó el uso de sustancias adictivas.

Gráfico No 11:

Adultos mayores que recibieron maltrato según Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

El 26% (27) de la población recibió maltrato, mientras que el 74% (77) no sufrió ningún tipo de maltrato.

Tabla No 8:

Adultos mayores que han recibido maltrato según Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.

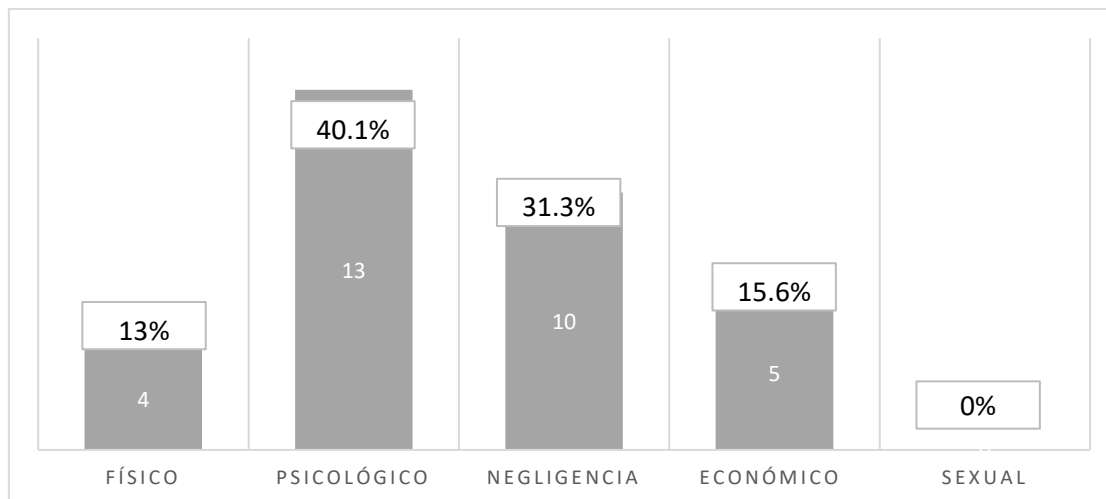
Recibió maltrato según escala		Porcentaje	Tipo de maltrato	Porcentaje		Agresor
Sí	27	26	Físico	4	13	Hermanos, hijos
			Psicológico	13	40.1	Hijos, vecinos
			Negligencia	10	31.3	Hijos
			Económico	5	15.6	Hijos, nietos
			Sexual	0	0.0	
No	77	74				

Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

La tabla anterior muestra que el 26% (27) sufría maltrato; mientras que el 74% (77), no. Teniendo como prevalencia el tipo de maltrato psicológico con 40.1 (13) y en segundo lugar la negligencia de los cuidadores con el 31.3% (10).

Gráfico No 12:

Tipos de maltrato según Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, cuestionario "Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – octubre 2023"

La prevalencia del maltrato es de tipo psicológica con el 40.1% (13) de los casos de maltrato, mientras que en segundo lugar la negligencia de los cuidadores con el 31.3% (10), el 15.6% (5) han recibido maltrato económico y el 13% (4) presentó maltrato físico. Ninguno refirió maltrato sexual.

VIII. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, que tuvo como Universo 142 adultos mayores que consultaron entre los meses de febrero – octubre 2023 en la Unidad de Salud “La Laguna”, Chalatenango. La muestra fue de tipo probabilístico y estuvo conformada por 104 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. La información se obtuvo con ayuda de un cuestionario y la aplicación de la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor. Se observó que el grupo etéreo estuvo mayormente representado por el rango de edad de 71 a 75 años, siendo 70 mujeres y 34 hombres. De los participantes del estudio 34 estaban jubilados. Con relación al estado civil, se determinó que 43 estaban casados, 47 contaban con escolaridad básica y solo 3 habían completado estudios superiores.

Al indagar sobre la pertenencia a un grupo religioso, la mayoría (104) profesaba una religión. Lo que puede resultar interesante ya que es conocido que algunas religiones tienen grupos de apoyo y realizan actividades comunitarias y en pro del adulto mayor.

Con la aplicación de la Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor, se determinó que 27 pacientes presentaban maltrato, lo cual corresponde a 26% de los pacientes registrados para el año 2023. Según el trabajo de posgrado “Calidad de vida de las personas adultas mayores usuarias de la unidad de diagnósticos y procedimientos especiales, de la fundación para el desarrollo de la mujer salvadoreña, febrero a septiembre del 2019”, con una muestra de 194 adultos mayores, el 89% de las personas que fueron encuestadas no recibieron maltrato físico o emocional, 11% si sufrió maltrato físico y emocional. Si se compara la prevalencia de ambos estudios se observa un hallazgo similar en relación al número de adultos mayores afectados por maltrato, lo cual se puede percibir como una alarma de que el maltrato hacia el adulto mayor es evidente y en 4 años las cifras siguen siendo las mismas por lo que no se está realizando esfuerzos para poder ser erradicado, en contraste con la población general, a la cual no se le realizan encuestas de este tipo.

Los criterios para denominar maltrato en este estudio se basan en el Lineamiento de atención al adulto mayor, y la escala de maltrato en el adulto mayor la cual tiene 5

dimensiones basadas en el tipo de maltrato: físico, psicológico, negligencia, económico y sexual, con un puntaje total de 22. Cada parámetro se mide a través de valores numéricos dando un valor de 1 a cada ítem. Se considera positivo a maltrato si en uno de los 22 ítems de la escala el adulto mayor responde con un “Sí”

De la muestra estudiada, de 104 adultos mayores en su totalidad, se tiene que al menos 27 adultos mayores sufren de algún tipo de maltrato, lo cual se refleja en que el 26% de la población de adultos mayores estudiada está siendo maltratada, en su mayoría los abusadores son miembros del grupo familiar, encontrándose que los hijos son los que mayormente efectúan las agresiones hacia el adulto mayor.

El tipo de maltrato que obtuvo la mayor frecuencia fue el psicológico con 40.1%, que corresponde a 13 adultos mayores, seguido de la negligencia con 31.3% con una frecuencia de 10, el maltrato económico con un 15.6% correspondiente a 5 adultos y mayores, ubicándose en último lugar el maltrato físico con 13% que representó a 4 adultos mayores.

El maltrato puede afectar a cualquier adulto mayor sin importar raza, grupo étnico, nivel socioeconómico, religión, educación ni ubicación geográfica.

El departamento de Chalatenango cuenta con una densidad de población de 181, 809 habitantes siendo uno de los departamentos que se ubica por debajo del promedio nacional por contar con menor población por Km², con 21,779 habitantes mayores de 60 años de edad. Si se toma que el 26% de los adultos mayores estudiados sufren algún tipo de maltrato, se puede deducir que 1 de cada 4 adultos mayores sufre de maltrato, y si se asume que la prevalencia es igual en este grupo etario, se obtendría que 5444 adultos mayores sufren de maltrato en Chalatenango según su densidad poblacional, y a nivel nacional según *la “Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2021”*, El Salvador cuenta con una población de 6,325,827, donde uno de los grupos de edad más representativos es la población joven de 15 a 29 años de edad (1,681,121). Así mismo el grupo de 7 a 14 años representa el 12.9%. Otro segmento de la población que por el cambio demográfico va tomando mucha relevancia son los

adultos mayores de 60 años y más (14.0%). Si los adultos mayores representan el 14% de la población nacional, basados en esta investigación asumiendo que cada adulto mayor en el país está expuesto a las mismas condiciones, factores de riesgo, problemas socioeconómicos, y factores demográficos, se tendría que el 3.5% de la población nacional sufre de algún tipo de maltrato.

El Salvador es uno de los países que ratificó en 2018, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, su Ley contra la Violencia Intrafamiliar (decreto núm. 902 de 1996) establece los mecanismos para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y enuncia de forma específica la protección especial a personas mayores (Asamblea Legislativa, 1996), sin embargo este estudio ha revelado que hay lugares con áreas geográficas de difícil acceso en las cuales aún se están presentando tipos de violencia contra el adulto mayor, teniendo una mayor prevalencia en violencia psicológica y negligencia por parte de los cuidadores los cuales no dan los cuidados necesarios o mínimos al adulto mayor y el caso de personas o familiares que han dejado en abandono a dichos pacientes lo cual también cuenta como un tipo de maltrato o vulneración a los derechos del adulto mayor, todo esto se puede relacionar con el tipo de cultura que hay en estas áreas geográficas rurales en donde se conserva una postura predominantemente machista lo cual se ve reflejado en los datos de la investigación la cual revela que 71 pacientes entrevistados, eran mujeres, con el 68% de la población investigada, y solo 34 pacientes fueron masculinos con el 32% por lo que muchos pacientes masculinos no acceden a ir a una consulta médica, así como el trato que tienen hacia sus parejas, o sus cuidadores los cuales muchas veces resultan ser los hijos, estas personas al no poder lidiar con el carácter de la figura paterna en el hogar podemos asumir que llega a un punto de quiebre que termina en violencia hacia el adulto mayor, así como el abandono de los cuidadores al no poder tolerar a este tipo de pacientes los cuales tienden a ser bastante quisquillosos al momento de estar en control, o siguiendo algún tipo de tratamiento continuo como es el caso de las enfermedades crónicas

IX. LIMITANTES

Se deben de destacar las siguientes limitantes que se presentaron durante la investigación:

- Hubo dificultad de comunicación con algunos adultos mayores por el nivel de alfabetismo y el tiempo prolongado por participante encuestado.
- Falta de antecedentes sobre el tema; investigaciones e instrumentos validados por profesionales de la salud en El Salvador en relación a la población y variables de investigación.

X. CONCLUSIONES

Objetivo 1. Numerar la cantidad de adultos mayores que consultan en la Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango.

- La cantidad de participantes en el estudio fue de 142, de los cuales 104 cumplían con los criterios de inclusión.

Objetivo 2. Identificar las razones de consulta por las cuales el adulto mayor visita la unidad de salud.

- En la población de estudio se identificó a las enfermedades crónicas no transmisibles como principal motivo de consulta en los adultos mayores
- Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles como motivo de consulta se señaló a la hipertensión arterial como mayoritaria, seguida por la diabetes mellitus.
- Enfermedad renal crónica, enfermedades tiroideas y otras enfermedades no transmisibles en conjunto mostraron una prevalencia mucho menor como motivos de consulta

Objetivo 3. Determinar las variables demográficas (edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel educativo) de los adultos mayores en estudio.

- El grupo de edad mayoritario de los adultos mayores en estudio oscila entre los 71 a 75 años.
- Aproximadamente dos tercios (67.3%) de la población de estudio se compone de personas adultas mayores del sexo femenino.
- Hasta un 41.3% de los adultos mayores de la población estudiada se encuentran casados.
- Existe un nivel educativo primordialmente bajo en los adultos mayores que forman parte de la población en estudio, 45.2% con un nivel básico y 33.7% en analfabetismo.

Objetivo 4. Identificar los factores socioeconómicos (redes de apoyo, religión, estilo de vida) de la población en estudio.

- La mayor parte de los adultos mayores que consultaron en la Unidad de Salud “La laguna” contaron con redes de apoyo, en especial por parte de su grupo familiar.
- La religión cristiana católica era la más practicada por los adultos mayores participantes del proceso de investigación.
- Los principales factores de riesgo para la salud del adulto mayor asociados a los estilos de vida son el consumo excesivo de sal y azúcares en la dieta, sedentarismo y no cumplir con una alimentación con horario regular.

Objetivo 5. Clasificar los tipos de maltrato prevalentes en la población adulta mayor en estudio.

De los tipos de maltrato evaluados por la escala del maltrato al adulto mayor, la forma predominante de maltrato en la población de estudio es “maltrato psicológico”, seguido por un estrecho margen por “negligencia”.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Se considere ampliar la cobertura de investigaciones sobre el maltrato al adulto mayor, debido a que la población de adultos mayores es extensa y es un grupo etéreo no explorado. De acuerdo con la “*Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2021*” los adultos mayores de 60 años y más (14.0%) manifiestan una tendencia a crecer, debido a la condición de envejecimiento de la población.
- Se sugiere realizar investigaciones indagando sobre los fenómenos psicosociales en los maltratadores dentro del seno familiar, en los cuidadores y en las instituciones públicas que atiendan a los adultos mayores en específico.

Al Primer Nivel de Atención:

- Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda realizar sesiones psicoeducativas, con la finalidad de promover el respeto y el cuidado del adulto mayor, para evitar el maltrato en cualquiera de sus formas.
- De acuerdo a la legislación salvadoreña, los adultos mayores cuentan con normativa específica para el cumplimiento de sus derechos, por lo que se considera hacer incapié, a través de la promoción de salud y prevención de todas las formas de violencia, en el conocimiento del conjunto de leyes y normas que velan por este grupo etéreo.

A la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador:

- En cuanto a futuras investigaciones, se sugiere ahondar con diferentes variables e investigaciones cualitativas para la detección de otros riesgos psicosociales que presenta esta población vulnerable.
- Por lo mencionado anteriormente, se debe considerar la provisión de recursos y materiales hacia los investigadores.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores [Internet]. mexico.un.org. 2022 [citado 12 abril 2023]. Disponible en: <https://mexico.un.org/es/212598-envejecimiento-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-inclusi%C3%B3n-y-derechos-de-las-personas-mayores#:~:text=Confirma%20que%20el%20envejecimiento%20poblacional,16%2C5%25%20en%202030>
2. The Lancet. Global Health [Internet]. www.thelancet.com. 2017 [citado 12 abril 2023]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30006-2/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30006-2/fulltext#articleInformation)
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. www.who.int. 2022 [citado 12 abril 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
4. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www3.paho.org. 2015 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11167:2015-implement-inter-american-convention-rights-older-persons&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
5. Ministerio de Salud [Internet]. asp.salud.gob.sv. 2020 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/normatecnicadeatencionintegrale nsaludalapersonaadultamayor.pdf>
6. Perspectiva de género [Internet]. tareaperspectivadegenerodennisse.blogspot.com. 2017 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: <http://tareaperspectivadegenerodennisse.blogspot.com/2017/11/tipos-de-maltrato-y-violencia-de-genero.html>

7. Oficina Nacional de Estadística y Censos [Internet]. onec.bcr.gob.sv. 2021 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: <https://onec.bcr.gob.sv/encuesta-de-hogares-de-propositos-multiples-ehpm/>
8. Unidad de Estadística e Información (UEI) [Internet]. www.salud.gob.sv. 2021 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/piramides-poblacionales-ano-2020-el-salvador/>
9. ELSEVIER [Internet]. www.elsevier.es. 2018 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-deteccion-seguimiento-malos-tratos-personas-S0211139X17300549>
10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. www.who.int. 2022 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
11. By Roll eat. Cambios en el estilo de vida y concepto según la OMS [Internet]. rolleat.com. 2021 [citado 28 abril 2023]. Disponible en: <https://rolleat.com/es/estilo-de-vida/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20OMS%2C%20el%20estilo,La%20salud%20f%C3%ADsica.>
12. Oficina de Información Diplomática [Internet]. www.exteriores.gob.es. 2022 [citado 16 abril 2023]. Disponible en: https://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/elsalvador_ficha%20pais.pdf
13. IMSS. Guía de práctica clínica: Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. México D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2013. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf
14. Centers for Disease Control and Prevention. Elder Abuse Prevention [internet]. 2016 [citado 2018 oct. 9]. Disponible en: Disponible en: <https://www.cdc.gov/features/elderabuse/>.

15. Morena B. Maltrato psicológico. En: Cuesta J, editor. El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. Donostia, Gipuzkoa: Hurkoa Fundazioa, Instituto Vasco de Criminología ; 2006. pp. 23-38.
16. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *Am J Public Health*. 2010;100(2):292-297. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163089>.
17. Melchiorre MG, Rosa MD, Lamura G, et al. Abuse of older men in seven European countries: A multilevel approach in the framework of an ecological model. *plos one*. 2016;11(1):e0146425. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146425>.
18. Penhale B. Older women, domestic violence, and elder abuse: A review of commonalities, differences, and shared approaches. *J Elder Abuse Negl*. 2003;15(3-4):163-183. doi: https://doi.org/10.1300/J084v15n03_10.
19. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2008.
20. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de ancianos y alcohol. Nota descriptiva [internet]. 2006 [citado 2017 ago. 13]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_elder_es.pdf.
21. Labrum, T. & Phyllis L. (2015). Physical elder abuse perpetrated by relatives with serious mental illness: A preliminary conceptual social-ecological model. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 293-303.
22. Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., et al. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin(Barc)*, 141(12), 522-526.
23. Frazão, S. L., et al. (2014). Domestic violence against elderly with disability. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 28, 19-24.

24. Martins, R., Neto, M., Andrade, A., et al. (2014). Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*, 46, 206-209.
25. Casado, I. & Bárcena, C. (2014). Analysis of violence against elderly woman. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 161, 110 - 114.
26. Kishimoto, Y., et al. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Research*, 209, 699-704.
27. Trujillo, D.M., Valdés, B. M., & Espinosa, Y. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), 1-10
28. INATIA. ¿Qué son los grupos de autoayuda? Leer más en: <http://crecimiento-personal.innatia.com/c-centros-de-autoayuda/a-que-son-grupos-autoayuda.html> [Internet]. crecimiento-personal.innatia.com. 2012 [citado 21 septiembre 2023]. Disponible en: [https:// bit.ly/2xUI6dU](https://bit.ly/2xUI6dU)
29. Fernández AR, Manrique-Abril FG. ROL DE LA ENFERMERÍA EN EL APOYO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR. *Enfermería Global* [Internet]. scielo.isciii.es. 2010 [citado 21 septiembre 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion1.pdf>
30. Urrutia A. Villarraga G. Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. [Internet]. www.eumed.net. 2010 [citado 21 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm>
31. Godínez RMÁ, Solís CM, Cuevas GL, et al. Los Grupos de Autoayuda: una estrategia que favorece la satisfacción personal de los adultos mayores [Internet]. www.medigraphic.com. 2020 [citado 21 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cui2018b.pdf>
32. Scielo [Internet]. www.scielo.org.co. 2019 [citado 16 abril 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v22n41/0124-0137-psico-22-41-00006>

33. Escalante X. Relación entre violencia familiar y depresión en el adulto mayor participantes del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor de Lima Este-Zona 06 [Psicólogo]. Universidad Peruana Unión; 2020.
34. Ruiz Mitjana L. Alfa de Cronbach (α): qué es y cómo se usa en estadística [Internet]. psicologiaymente.com. 2019 [citado 31 agosto 2023]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/miscelanea/alfa-de-cronbach>
35. Universidad de Valencia. SPSS: ANÁLISIS DE FIABILIDAD [Internet]. www.uv.es. 2015 [citado 31 agosto 2023]. Disponible en: https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
36. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach [Internet]. <http://www.scielo.org.co/>. 2005 [citado 31 agosto 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009#:~:text=La%20forma%20m%C3%A1s%20sencilla%20de%20del%20promedio%20de%20todas%20las
37. Pérez Leal J. ASESORÍA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO [Internet]. asesoriatesis1960.blogspot.com. 2014 [citado 31 agosto 2023]. Disponible en: <https://asesoriatesis1960.blogspot.com/2014/07/coeficiente-alfa-de-cronbach.html>
38. Calculadora estadística en línea [Internet]. datatab.es. 2023 [citado 31 agosto 2023]. Disponible en: <https://datatab.es/statistics-calculator/reliability-analysis/cronbachs-alpha-calculator>
39. Contribuciones de El Salvador [Internet]. www.ohchr.org. 2021 [citado 16 abril 2022]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RQtrN7TREVkJ:https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-12/EL_SALVADOR.docx&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=sv
40. Lozano B. Sistema Integrado de Salud (SIS) agiliza procesos de atención. Diario El Salvador [Internet]. 2023 [citado 4 mayo 2023];1. Disponible en:

<https://diarioelsalvador.com/sistema-integrado-de-salud-sis-agiliza-procesos-de-atencion/335064/>

41. Sistema Integrado de Salud [Internet]. sis-ulalaguna.salud.gob.sv. 2023 [citado 9 mayo 2023]. Disponible en: https://sis-ulalaguna.salud.gob.sv/admin/minsal/seguimiento/secantecedentes/informe_enfermedades_cronicas
42. Muguirra A. QuestionPro. ¿Cómo determinar el tamaño de la muestra de una investigación de mercados? [Internet]. www.questionpro.com. 2022 [citado 11 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/como-determinar-el-tamano-de-una-muestra/>
43. Biblioguías - Biblioteca de la CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL Biblioteca CEPAL Repositorio Digital Pregúntanos. Gestión de datos de investigación [Internet]. biblioguias.cepal.org. 2020 [citado 2 marzo 2023]. Disponible en: <https://biblioguias.cepal.org/c.php?q=495473&p=4398114>
44. Biblioguías - Biblioteca de la CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL Biblioteca CEPAL Repositorio Digital Pregúntanos. Gestión de datos de investigación [Internet]. biblioguias.cepal.org. 2020 [citado 2 marzo 2023]. Disponible en: <https://biblioguias.cepal.org/c.php?q=495473&p=4398118>
45. Semiología Médica [Internet]. www.semiologiaclinica.com. 2020 [citado 26 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.semiologiaclinica.com/index.php/motivos-de-consulta>
46. Real Academia Española [Internet]. dle.rae.es. 2022 [citado 27 abril 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
47. Real Academia Española [Internet]. dle.rae.es. 2022 [citado 27 abril 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo?m=form>
48. Real Academia Española [Internet]. dle.rae.es. 2022 [citado 27 abril 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia?m=form>

49. Conceptos jurídicos. Estado civil [Internet]. www.conceptosjuridicos.com. 2022 [citado 27 abril 2023]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/gt/estado-civil/>
50. California Office of Environmental Health Hazard Assessment [Internet]. oehha.ca.gov. 2022 [citado 27 abril 2023]. Disponible en: <https://oehha.ca.gov/calenviroscreen/indicator/nivel-educativo>
51. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. decs.bvsalud.org. 2023 [citado 26 marzo 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13344&filter=ths_exact_term&q=Factores%20Socioecon%C3%B3micos#Concepts

XIII. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
TRABAJO DE GRADO 2023

“Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna” Chalatenango. Febrero – octubre 2023”

Objetivo: Identificar los factores asociados al maltrato en el adulto mayor de ambos sexos, usuarios de la unidad de salud intermedia La Laguna, Chalatenango, durante el periodo de febrero – octubre 2023.

A. Datos generales

1. Edad	2. Sexo		3. Procedencia		4. Estado civil					5. Nivel educativo				
	F	M	U	R	S	A	C	D	V	B	S	B°	ES	A

F=femenino, M=masculino, U=urbano, R=rural, S=soltero/a, A=acompañado/a, C=casado/a, D=divorciado/a, V=viudo/a, B=básica, S=secundaria, B°=bachillerato, ES=estudios superiores, A=analfabeta.

B. Socioeconómico

7. Ocupación				8. Religión					
E	D	J	O	C	E	TJ	M	O	N

E=empleado, D=desempleado, J=jubilado, O=otros, C=católico, E=evangélico, TJ=testigo de Jehová, M=mormón, O=otras, N=ninguna

9. ¿Participa usted en algún programa para adultos mayores?

Sí No

¿Cuáles?

10. ¿Pertenece usted a algún club?

Sí No

¿Cuáles?

10. ¿Se siente usted apoyado, de forma general?

Sí No

Si su respuesta es sí, ¿por quiénes se siente apoyado?

- a) Familia
- b) Amigos
- c) Personal de salud
- d) Otros

C. Motivo de consulta

11. Enfermedades no transmisibles					12. Lesiones o traumas				13. Enfermedades transmisibles			
DM	HTA	ERC	ET	O	C	H	Q	O	E	PI	IRAS	O

DM=Diabetes Mellitus, HTA=Hipertensión arterial, ERC=Enfermedad renal crónica, ET=enfermedades tiroideas, C=caídas, H=heridas, Q=quemaduras, E=escabiosis, Pi=parasitismo intestinal, IRAS=infecciones respiratorias agudas, O=otros.

D. Estilos de vida

14. De las siguientes actividades, ¿cuáles puede realizar solo o con ayuda? Marque con una X.

Factores protectores	Solo	Con ayuda
Autocuidado		
a) Peinarse		
b) Bañarse		
c) Vestirse		
d) Tomar su medicamento		
Actividad física.		
a) Caminar		
b) Recreación al aire libre		
Actividad cotidiana		
a) Limpieza		
b) Alimentación		
c) Jardinería		
d) Cuidado de animales/mascotas		

15. De las siguientes características, ¿Cuáles identifica en usted? Marque con una X.

Autoestima	Sí	No
a) Sentirse valorado/útil.		
b) Iniciativa/motivado ante la vida.		
c) Miedo de expresar opinión.		
d) Preocupación excesiva por la opinión de los demás.		
e) Pensamientos negativos frecuentes.		
f) Tristeza la mayor parte del tiempo.		
g) Sentirse satisfecho con usted mismo.		

16. De las siguientes, ¿cuáles prácticas, conductas y características identifica en usted? Marque con una X.

Factores nocivos	Sí	No
a) Consumo de bebidas alcohólicas.		
b) Abuso de medicamentos.		
c) Consumo de sustancias adictivas.		
d) Uso de tabaco.		
e) Sedentarismo.		
f) Vive solo.		
g) Consumo de sal y azúcares.		
h) Saltarse tiempos de alimentación.		
i) Relaciones sexuales sin protección.		

E. 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 Si su respuesta es sí pase a B.	B ¿Esto ocurrió...	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D ¿Quién fue el responsable? Parentesco	E ¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted...	0 No 1 Sí * No respondió	1 una vez? 2 pocas veces? 3 muchas veces? 99 No respondió.	1 Un año y menos. 98 No recuerda.	Registre el Parentesco que tiene con la persona mayor.	1 Hombre 2 Mujer
FÍSICO					
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?					
PSICOLÓGICO					
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?					
NEGLIGENCIA					
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?					

Anexo 2. Documento de consentimiento informado para pacientes adultos mayores que asisten a la Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango.

Nombre de los investigadores:

Carmen Beatriz López Berrios

Kevin Alexis López Ramírez

Jorge René López Turcios

Nombre de la institución: Universidad de El Salvador

Nombre de la propuesta y versión:

“MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR. UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA “LA LAGUNA” CHALATENANGO. FEBRERO – OCTUBRE 2023.”

PARTE I:

Información Introducción

Nosotros como estudiantes de la FMUES estamos investigando sobre el maltrato en el adulto mayor, en usuarios que asisten a la Unidad de Salud Intermedia de La Laguna Chalatenango. No tiene que decidir hoy si participa o no en esta investigación. Antes de decidirse puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda, no dude en detenerme para darme tiempo en explicarle o si tiene preguntas, puede preguntar al docente director o a otros miembros del equipo.

Propósito

Esta investigación se realiza con el propósito de identificar la prevalencia del maltrato en la población de estudio y caracterizar el tipo de maltrato en lo que concierne a los factores de riesgo que presentan, manifestaciones clínicas y complicaciones.

Tipo de Intervención de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo transversal retrospectivo, se realizará de febrero a octubre del 2023. Los datos se recolectarán mediante la encuesta y el instrumento un cuestionario con preguntas cerradas.

Selección de participantes

Los participantes del presente estudio se eligieron de entre los pacientes adultos mayores que asisten a la Unidad de Salud de la Laguna Chalatenango.

Participación Voluntaria

La presente investigación es de carácter voluntario. Él o la participante puede elegir retirarse de la investigación posteriormente o aceptar participar en un tiempo posterior. Toda la información recolectada durante la investigación es confidencial, no se compartirán datos personales con personas ajenas a la investigación.

Procedimientos y Protocolo

Para la obtención de datos se realizará una revisión de expedientes y datos epidemiológicos obtenidos a través del Sistema de Morbimortalidad en Línea SIMMOW provistos por la directora de la Unidad de Salud de La laguna. La información será recolectada mediante la técnica de encuesta a personas que asistieron a consultar en dicho establecimiento y que pertenecen al grupo etareo del adulto mayor. La información recabada será colocada en cuestionarios para luego ser procesada.

Para el procesamiento los datos se colocarán en una base de datos en Microsoft Excel y se agruparán acorde a sexo y grupos etareos, según objetivos, realizando el proceso para prevalencia, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y complicaciones. La prevalencia se determinará mediante la división del número existente de casos y la población total. Los datos recolectados de prevalencia del maltrato al adulto mayor se representarán en gráficos de barra o lineales.

Duración

La investigación se extiende de febrero a octubre del 2023

Efectos Secundarios

La presente investigación no presenta efectos secundarios para su salud.

Riesgos.

La presente investigación no presenta riesgo para su salud.

Molestias.

La presente investigación no presenta molestias para su salud.

Beneficios.

La presente investigación no presenta beneficios inmediatos para el participante. Para la población tendrá el beneficio de recabar datos epidemiológicos que aporten información relevante en nuestro país sobre dicha temática.

Incentivos.

No se ofrece ningún incentivo o beneficio por participar en la presente investigación.

La información recolectada de cada participante será asociada a un número con el propósito de ocultar información personal que pueda vincular al participante con el estudio. La identidad de las personas que participen en el presente estudio es de

carácter estrictamente confidencial, solo los investigadores manejan la información recolectada y no se compartirá ningún tipo de información personal con personas que no pertenezcan al grupo de investigación.

Compartiendo los Resultados.

Los resultados de la investigación no incluirán información personal que pueda relacionarse con los participantes del estudio. Los resultados serán compartidos con la Universidad de El Salvador y la Unidad de Salud Intermedia La Laguna, Chalatenango, para que otras personas puedan aprender y beneficiarse de los hallazgos hechos durante el presente proceso.

Derecho a Negarse o Retirarse.

La participación en el presente estudio es de carácter voluntario y cada participante tiene derecho a retirarse en cualquier momento de la investigación. Negarse a participar en la investigación o retirarse en cualquier momento no le afectará de manera negativa de ninguna forma.

A Quién contactar.

Si se presenta alguna duda o preocupación puede contactar al equipo de investigación en cualquier momento al siguiente número:

Tel: 7632-1641




PARTE II: Formulario de Consentimiento

Se me ha informado que esta investigación se centra en la caracterización del maltrato en el adulto mayor en los pacientes que consultan en la unidad de salud intermedia de La Laguna Chalatenango.


He sido invitado/a a participar en la investigación que lleva por título: “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna”, Chalatenango. Febrero – octubre 2023.”

Entiendo que solo me harán realizar una encuesta con los investigadores en la cual se recaudaran datos y se enfocará en el maltrato del adulto mayor.

He escuchado la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante:	
Participante acepta:	
Nombre y firma de los investigadores:	 Carmen Beatriz López Berrios
	 Kevin Alexis López Ramírez
	 Jorge René López Turcios
Fecha:	

Anexo 3. Notificación de trámite de autorización del centro donde se realizó el estudio.



DIRECCIÓN DE ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
25 Avenida Norte, Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa"
Teléfono 2511-2000 Ext. 6046 o 6047. Directo 2225-8404

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", 17 de abril de 2023

Dra. Rosa Estela Montano Orantes
Directora de Unidad de Salud Intermedia
La Laguna, Chalatenango
Presente

DEM – No. 121 - 2023

Distinguida Doctora Montano:

Le saludo cordialmente deseándole éxito en sus actividades diarias.

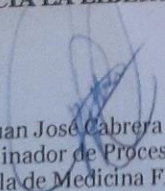
Sirva la presente para solicitar se permita desarrollar en esa institución el proyecto de investigación titulado: " **Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia "La Laguna" Chalatenango. Febrero – mayo 2023**", mediante la revisión de expedientes clínicos y obtener datos del SIMMOW.


Dicho proyecto corresponde al Núcleo No. 43, integrado por los **Doctores Carmen Beatriz López Berrios, Kevin Alexis López Ramírez y Jorge René López Turcios**, todos egresados de la carrera de Doctorado en Medicina, con asesoría de un docente de nuestra Facultad.

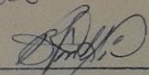
Informarle que dicho protocolo ya ha sido evaluado y aprobado por las instancias académicas de la Escuela de Medicina.

Sin otro particular y agradeciendo su atención al presente, me suscribo atentamente de usted.

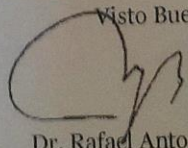
Atentamente
"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

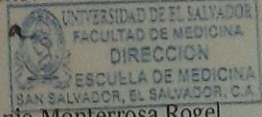

Dr. Juan José Cabrera Quezada
Coordinador de Procesos de Grado
Escuela de Medicina FMUES




Recibido / Aprobado


Dra. Rosa Estela Montano Orantes
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 8670

Visto Bueno:


Dr. Rafael Antonio Monterrosa Rogel
Director de la Escuela de Medicina

Visto Bueno Dr. RAMIR

c.c. archivo
*Onix de Salomón

 escuela.medicina@ues.edu.sv

Anexo 4. Correspondencia de recibido de la copia del trabajo donde se realizó el estudio.

Chalatenango, 23 de octubre del 2023

Dra. Rosa Estela Montano Orantes

Directora de USI La Laguna

Respetable directora, por este medio deseamos hacer constar la entrega formal del Informe final de nuestra tesis para optar al título de Doctor en Medicina, titulado: “Maltrato en el adulto mayor. Unidad de Salud Intermedia “La Laguna”, Chalatenango. Febrero – octubre 2023.”, para que este quede como comprobante del estudio realizado en este municipio, y que pueda ser utilizado para los usos que se estime convenientes.

Atentamente:

Carmen Beatriz López Berrios

Kevin Alexis López Ramírez

Jorge René López Turcios

Firma de recibido:

Dra. Rosa Estela Montano Orantes

Dra. Rosa Estela Montano Orantes
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 8670