



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
MEDICINA FAMILIAR

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA
UMF 7, CDMX.

P R E S E N T A

DIANA NICTE MEDRANO GARCIA
MÉDICA RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7 IMSS

ASESOR CLÍNICO:
EDITH MIREYA VILLANUEVA ESTRADA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ALTA ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 163 IMSS

ASESOR METODOLÓGICO:
MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 10 IMSS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



Ciudad de México, diciembre de 2022.

Número de folio: F-2022-3703-023
Número de registro: R-2022-3703-028



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

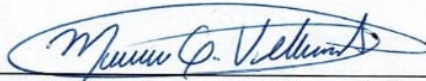
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES
DE LA UMF 7, CDMX.

AUTORIZACIONES



Diana Nicté Medrano García
Médica Residente de Segundo Año
Especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar N° 7.



Dra. Mariana Gabriela Villarreal Ávalos
Especialista en Medicina Familiar
Unidad de Medicina familiar N° 7.
Investigador Responsable



Edith Mireya Villanueva Estrada
Especialista en Medicina Familiar
Alta Especialidad en Gerontología
Unidad en Medicina Familiar N° 163.
Asesor Clínico



Manuel Millán Hernández
Especialista en Medicina Familiar
Maestro en Gestión Directiva en Salud
Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.
Departamento de Investigación en Educación Médica
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.
Asesor Metodológico

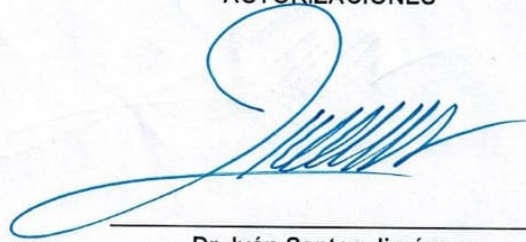


CIUDAD DE MÉXICO

DICIEMBRE 2022

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA
UMF7, CDMX.

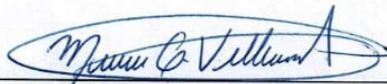
AUTORIZACIONES



Dr. Iván Santos Jiménez
Director
Unidad de Medicina Familiar N° 7.
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dra. Sandra Vega García
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar N° 7.
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dra. Mariana Gabriela Villarreal Ávalos
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar N° 7.
Instituto Mexicano del Seguro Social

CIUDAD DE MÉXICO



DICIEMBRE 2022

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA
UMF 7, CDMX.

AUTORIZACIONES



Dr. Javier Santacruz Varela
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Dr. Geovani López Ortiz
Coordinador de Investigación
de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Miércoles, 04 de mayo de 2022

M.E. MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7, CDMX** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3703-028

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 37038.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Jueves, 28 de abril de 2022

M.E. MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS

P R E S E N T E


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7, CDMX** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dra. ALYNE MENDO REYGADAS
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 37038

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por brindarme siempre su apoyo y cariño cuando más lo he necesitado, que han estado para mí en cada momento difícil, cada día de guardia, cada cumpleaños, cada navidad y día especial, gracias por su comprensión cuando he llegado a faltar. A mi madre por estar para mí cada post guardia, por hacerme compañía en este largo viaje, gracias por escucharme siempre que lo necesito, a mi padre por enseñarme a ver mis propios defectos y a enseñarme que siempre puedo mejorar, gracias por ser el otro punto de vista. A mis hermanas que son la alegría, energía y la felicidad instantánea cada día, gracias por hacerme reír cada que lo necesito. A Sergio por ser mi compañero de vida, gracias por ser mi inspiración continua, gracias por brindarme tanto amor y cariño, por inspirarme a continuar este sueño. Y un agradecimiento especial hasta el cielo para mis abuelos. Infinitas gracias.

A mi asesora, la Dra. Edith Mireya Villanueva Estrada por haber compartido conmigo sus conocimientos acerca de este bonito tema, por su paciencia y por haberme dado la oportunidad de desarrollar este proyecto con usted.

A la Dra. Mariana Gabriela Villarreal Ávalos por toda la ayuda, orientación y consejos que me brindó durante este proceso, por toda la paciencia y por hacerme mantener la vista en el objetivo. A la Dra. Sandra Vega García por haberme enseñado que la persistencia, constancia y esfuerzo siempre te hará crecer. Al Dr. Manuel Millán Hernández por compartirnos su experiencia y conocimiento como investigador, a ayudarme a ver todo el gran trabajo que realizamos y que sin su ayuda no hubiera sido posible, al Dr. Iván Santos Jiménez director de la Unidad de Medicina Familiar número 7 por brindarme la oportunidad para poder realizar este estudio de investigación. De igual forma un agradecimiento especial para el Dr. Castillo del Carmen que me ha enseñado que en este proceso siempre hay oportunidades para poder seguir aprendiendo, que a pesar de los momentos difíciles y complejos de la vida que no podemos evitar como personas, siempre existirá la opción de perseguir tus sueños.

A todos los que fueron parte de este viaje, infinitas gracias.

ÍNDICE

TEMA	PAGINA
1. Resumen	1
2. Antecedentes	2
3. Justificación	13
4. Planteamiento del problema	14
5. Objetivos 5.1 Objetivo general 5.2 Objetivos específicos	14
6. Hipótesis	14
7. Material y método 7.1 Diseño de estudio 7.2 Criterios de selección 7.3 Control de calidad	14 17 18
8. Muestreo	19
9. Variables 9.1 Lista de variables 9.2 Operacionalización de variables	20
10. Descripción del estudio	24
11. Análisis estadístico	24
12. Consideraciones éticas 12.1 Internacionales 12.2 Nacionales	24
13. Recursos	27
14. Limitaciones y Beneficios	27
15. Cronograma	28
16. Resultados	28
17. Discusión	51
18. Conclusiones	58
19. Referencias	59
20. Anexos	64

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7, CDMX.

Diana Nichte Medrano García¹. Mariana Gabriela Villareal Ávalos². Edith Mireya Villanueva Estrada³. Millán Hernández Manuel⁴. ¹ Residente de la Especialidad en Medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ² Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ³ Especialista en Medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 164 IMSS. ⁴ Especialista en Medicina Familiar del Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS.

Antecedentes: En 2017, la prevalencia mundial del Maltrato hacia el Adulto Mayor fue de 15.7%, afectando 141 millones de personas el año (1 de cada 7 adultos mayores), donde el tipo de maltrato predominante es el psicológico (11.6%). En México se estima que en el 2011 afectó a un 12.5% de la población de adultos mayores, siendo más frecuente en las personas de 60 a 69 años. Por lo que, con el aumento del envejecimiento de la población mexicana, aumentará la prevalencia del maltrato.

Objetivo: Conocer los factores de riesgo para maltrato del adulto mayor de la UMF 7.

Material y Métodos: Se aplicó una hoja de recolección de datos preguntando aspectos sociodemográficos de la población estudiada, presencia de factores de riesgo de maltrato y la aplicación de la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor.

Resultados: De un total de 381 pacientes, el género el femenino tuvo predominio (66.7%), el grupo de edad de 60 a 69 años (52.8%), la mayoría de los participantes refirió vivir con algún familiar (88.5%). Se identificó al maltrato psicológico como el tipo de maltrato más frecuente (11.8%). Se asociaron factores de riesgo para Maltrato psicológico: presencia de redes de apoyo, depresión, ansiedad, compartir vivienda con familiares y el antecedente de violencia intrafamiliar.

Conclusión: Existen factores de riesgo asociados a maltrato en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Palabras clave: Factores de Riesgo, Maltrato, Adulto Mayor, Tipos de Maltrato.

ANTECEDENTES

La Organización de Naciones Unidas ¹ (ONU), define como personas de la tercera edad a las personas mayores de 65 años que viven en países desarrollados y a las personas mayores de 60 años que viven en países en vías de desarrollo. En México, en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores ², se considera a los adultos mayores como aquellas que cuenten con sesenta años o más y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. La Organización Mundial de la Salud ³ (OMS), define como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años.

El creciente envejecimiento de la población, junto con la baja tasa de natalidad hace que los problemas asociados al envejecimiento tengan mayor importancia a nivel mundial. En el 2019 a nivel mundial, 1 de cada 11 personas tenía más de 65 años (representando 9% de la población total) y se estima que para el 2050, 1 de cada 6 personas tendrá más de 65 años (16% de la población total). ⁴

En 1990, los adultos mayores representaban el 6% de la población total en territorio nacional mexicano y en el 2020 el 12% de la población total (siendo 15.1 millones de personas), de estos el 56% tenía entre 60 a 69 años, 29% tenía de 70 a 79 años y 15% pertenecía al grupo de 80 años o más. ⁵

Existe un indicador el cual expresa la proporción del número de adultos mayores y el número de personas más jóvenes (menores de 15 años) llamado: Índice de envejecimiento, este se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años y se puede interpretar como más personas viven más años o que nacen menos personas. ⁶ En territorio nacional en 2020, había 48 adultos mayores por cada 100 adolescentes menores de 15 años, siendo la Ciudad de México el estado con mayor población de adultos mayores; donde por cada 100 personas menores de 15 años, hay 90 adultos mayores de 60 años. ⁵ Se prevé que para el 2050 las mujeres mayores de 60 años representarán el 23.3% de la población total femenina y los hombres un 19.5% de la población total. ⁷

Existe otro indicador el cual indica el aumento del número de personas de mayor edad al interior del grupo de los adultos mayores, “envejecimiento de la vejez”: número de personas mayores distribuidos por sub-rango etario, en el cual se puede explicar que dentro de todos los adultos mayores de 60 años y más, también aumentan los adultos

de mayor edad. ⁶ En 2019 la población de 80 años y más a nivel mundial era de 143 millones de personas, se estima que para el 2050 aumentará a 426 millones de personas en el 2050. ⁴ En territorio nacional en 2010 las personas de 60 a 69 años representaban el 54% de los adultos mayores totales, los de 70 a 79 años el 31%, los de 80 años y más el 14.9. En 2014 los de 60 a 69 años representaban el 55.1%, los de 70 a 79 años el 29.8%, los de 80 años y más el 15.1% y se estima que para el 2050, las personas de 60 a 69 años de edad representarán un 46.9% de la población total adulta mayor, las personas de 70 a 79 años 33.6% y los de 80 años y más 19.5%. ⁷ Conforme exista el aumento de la población adulta mayor, existe la mayor probabilidad de que exista deterioro de la salud de este grupo de edad así como el número de personas dependientes de cuidados. ⁷

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida en México en 1990 era de 71 años (mujeres de 74 años y hombre de 68 años), actualmente para 2020 la esperanza de vida en México fue de 75 años (mujeres a los 78 años y hombres a los 72 años). ⁸

DISCAPACIDAD

En 2013 se estimó la esperanza de vida saludable era de 65.8 años, término que se refiere a que, si la esperanza de vida en territorio nacional en el 2021 era de 75 años, las personas que tengan dicha edad, estas tendrán probablemente alguna enfermedad y dependencia los 9 años de su vida después de haber cumplido 65 años. Por otra parte, conforme vaya envejeciendo la población, existe la probabilidad de que haya deterioro funcional que afecte la salud y la calidad de vida de las personas tengan o no alguna discapacidad, por lo que aumenta la probabilidad de cuidado conforme aumenta la edad de la población. Cuando se refiere a la distinta edad en la esperanza de vida entre ambos sexos citada previamente no significa una ventaja respecto a la salud, sino que a pesar de que se logra vivir más años existe la probabilidad de tener un periodo más largo de enfermedad o discapacidad. ⁷ En territorio nacional en 2013, las enfermedades crónicas degenerativas representaban el 31% de años de vida perdidos por discapacidad, la demencia fue la discapacidad más frecuente en adultos mayores. ⁷

NECESIDAD DE CUIDADOS

En 2009 en territorio nacional, de los adultos mayores un 25.3% requirió de alguna persona le brindara de cuidados, de estos un 27.8% eran mujeres y 22.5% eran hombres. Los adultos de 60 a 69 años un 20.1% requirió de alguna persona, los de 70 a 79 años un 29.3% y los de 80 años y más un 37.7%, lo que se traduce a que, conforme a mayor edad, mayor necesidad de cuidados. ⁷

SITUACIÓN ECONÓMICA DEL ADULTO MAYOR

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), durante el primer trimestre del 2021 se registró que la tasa de actividad económica de los adultos mayores fue del 29 %, donde los hombres tenían mayor participación económica (45%) a comparación de las mujeres (16%). El grupo de adultos de 60 a 69 años tuvo la mayor tasa de participación económica de todos los adultos mayores (39%), mientras que los de 80 años y más participaron sólo un 8%. De estos, los adultos que tenían participación económica, el 47% trabajaba por cuenta propia y 40 % eran empleados remunerados. ⁹ . En un estudio citado previamente se encontró que el 41.4% de las personas que vivían solas eran económicamente activas. ⁹ En 2018, siete de cada diez adultos de 65 años o más percibían ingresos económicos por jubilación o a algún programa social. ¹⁰

ESTRUCTURA FAMILIAR

En 2018, de los 15.4 millones de adultos mayores en México, un 47.9% vivían en hogares nucleares (compuesto solo con la pareja, con o sin hijos solteros), 39.8% residían en hogares ampliados (uno o varios núcleos familiares) y solo el 11.4% vivían solos. ⁹

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Los adultos mayores que vivían solos en 2018, un 85.4% estaban afiliados a alguna institución de salud, de los cuales un 44.1% estaba afiliado al IMSS, 40% al seguro popular y un 14.8% estaba afiliada al ISSSTE. ¹⁰

DEFINICION DE MALTRATO DEL ADULTO MAYOR

El Maltrato del Adulto Mayor se define como: “Cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así

como su autonomía, derechos fundamentales del individuo de 60 años o más, en el que pueda ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional".¹¹

EPIDEMIOLOGIA DEL MALTRATO

En 2013, la prevalencia del maltrato en Estados Unidos fue entre 1-10% y se proyecta que para el 2060 sea de 23.5%.¹²

En 2017, 1 de cada 6 personas mayores de sesenta años presentó algún tipo de abuso, representando a 141 millones de adultos mayores al año. La investigación de este tema en instituciones, como hospitales, asilos y centros de atención de adultos mayores es escasa.¹³

En 2017 Yongjie Yon, R Mikton, zachary Gassoumis y Kathleen Willber¹⁴, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis para poder cuantificar la prevalencia mundial del maltrato del adulto mayor, donde se encontró una prevalencia del 15.7%, con mayor predominio del abuso psicológico (11.6%), seguido de abuso financiero (6.8%), negligencia (4.2%), abuso físico (2.6%) y abuso sexual en último lugar (0.9%).

En población latinoamericana (Brasil) Mapelli De Paiva y Dos santos Tavares¹⁵, determinaron la prevalencia de maltrato del adulto mayor en una población de 729 la cual fue de 20.9%, los tipos de maltrato con mayor predominio fueron el psicológico (20.9%) y el maltrato físico (5.9%); donde el sexo femenino fue mayormente afectado así como con las siguientes características: sin estudios, con ingresos económicos, con mala autopercepción de salud, con dependencia de instrumentos para realizar actividades de la vida diaria y como principal perpetrador: el cónyuge.

En Portugal, Joao y Nunez¹⁶ en 2019, identificaron seis tipos de patrones en el abuso en adultos mayores en una población de 245 pacientes: abuso verbal por otras personas (29%), abuso psicológico de hijos y/o nietos (18%), aislamiento (18%), robo (15%) abuso verbal por parte de su pareja sentimental (16%), maltrato físico y psicológico (6%).

En México 1999, a través del INEGI¹⁷ se realizó la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar, donde se encontraron los siguientes resultados respecto al maltrato de adultos mayores: hombres son mayormente afectados (20.7%) y mujeres en menor proporción (17%). El tipo de maltrato con mayor predominio en ambos sexos fue el psicológico (18.1%), seguido del físico (1.6%) y sexual en último lugar (0.1%).

Estadística nacional en 2011, la prevalencia del maltrato del adulto mayor fue de 12.5%, siendo más frecuente en personas de 60 a 69 años de edad, con mayor prevalencia el maltrato psicológico (6.9%), seguido de maltrato económico (3.8%), maltrato físico (1.9%) y violencia sexual en último lugar (0.8%). La población femenina afectada refirió que el maltrato era por parte de sus hijos, nietos o sobrinos en un 18%, donde el tipo de maltrato más frecuente en ellas fue el maltrato psicológico (10.7%).⁷

En nuestro medio, en 2016, se reportó la prevalencia del maltrato en adultos mayores del 1.7% en ambos sexos, en el cual el agresor era una persona sin vínculo consanguíneo (95%), con predominio de agresiones verbales en mujeres y en hombres agresión física. Los patrones asociados al maltrato en hombres fueron: edad menor en comparación con las mujeres (60-64 años), mayor escolaridad (secundaria o mayor) y mayor nivel socioeconómico; mientras que en las mujeres: tener depresión y no ser jefe de familia.¹⁸ En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares¹⁹, en el mismo año, se estimó que un 17.3% de las mujeres mayores de 60 años vivió algún tipo de violencia, el tipo de maltrato que se presentó con mayor frecuencia fue el maltrato emocional en un 15.2%, seguido de maltrato económico y patrimonial en un 6.3% y 1.2% de violencia física. De ellas un 4.1% no recibió ningún tipo de ingreso económico, aunque sus cuidadores sí lo tuvieran.

Vilar y Gaitán²⁰, realizaron un estudio de corte en territorio nacional en 2018, un estudio observacional con el objetivo de obtener severidad y frecuencia de maltrato del adulto mayor en pacientes femeninas que acudían a centros del INAPAM (Instituto Nacional Mexicano del Adulto Mayor) en la Ciudad de México, en el cual se reportó que un 30.5% abuso psicológico, 5.1% negligencia, 3.5% abuso físico y 1.2% abuso sexual en las participantes. Se identificaron factores protectores como tener una red de apoyo estable y nivel socioeconómico alto, mientras que tener depresión, poca seguridad alimentaria y discapacidad aumentan la frecuencia del abuso.²⁰

TIPOS DE MALTRATO

La OMS¹³, define 5 tipos de maltrato en el adulto mayor: psicológico, físico, económico, sexual y negligencia, mientras que la Guía de Práctica Clínica de Detección y Manejo del

Maltrato en los Adultos Mayores ¹⁰, considera también el maltrato institucional, la negligencia y el abandono como maltrato.

Maltrato físico

“Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones.” ²

Maltrato psicológico

Son las agresiones verbales, amenazas, insultos, humillaciones, no respetar su privacidad, provocando sentimiento de angustia, conducta pasiva, temblor, miedo, las cuales llevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. ²

Violencia sexual

Es cualquier acto que degrade o dañe el cuerpo y/o sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso y poder y cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar a las personas adultas mayores. ²

Para término del presente estudio usaremos el término de maltrato como sinónimo de violencia.

Maltrato económico

La OMS ¹¹, lo define como explotación o uso ilegal o indebido de los fondos u otros recursos del adulto mayor, a través del abuso de confianza y engaños. “Son limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de percepciones económicas, incluso la percepción de un salario menor por igual trabajo dentro de un mismo centro laboral.” ²

La ley de los derechos de las personas adultas mayores ², considera como violencia patrimonial como un tipo de maltrato diferente al económico y lo define como sustracción, destrucción, retención de objetos, documentos bienes y valores personales, propiedades, daño a bienes comunes o propios de la víctima.

Negligencia

“Es el fallo del cuidador al brindar apoyo en actividades básicas del paciente como alimentación, higiene, limpieza del paciente, seguridad, proveer de medicamentos, de forma intencional o no.” ¹¹

Abandono

Es cuando el adulto mayor presenta cualquiera de estas características: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o psicológico y falta de recursos económicos. ¹¹

Maltrato institucional

El que se ejerce dentro de instituciones públicas, privadas, donde se llega a negar la atención al adulto mayor o donde se ejerce cualquier tipo de maltrato. ¹¹

CAUSAS DEL MALTRATO

La prevalencia del maltrato del adulto mayor es influenciado por patrones culturales, sociales, prejuicios alrededor de este grupo de edad, la presencia de disfunción familiar previa, presencia o falta de seguridad económica, cobertura de pensiones, nivel educativo de la población y el ejercer un trabajo formal. ²¹

El maltrato del adulto mayor se puede considerar como una crisis familiar que ocurre por la mala adaptación familiar (y de cada uno de sus miembros) en respuesta a la mayor demanda de cuidados de la persona adulta, por lo que el maltrato puede disminuir con el relevo de sus cuidadores. ²²

Igualmente su origen se puede explicar a través de algunas de las siguientes teorías:

- Teoría del estrés o cansancio del cuidador: el maltrato es debido a la demanda excesiva que sobrepasa las capacidades del cuidador. ²³
- Teoría de la dependencia o discapacidad del adulto mayor: la alta dependencia del adulto mayor provoca riesgo de maltrato. ²⁴
- Teoría del aislamiento social: cuando el Adulto mayor y cuidador cuentan con redes de apoyo de difícil y poco acceso existe mayor riesgo de maltrato. ²⁴
- Modelo patológico, personalidad y abuso de sustancias del cuidador: las características del cuidador son las que favorecen al maltrato. ²⁴

- Teoría del aprendizaje social o violencia transgeneracional: las conductas agresivas aprendidas, social y culturalmente aceptadas desde la infancia son las que promueven el maltrato. ²⁴
- Teoría feminista: al maltrato a las mujeres mayores es secundario a las prácticas machistas basadas en jerarquías y en el desequilibrio del poder dentro de la familia. ²⁴

FACTORES DE RIESGO

El maltrato del adulto mayor es proporcionalmente mayor en adultos de 60 a 69 años, en personas con bajos niveles educativos, bajo nivel socioeconómico, personas que viven que viven con hijos y los que viven en áreas urbanas. ²⁴ En México 2018, se identificaron factores de riesgo para maltrato: depresión, poca seguridad alimentaria y discapacidad.

20

Existe un riesgo de maltrato conforme haya mayor sobrecarga del cuidador, mayor dependencia y vulnerabilidad de la persona adulta mayor. ⁷

Se consideran como factores de riesgo propios del paciente a los siguientes ¹¹:

- Discapacidad física y funcional: La discapacidad física como mental genera un riesgo más alto en medida que tengan mayor limitación de realización a las actividades de la vida diaria, debido a que pueden tener menor resistencia contra el maltrato físico, baja capacidad de escapar, así como mayor dificultad para comprender y reportar el maltrato.¹² La prevalencia del maltrato en personas con alguna discapacidad es mayor a comparación de las personas que no las tienen (52% en personas con discapacidad visual y 30% en personas con discapacidad auditiva). ²⁶
- Cohabitación: de las personas que comparten su vivienda con otras personas (hijos, pareja, amigos) un 50% de ellos reporta algún tipo de abuso, siendo el principal perpetrador los hijos. ²⁵
- Red de apoyo inestable o nula: tener amigos, apoyo familiar, no vivir en aislamiento mejora las habilidades del adulto mayor. Un 6% de los pacientes con maltrato no tienen redes de apoyo o viven en aislamiento. ²⁷

- Dependencia: Conforme la población adulta envejece es más probable que sea dependiente o necesite ayuda para poder realizar actividades de la vida diaria, por lo que dicho evento puede detonar estrés al cuidador y a su vez favorecer el maltrato o negligencia.¹² La dependencia funcional se considera uno de los factores de riesgo de mayor importancia para los malos tratos.²⁸
- Antecedente de violencia intrafamiliar en cualquier momento de la vida: con prevalencia de 14% en los adultos con malos tratos, que afecta mayormente a mujeres, que puede ser resultado de problemas de disfuncionalidad familiar que suceden de forma reiterada.²⁵
- Dependencia económica: está mayormente asociado al maltrato y a la negligencia.²⁸
- Padecer de algún trastorno de ansiedad: padecer algún trastorno de ansiedad o psiquiátrico se encuentra en un 10% de los pacientes con malos tratos.²⁷ La depresión es asociada al maltrato del adulto mayor (con prevalencia 20.7% en adultos mayores con malos tratos).²⁶
- Percepción de mala condición de salud: está asociado a cualquier tipo de maltrato.²

FACTORES PROTECTORES

Se conocen dos factores protectores para el adulto mayor, los cuales son tener redes de apoyo, habitar en vivienda no compartida¹¹ y nivel socioeconómico alto.²⁰

REPERCUSIONES DEL MALTRATO

Las repercusiones del maltrato en cualquiera de sus tipos, puede llevar al abandono de tratamiento, depresión, sensación de sufrimiento, tristeza, abandono, vergüenza, culpa, manifestándose clínicamente en el paciente con desnutrición, caídas, fracturas, deshidratación, lesiones en tegumentos, mala higiene corporal, provocando un aumento de morbilidad, mala calidad de vida, hospitalización y muerte.²⁸ Así como baja autoestima, tendencia a la depresión, trastornos del sueño y en consecuencia un mayor aumento del estigma social.¹²

La mala calidad de vida está asociada al maltrato psicológico, depresión, ansiedad. La violencia sexual, la violación de sus derechos y la negligencia afecta la sensación de satisfacción de vida y está relacionada a la mala calidad de vida. ³⁰

LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

En México, los adultos mayores están protegidos por la “Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores” ², publicada en 2002 en el Diario Oficial de la Federación, la cual consiste en 50 artículos donde se promueve el ejercicio de sus derechos como: el derecho a una vida con calidad, a la no discriminación, a una vida libre de violencia, respeto a su integridad física, emocional y sexual, a protección contra cualquier tipo de explotación, a la protección, a recibir trato digno, a la protección de la salud, alimentación, a tener acceso preferente, a fomentar sus capacidades funcionales para que pueda seguir realizando actividades de su vida diaria, a ser incluido en programas sociales educativos y culturales, a tener igualdad en el acceso al trabajo para tener ingresos propios, a ser partícipes de acciones que involucren a su comunidad, a tener acceso a programas de asistencia social en caso de discapacidad, desempleo o cuando no tenga algún ingreso; para así lograr un alto nivel de calidad de vida, para promover la concientización social, trato digno, respeto y solidaridad de los adultos mayores.

CULTURA DE DENUNCIA

Actualmente la investigación del maltrato del adulto mayor se considera de estadística poco confiable debido a la poca denuncia por diferentes circunstancias: miedo a denunciar, miedo a represalias, miedo a ser institucionalizado, vergüenza, miedo a perder solvencia económica, miedo a ser ingresado a alguna institución y por desconocimiento de procedimientos legales para su denuncia; además de que los perpetradores tienden a ocultar dichas acciones. ²¹

ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

Esta escala validada por Giraldo y Rosas ²¹ en 2013, realizada para población mexicana y personas hispanohablantes, toma en cuenta 5 tipos de malos tratos más frecuentes: maltrato psicológico, físico, financiero, sexual y negligencia. Dicha escala consiste en 22

preguntas, cuya respuesta afirmativa permite la identificación de algún o algunos tipos de posibles malos tratos en los adultos mayores.

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial en 2017 el maltrato hacia el adulto mayor afecto a 141 millones de personas (1 de cada 6 adultos mayores), su prevalencia fue del 5.7%, siendo el abuso psicológico el de mayor predominio (11.6%), seguido de abuso financiero (6.8%). En México en el 2011 su prevalencia fue del 12.5%, En 2018 el tipo de maltrato más frecuente el abuso psicológico (30.5%). La presente investigación surge de la necesidad de conocer los factores de riesgo que tiene esta población, así como detectarlos y hablar sobre el tema que por cuestiones de cultura y sensibilidad parece no existir.

El maltrato del adulto mayor es un problema social y de salud debido a que con lleva a la disminución de la calidad de vida, al abandono de tratamientos farmacológicos, lesiones físicas, trastornos de ansiedad y depresión, aumento de la morbilidad y disminución de la esperanza de vida, hospitalizaciones frecuentes y muerte. Este estudio va encaminado a la identificación de factores que pueden estar asociados al posible riesgo de maltrato en los adultos mayores e identificar el tipo de maltrato más frecuente en la población de estudio. Conforme las personas adultas mayores sigan envejeciendo es más probable que estas requieran de ayuda para realizar actividades de la vida diaria o necesiten de un cuidador; por lo que conforme aumente su edad, existe la posibilidad de tener una mayor limitación para dichas actividades y presentar mayor riesgo de maltrato. Por lo que es necesario realizar medidas de prevención para este problema.

La factibilidad de este estudio radica en que los adultos mayores demandan una gran parte de la consulta en el primer nivel de atención, lugar donde se aplicará este protocolo acerca de la presencia de factores de riesgo y una escala validada para identificar el posible maltrato de esta población.

El maltrato del paciente geriátrico es un tema que puede resultar sensible al paciente y a la familia, además de que es existe una cultura de la violencia que esta interiorizada en las familias mexicanas que pueden resultar difíciles de identificar como maltrato.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato vulnera la integridad física y psíquica del adulto mayor, provocando cambios en la calidad de vida, descontrol de enfermedades crónicas degenerativas, trastornos de ansiedad, depresión, abandono de tratamientos, caídas, fracturas, hospitalizaciones y muerte, por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a maltrato en los adultos mayores de la UMF 7 CDMX?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer los factores de riesgo asociados a maltrato en los adultos mayores de la UMF 7 CDMX.

Objetivos específicos

- Conocer los aspectos sociodemográficos en los adultos mayores que participen en el estudio.
- Conocer la frecuencia de los factores de riesgo en los adultos mayores de la UMF 7.
- Identificar el tipo de maltrato más frecuente en los adultos mayores de la UMF 7.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Verdadera o alterna H1: Existen factores de riesgo asociados a maltrato en los adultos mayores de la UMF 7 CDMX.

Nula H0: No existen factores de riesgo asociados a maltrato en los adultos mayores de la UMF 7 CDMX.

MATERIAL Y MÉTODOS

Método de recolección de datos

1. Se acudió a las salas de espera de la consulta externa de la UMF No. 7 en ambos turnos
2. En forma aleatoria se interrogó a cada uno de los pacientes que si cumplieron con los criterios de selección.
3. En caso de haber cumplido con los criterios de selección se procedió a explicar en qué consistía el protocolo de “Factores de riesgo asociados a maltrato en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.” así como la hoja de datos para solicitar su participación.
4. Si aceptaron ser parte del estudio se les entregó el consentimiento informado para que los pacientes lo leyeran y firmaran. Posteriormente se le explicó la duración aproximada de la entrevista que fue aproximadamente 20 minutos, se les invitó a pasar a un consultorio asignado para la recolección de datos que consistió en 3 fases:
 - i. Recolección de datos sociodemográficos,
 - ii. Interrogatorio de factores de riesgo propios del paciente
 - iii. Aplicación de la “Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor”.
5. Al terminar la recolección de datos se le agradeció al paciente por su cooperación. Se le entregó información general de que es el maltrato.

Periodo y sitio de estudio

se realizó durante el periodo de agosto 2021 a octubre 2022.

Lugar

En las salas de espera de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 7

Universo de trabajo

Unidad de Medicina Familiar No. 7 Tlalpan, ubicada en Calzada de Tlalpan No. 4220, Colonia Huipulco CP 14370, Tlalpan, Ciudad de México. La población de noviembre 2020 a noviembre 2021. La población de 60 años y más, de ambos turnos como matutino y vespertino.

Población de estudio

Pacientes derechohabientes mayores de 60 años que pertenezcan a la Unidad de Medicina Familiar No. 7 y acepten participar en el estudio.

Unidad de observación

Se aplicó una encuesta a los pacientes mayores de 60 años que se encontraron en sala de espera de los 3 pisos de dicha unidad, del turno matutino como vespertino.

Unidad de análisis

En la hoja de recolección de datos de 18 reactivos para la recolección de datos sociodemográficos, factores de riesgo y posteriormente se aplicó la Escala Geriátrica de Maltrato.

RECURSOS

Recursos materiales:

- Impresora
- Fotocopias del consentimiento informado
- Fotocopias de hoja de cuestionario
- Lápiz y bolígrafo
- Computadora con los programas SPSS para realizar la base de datos

Recursos Humanos

- Encuestadora
- Asesores clínicos
- Asesor metodológico

Recursos económicos

- Este trabajo no requiere inversión extra a la normalmente se invierte en evaluación y/o estudio de este tipo de temas.
- Financiamiento

El presente estudio no recibe financiamiento de ningún tipo ni de ninguna institución, asociación o industria.

DISEÑO DEL ESTUDIO

De acuerdo a intervención:

Observacional: Se realizó la observación del fenómeno de manera independiente sin realizar ningún tipo de intervención.

De acuerdo con la relación entre variables estudiadas:

Descriptivo: Se estudiaron las características de la población estudiada según la hoja de recolección de datos.

De acuerdo con el número de mediciones del fenómeno:

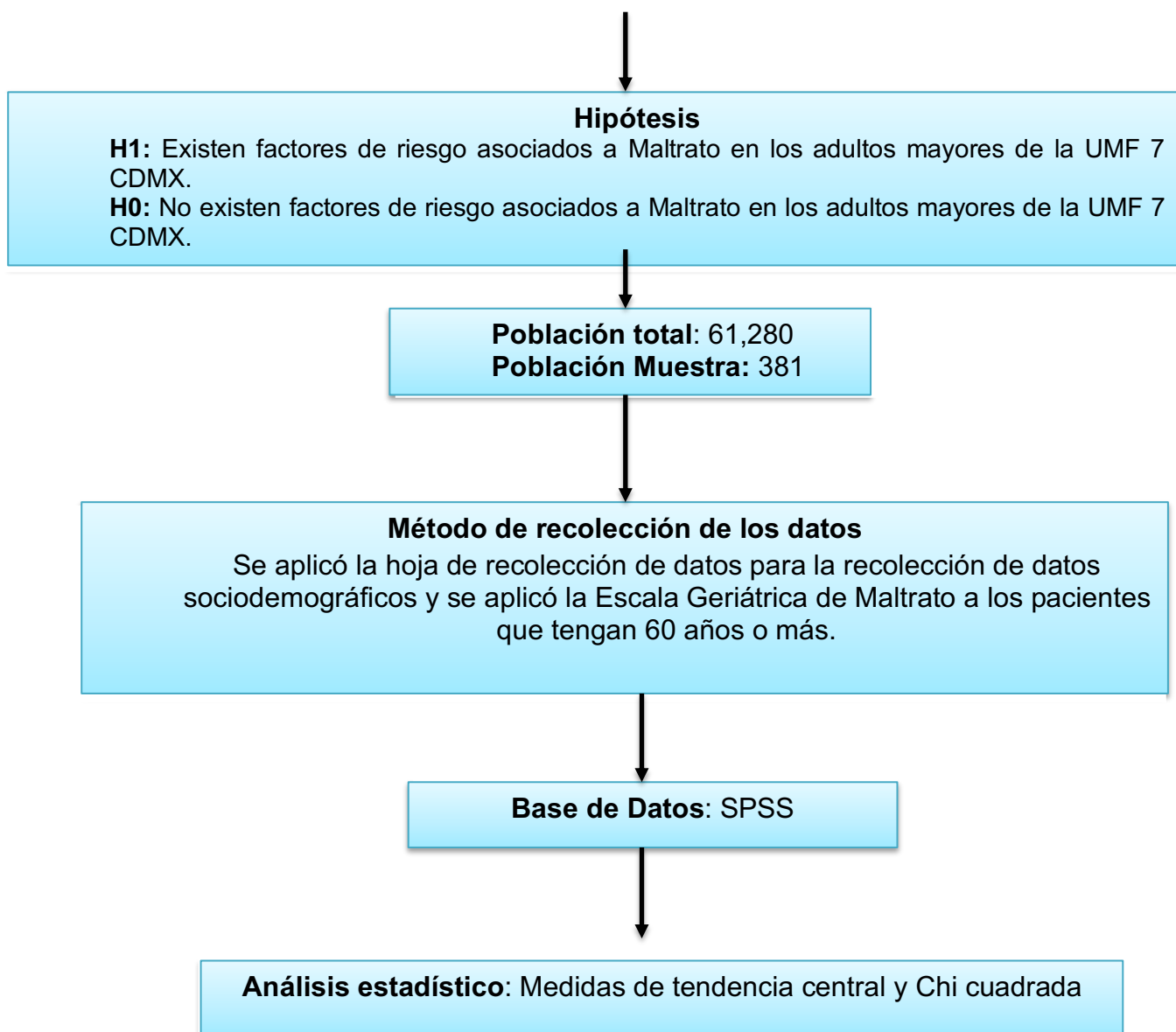
Transversal: Se realizó solo una medición de variables

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7, CDMX”

Objetivo: Conocer los factores de riesgo asociados al maltrato en los adultos mayores de la UMF 7 CDMX

Tipo de estudio: observacional, descriptivo y transversal
Población: Adultos de 60 años o mas
Lugar: Unidad de Medicina familiar No. 7
Tiempo: agosto 2021 a octubre 2022



CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Derechohabientes de la UMF 7 que tengan 60 años o más de edad sin importar su sexo.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que cuenten con diagnóstico de Deterioro Cognitivo
- Pacientes que presenten perdida total de audición.
- Pacientes que cuenten con discapacidad de lenguaje

Criterios de eliminación

- Pacientes que deseen retirarse del estudio durante el interrogatorio
- Pacientes que no completen la encuesta.

MUESTREO

De acuerdo con datos proporcionados en el servicio de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar No. 7, del mes de noviembre 2020 hasta noviembre 2021 se registraron aproximadamente 61,280 pacientes de 60 años y más adscritos a la unidad en ambos turnos (matutino y vespertino) de la Unidad de Medicina Familiar No. 7.

CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra:

$$\frac{N * Z^2 * p * q}{[e^2 * (N - 1)] + [Z^2 * p * q]}$$

Sustituyendo la formula:

Población: x

Valor Z: con un intervalo de confianza al 95% es de 1.96

Valor P: Probabilidad de ocurrir de 0.5

Valor Q: Probabilidad de no ocurrir de 0.5

Valor E: Margen de error de 0.5% es de 0.05

$$\frac{61,280 * 1.96^2 * (0.5) * (0.5)}{[0.05^2 * (61,280 - 1)] + [(1.96)^2 * (0.5) * (0.5)]}$$

$$\frac{58828}{154}$$

$$\frac{x}{y} = Z$$

$$Z = 381$$

..

VARIABLES

Variable dependiente: Maltrato del Adulto mayor

Variable independiente: Factores de Riesgo

Variables Sociodemográficas:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación

Variables de Factores de Riesgo

- Presencia de discapacidad
- Percepción de red de apoyo
- Dependencia
- Diagnóstico de Depresión

- Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad
- Mala percepción de estado de salud
- Cohabitación
- Antecedente de Violencia Intrafamiliar

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Escala
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Sexo con el que se identifique el paciente al momento de la encuesta	Cualitativa/Nominal	1=masculino 2= femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento de la encuesta	Cuantitativa/Nominal	_____ años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado de estudios reportado por el paciente al momento de la encuesta	Cualitativa/Ordinal	1= analfabeta 2= primaria 3= secundaria 4= bachillerato 5= licenciatura 6= posgrado
Estado civil	Es la situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en el que es recogida la información	Situación social que vive el paciente al momento de la encuesta	Cualitativa/Ordinal	1= soltero 2= casado/unión libre 3= viudo
Ocupación	Labores que desempeña de manera habitual	Empleo, trabajo, profesión que desempeña el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/Nominal	1= empleado 2= desempleado 3= jubilado/pensionado
Discapacidad auditiva	Perdida auditiva superior a 25dB, dentro de este concepto también se incluyen la hipoacusia, la sordera y la sordera profesional.	Dificultad para escuchar que refiera el paciente o uso de aparato auditivo al momento de la encuesta.	Cualitativa/Nominal	0= No 1= Si
Discapacidad motriz	Termino global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras osteoarticular y neuro musculo tendinoso y las limitaciones que	Dificultad para moverse, caminar, desplazarse o subir escaleras y/o uso de silla de ruedas, andadera u otro aparato al momento de la encuesta.	Cualitativa/Nominal	0= No 1= Si

	presente el individuo al realizar una tarea o acción en contexto/entorno normalizado.			
Discapacidad visual	Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual, y se clasifica de acuerdo con su grado.	Pérdida total de la vista o debilidad visual y/o uso de lentes que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/Nominal	0= No 1= Si
Red de apoyo	Conjunto de relaciones que integran a una persona en su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta	Cualitativa/Nominal	1= Buena 2= Mala
Dependencia	Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/Nominal	1= bañarse 2= vestirse 3= ir al baño por sí solo 4= usar pañal 5=acostarse/levantarse 6= alimentarse
Depresión	Enfermedad caracterizada por tristeza persistente y la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas durante al menos dos semanas.	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si

	intensa excitación y una extrema inseguridad.			
Salud	Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/Nominal	1= Bueno 2= Malo
Cohabitación	Habitar en conjunto con otro o más individuos	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	1= nadie (vive solo) 2= pareja 3= hijos 4= con algún otro familiar con parentesco 5= con otras personas sin parentesco
Violencia intrafamiliar	El acto u omisión, único o repetido, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de esta, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si 2= no contesta
Maltrato Físico	El acto de agresión que causa daño físico	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si 2= no contesta
Maltrato psicológico	Agresión verbal o verbal que atenta contra la dignidad de la persona y desencadena angustia, miedo y sufrimiento; incluyendo insultos, amenazas, humillaciones, aislamiento y control o limitación de algunas actividades	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si 2= no contesta
Negligencia	Fallo del cuidador al brindar alimentación, agua, vestimenta, confort, seguridad, acceso a los servicios de salud y protección contra el abuso o explotación.	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si 2= no contesta
Maltrato económico	Es el uso ilegal no autorizado o inapropiado de los recursos o	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si

	propiedades del adulto mayor en medio de una relación de confianza y en pro de beneficio de otra persona.			2= no contesta
Violencia Sexual	Cualquier acto sexual no consentido por la víctima.	Lo que refiera el paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa/nominal	0= No 1= Si 2= no contesta

DISEÑO ESTADÍSTICO

Por medio de la hoja de recolección de datos se aplicó la hoja de recolección de datos y se aplicó la escala geriátrica de maltrato al adulto mayor, se recolectó y codificaron las encuestas llenadas a la base de datos según la operacionalización del tipo de variable y su clasificación correspondiente. Los resultados fueron representados en tablas y gráficas de frecuencia para ser analizados, las variables cualitativas se calculó su frecuencia, mientras que las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central. Para finalizar, en la sección de discusión y conclusión se reportaron los análisis de los resultados, así como se comprobó o se descartó la hipótesis del protocolo de investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente protocolo de estudio, que lleva por título “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7, CDMX.”, acuerdo a la “**Ley General de Salud**” en materia de Investigación Para la Salud publicada en el Diario oficial de la federación en 1984, con última reforma publicada el 22-11-2021, en base al quinto título, en el artículo 100, fracción III, como investigación de riesgo mínimo debido a que no se realizará ninguna intervención, sin embargo la naturaleza de las preguntas puede causar incomodidad.

Respecto a la **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos de investigaciones médicas en seres humanos, la información recabada a través de la

hoja de recolección de datos y de la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor en el estudio “Factores de Riesgo Asociados a Maltrato en Adultos Mayores de la UMF 7, CDMX.” está basada en una investigación profunda con bibliografía científica actualizada; en la cual resguardar la intimidad e integridad de las personas que deseen participar en la investigación, además de salvaguardar la confidencialidad de su información personal.

Conforme a lo establecido en el **Código de Núremberg**, la información de la hoja de recolección de datos y de la aplicación de la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor solo podrá obtenerse con el consentimiento voluntario previo de los participantes, además de evitar cualquier tipo de sufrimiento físico, psicológico y daño innecesario.

Informe de Belmont, Principios y guías éticos para la protección de los sujetos, este presente estudio se realizará aplicando los principios éticos básicos relevantes de dicho informe:

- I. Respeto por las personas: los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, los sujetos que ingresen al estudio serán mediante forma voluntaria e información adecuada.
- II. Beneficencia: las personas que ingresen al estudio, serán tratadas éticamente, protegiéndolas del daño, así como con el objetivo de asegurar su bienestar.
- III. Justicia: se otorgará trato por igual a cada uno de los participantes, de manera que no se les negará servicio independientemente de su decisión de participar o no participar en el estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

El grupo de investigadores que participaran en el estudio “Factores de riesgo asociados a maltrato en adultos mayores de la UMF 7, CDMX”, no recibirá ningún tipo de apoyo externo, no se encuentran en conflicto de intereses con las autoridades de su institución para realizar el mismo, ni se perjudicará a los pacientes que no deseen participar en la investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a

la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado consta de dos partes: derecho a la información y la libertad de elección. Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en La Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas oficiales mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes.

En este protocolo se realizó un consentimiento Informado para cada uno de los individuos que aceptaron participar en el estudio, donde se les brindó la información de manera clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva de los riesgos y beneficios que implicara su participación.

MÉTODOS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Control de sesgo de información

- Se realizó una exhaustiva búsqueda en la literatura con la mayor evidencia científica disponible mediante buscadores electrónico.
- Se realizó la obtención de datos de los participantes a través de una hoja de recolección de datos revisada y aprobada por el comité de investigación para aprobar su correcta estructura.
- Los participantes no conocerán las hipótesis

Control de sesgos de selección

- Se realizó la obtención de muestra con base en los resultados obtenidos en la Tesis con Título "Factores de riesgo asociados a maltrato en adultos mayores de la UMF 7, CDMX"
- Se evaluaron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación por el comité de investigación.

Control de sesgos de análisis

- La hoja de recolección de datos fue recabada por la investigadora para evitar falta de respuestas y respuestas dobles.

- Se verificaron los datos del paciente al finalizar la recolección de datos
- Se creó una base de datos en Excel para el registro y análisis de los datos de forma correcta.
- Los resultados fueron analizados con el programa SPSS.

FACTIBILIDAD

Este estudio fue factible realizarlo ya que los recursos y los datos estadísticos se obtuvieron de la unidad sede y no implicó procedimientos invasivos para los pacientes.

TRASCENDENCIA

Va encaminado a la detección y atención, así como identificar los factores que pueden estar asociados al posible riesgo de maltrato en los adultos mayores e identificar el tipo de maltrato más frecuente.

EXPERIENCIA DEL GRUPO DE INVESTIGADORES

Se cuenta con la asesoría de asesores (metodológico y clínico), Los investigadores han realizado en conjunto más de 10 investigaciones relacionadas a temas clínicos en el último año; se cuenta como experiencia la asesoría metodológica de más de 5 años en lo que respecta a investigaciones realizadas por médicos residentes para obtención de grado correspondiente.

- Asesor metodológico: Millán Hernández Manuel, Especialista en Medicina Familiar.
- Asesor Clínico: Villanueva Estrada Edith Mireya, Especialista en Medicina Familiar.

LIMITACIONES PARA EL ESTUDIO

- Por el momento no existen limitantes para realizar el estudio
- Tema sensible, delicado, que puede impedir que quieran participar en el estudio.

CRONOGRAMA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7, CDMX

Diana Nichte Medrano García¹. Mariana Gabriela Villareal Ávalos². Edith Mireya Villanueva Estrada³. Millán Hernández Manuel⁴. ¹ Residente de la Especialidad en Medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ² Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ³ Especialista en Medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 164 IMSS. ⁴ Especialista en Medicina Familiar del Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS.

Fecha	Agosto Septiembre 2021	Octubre Noviembre 2021	Diciembre 2021 Enero 2022	Enero Febrero 2022	Marzo Abril 2022	Mayo Noviembre 2022	Diciembre 2022 Enero 2023	Febrero 2023
Título								
Planteamiento del problema y marco teórico								
Hipótesis y variables								
Objetivos								
Cálculo de la muestra								
Presentación ante el comité								
Aplicación de encuesta								
Análisis de resultados								
Elaboración de conclusiones								
Presentación de tesis								



RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis realizado un total de 381 pacientes adultos mayores, en la UMF 7, Ciudad de México, del periodo comprendido de enero a diciembre 2022.

Los resultados orientados a objetivos fueron los siguientes.

Objetivos específicos

- Conocer los aspectos sociodemográficos en los adultos mayores que participen en el estudio.

De los 381 sujetos que participaron en el presente estudio, en lo que respecta a la variable **sexo** se obtuvo que, en el grupo del sexo femenino 254 pacientes representan el 66.7 % y 127 pacientes del sexo masculino representan el 33.3 %.

Ver tabla 1 y gráfica 1 en anexos.

En lo que respecta en la variable **edad**, en el grupo de 60 a 69 años, 201 pacientes representan el 52.8%, en el grupo de 70 a 79 años, 135 personas representan el 35.4%, en el grupo de 80 a 89 años, 41 pacientes representan el 10.8% y del grupo de 90 años o más, 4 pacientes representan 1%. **Ver tabla 2 y gráfica 2 en anexos.**

En lo que corresponde a la variable **escolaridad**, 25 personas analfabetas que presentan el 6.6%, 177 personas con escolaridad primaria, representan el 46.5%, 78 personas con escolaridad secundaria representan el 20.5%, 61 personas con bachillerato, representan el 16%, 37 personas con licenciatura representan el 9.7% y 3 personas con posgrado representan el 0.8%. **Ver tabla 3 y gráfica 3 en anexos.**

En lo que corresponde a la variable de **estado civil**, 72 personas su estado civil fue soltero, representando el 18.9%, 218 personas respondieron estar casados o viviendo en unión libre representando 57.2%, viudos respondieron 91 personas que representó 23.9%. **Ver tabla 4 y gráfica 4 en anexos.**

En lo que respecta a la variable **ocupación** 53 personas respondieron ser empleados, representando 13.9%, 83 personas respondieron estar desempleados, representando 21.8% y 245 personas respondieron ser jubilados o pensionados. **Ver tabla 5 y gráfica 5 en anexos.**

- **Conocer la frecuencia de los factores de riesgo en los adultos mayores de la UMF 7.**

De los 381 sujetos que participaron en el estudio, en lo que respecta a la variable **Discapacidad**, 286 personas respondieron no tener alguna discapacidad,

representado 75.1% y 95 personas respondieron tener algún tipo de discapacidad, representando el 24.9%. **Ver tabla 6 y gráfica 6 en anexos.**

Respecto a la variable de **Percepción de Red de Apoyo**, 299 personas refirieron si tener una red de apoyo, representando 78.5%, 53 personas refirieron no tener una red de apoyo, representando el 13.9 %, 29 personas refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional, representando 7.6%. **Ver tabla 7 y gráfica 7 en anexos.**

En lo que correspondiente a la variable **Dependencia**, 6 personas refirieron ser dependientes, representando 1.6% y 375 personas refirieron no ser dependientes, representando 98.4%. **Ver tabla 8 y gráfica 8 en anexos.**

En lo correspondiente a la variable **Depresión**, 324 personas refirieron no recibir tratamiento para Depresión, representando 85%, 57 personas refirieron no tener recibir tratamiento para depresión, representando el 15%. **Ver tabla 9 y gráfica 9 en anexos.**

Respecto a la variable de **Ansiedad**, 332 personas refirieron no recibir tratamiento para ansiedad, representando 87.1% y 49 personas refirieron no recibir tratamiento, representando 12.9 %. **Ver tabla 10 y gráfica 10 en anexos.**

En lo correspondiente a la variable de **percepción de salud**, 102 personas refirieron tener un mal estado de salud, representando 26.8%, 279 personas refirieron tener buen estado de salud, representando 73.2%. **Ver tabla 11 y gráfica 11 en anexos.**

Respecto a la variable **Cohabitación**, de los 381 pacientes 44 pacientes refirieron vivir solos y 337 refirieron vivir con algún familiar. **Ver tabla 12 y gráfica 12 en anexos.**

El resultado de la presencia de **Antecedente de violencia intrafamiliar**, 248 personas refirieron no tener antecedentes de violencia intra familiar, representando el 65.1%, 133 personas refirieron si tener antecedente de violencia intrafamiliar, representando el 34.9%. **Ver tabla 13 y gráfica 13 en anexos.**

- **Identificar el tipo de maltrato más frecuente en los adultos mayores de la UMF 7.**

De los 381 sujetos que participaron en el estudio, en lo que respecta a el tipo de maltrato más frecuente fue **Maltrato psicológico** donde 336 personas refirieron no haber vivido maltrato psicológico, representando 88.2%, 45 personas refirieron si haber vivido maltrato psicológico, representando 11.8%. **Ver tabla 15 y grafica 15.**

En lo correspondiente a la variable **Maltrato físico**, 365 personas refirieron no haber vivido maltrato físico, 16 personas si refirieron haber vivido maltrato físico, representando 4.2%. **Ver tabla 14 y gráfica 14 en anexos.**

Correspondiente a la variable **Negligencia**, 371 pacientes refirieron no haber vivido negligencia, representando 97.4%, 10 pacientes refirieron haber vivido negligencia, representando 2.6 %. **Ver tabla 16 y gráfica 16 en anexos.**

Respecto a la variable **Maltrato económico**, 364 pacientes refirieron no haber vivido maltrato económico, representando 95.5%, 17 personas refirieron haber vivido maltrato económico, representando 4.5%. **Ver tabla 17 y gráfica 17 en anexos.**

Respecto a la variable **Violencia sexual**, 378 pacientes refirieron no haber vivido violencia sexual, representando 99.2%, 3 personas refirieron si haber vivido violencia sexual, representando 0.8%. **Ver tabla 18 y gráfica 18 en anexos.**

ANÁLISIS BIVARIADO

Por indicación del asesor metodológico se realizaron tablas de contingencia para calcular estadística inferencial.

Se llevo a cabo el análisis bivariado en 381 pacientes, adultos mayores de la UMF N°7, Ciudad de México, del periodo comprendido de agosto 2021 a octubre del 2022, realizando la asociación de variables de factores de riesgo y tipos de maltrato del adulto mayor.

Objetivo general

Conocer los factores de riesgo asociados a maltrato en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar número 7 de la Ciudad de México.

En la relación de **discapacidad y maltrato físico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 286 sujetos refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 95 sujetos refirieron tener algún tipo de discapacidad.
- De los 286 sujetos que refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 274 refirieron no haber sufrido maltrato físico, 12 sujetos refirieron sí haber sufrido maltrato físico.
- De los 95 sujetos que refirieron tener algún tipo de discapacidad, 91 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato físico, 4 sujetos refirieron haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 19 y grafica 19 en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grado de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.000. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **discapacidad y maltrato psicológico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 286 sujetos negaron tener algún tipo de discapacidad, 95 sujetos refirieron tener algún tipo de discapacidad.
- De los 286 sujetos que refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 248 refirieron no haber sufrido maltrato psicológico, 38 sujetos refirieron sí haber sufrido maltrato psicológico.
- De los 95 sujetos que refirieron tener algún tipo de discapacidad, 88 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato psicológico, 7 sujetos refirieron haber sufrido maltrato psicológico.

Ver tabla 20 y grafica 20 en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grado de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 2.398. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **discapacidad y negligencia** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 286 sujetos refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 95 sujetos refirieron tener algún tipo de discapacidad.
- De los 286 sujetos que refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 276 refirieron no haber sufrido negligencia, 38 sujetos refirieron sí haber sufrido negligencia.
- De los 95 sujetos que refirieron tener algún tipo de discapacidad, 95 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato psicológico.

Ver tabla 21 y grafica 21 en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grado de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 3.411. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **discapacidad y maltrato económico** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 286 sujetos refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 95 sujetos refirieron tener algún tipo de discapacidad.
- De los 286 sujetos que refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 273 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato económico, 13 sujetos refirieron sí haber sufrido maltrato económico.
- De los 95 sujetos que refirieron tener algún tipo de discapacidad, 91 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato económico, 4 sujetos refirieron haber sufrido maltrato económico.

Ver tabla 22 y grafica 22 en anexos

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grado de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.019. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **discapacidad y violencia sexual** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 286 sujetos refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 95 sujetos refirieron tener algún tipo de discapacidad.

- De los 286 sujetos que refirieron no tener algún tipo de discapacidad, 284 refirieron no haber sufrido violencia sexual, 2 sujetos refirieron sí haber sufrido violencia sexual.
- De los 95 sujetos que refirieron tener algún tipo de discapacidad, 94 sujetos refirieron no haber sufrido violencia sexual, 1 persona refirió haber sufrido violencia sexual.

Ver tabla 23 y grafica 23 en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grado de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.114. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación de **percepción de red de apoyo y maltrato físico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 299 refirieron si tener una red de apoyo, 53 no refirieron no tener una red de apoyo y 29 sujetos refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional.
- De los 299 sujetos que refirieron si tener una red de apoyo, 289 refirieron no haber sufrido maltrato físico, 10 sujetos sí refirieron haber sufrido maltrato físico.
- De los 53 sujetos que refirieron no contar con una red de apoyo, 50 refirió no haber sufrido maltrato físico y 3 sujetos si refirieron haber sufrido maltrato físico.
- De los 29 sujetos que refirieron tener una red de poyo de forma ocasional 26 de ellos refirió no haber sufrido maltrato físico, mientras que 3 sujetos sí refirieron haber vivido maltrato físico.

Ver tabla 24 y grafica 24 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (3x2) mostró 2 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 5.99. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 3.547. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **percepción de red de apoyo y maltrato psicológico** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 299 refirieron si tener una red de apoyo, 53 no refirieron no tener una red de apoyo y 29 sujetos refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional.
- De los 299 sujetos que, si tenían una red de apoyo, 274 refirieron no haber sufrido maltrato físico, 25 sujetos sí.
- De los 53 sujetos que refirieron no contar con una red de apoyo, 41 refirió no haber sufrido maltrato físico y 12 sujetos sí.
- De los 29 sujetos que refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional 21 de ellos refirió no haber sufrido maltrato físico, mientras que 8 sujetos sí.

Ver tabla 25 y grafica 25 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (3x2) mostró 2 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 5.99. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 16.314. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación **percepción de red de apoyo y negligencia** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 299 refirieron si tener una red de apoyo, 53 no refirieron no tener una red de apoyo y 29 sujetos refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional.
- De los 299 sujetos que, si tenían una red de apoyo, 295 refirieron no haber sufrido maltrato físico, 4 sujetos sí.
- De los 53 sujetos que refirieron no contar con una red de apoyo, 51 refirió no haber sufrido maltrato físico y 2 sujetos sí.
- De los 29 sujetos que refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional 25 de ellos refirió no haber sufrido maltrato físico, mientras que 4 sujetos sí.

Ver tabla 26 y grafica 26 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (3x2) mostró 2 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 5.99. Al realizarse la prueba

estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 16.364. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación **percepción de red de apoyo y maltrato económico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 299 refirieron si tener una red de apoyo, 53 no refirieron no tener una red de apoyo y 29 sujetos refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional.
- De los 299 sujetos que, si tenían una red de apoyo, 290 refirieron no haber sufrido maltrato físico, 9 sujetos sí.
- De los 53 sujetos que refirieron no contar con una red de apoyo, 50 refirió no haber sufrido maltrato físico y 3 sujetos sí.
- De los 29 sujetos que refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional 24 de ellos refirió no haber sufrido maltrato físico, mientras que 5 sujetos sí.

Ver tabla 27 y grafica 27 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (3x2) mostró 2 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 5.99. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 12.767. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación **percepción de red de apoyo y violencia sexual** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 299 refirieron si tener una red de apoyo, 53 no refirieron no tener una red de apoyo y 29 sujetos refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional.
- De los 299 sujetos que, si tenían una red de apoyo, 298 refirieron no haber sufrido maltrato físico, 1 sujeto sí.
- De los 53 sujetos que refirieron no contar con una red de apoyo, 53 refirió no haber sufrido maltrato físico.
- De los 29 sujetos que refirieron tener una red de apoyo de forma ocasional 27 de ellos refirió no haber sufrido maltrato físico, mientras que 2 sujetos sí.

Ver tabla 28 y grafica 28 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (3x2) mostró 2 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 5.99. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 15.061. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación de **dependencia y maltrato físico** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 6 sujetos refirieron ser dependientes, 375 refirieron no ser dependientes.
- De los 6 sujetos que refirieron ser dependientes, 4 sujetos negaron haber sufrido maltrato físico y 2 sujetos si refirieron haber sufrido maltrato físico.
- De los 375 sujetos que refirieron no ser dependientes, 361 negaron haber sufrido maltrato físico y 14 refirieron si haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 29 y grafica 29 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 12.861. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación **dependencia y maltrato psicológico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 6 sujetos refirieron ser dependientes, 375 refirieron no ser dependientes.
- De los 6 sujetos que refirieron ser dependientes, los 6 sujetos negaron haber sufrido maltrato psicológico.
- De los 375 sujetos que refirieron no ser dependientes, 330 negaron haber sufrido maltrato físico y 45 refirieron si haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 30 y grafica 30 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.816 Por lo tanto no existe asociación significativa.

En la relación **dependencia y negligencia** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 6 sujetos refirieron ser dependientes, 375 refirieron no ser dependientes.
- De los 6 sujetos que refirieron ser dependientes, los 6 sujetos negaron haber sufrido negligencia.
- De los 375 sujetos que refirieron no ser dependientes, 365 negaron haber sufrido negligencia y 10 refirieron si haber sufrido negligencia.

Ver tabla 31 y grafica 31 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.164 Por lo tanto no existe asociación significativa.

En la relación **dependencia y maltrato económico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 6 sujetos refirieron ser dependientes, 375 refirieron no ser dependientes.
- De los 6 sujetos que refirieron ser dependientes, los 6 sujetos negaron haber sufrido maltrato económico.
- De los 375 sujetos que refirieron no ser dependientes, 358 negaron haber sufrido maltrato económico y 17 refirieron si haber sufrido maltrato económico.

Ver tabla 32 y grafica 32 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.285 Por lo tanto no existe asociación significativa.

En la relación **dependencia y violencia sexual** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 6 sujetos refirieron ser dependientes, 375 refirieron no ser dependientes.

- De los 6 sujetos que refirieron ser dependientes, los 6 sujetos negaron haber sufrido violencia sexual.
- De los 375 sujetos que refirieron no ser dependientes, 372 negaron haber sufrido negligencia y 3 refirieron si haber sufrido violencia sexual.

Ver tabla 33 y grafica 33 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.048 Por lo tanto no existe asociación significativa.

En la relación de **Depresión y maltrato físico** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 324 negaron recibir tratamiento para depresión, 57 sujetos refirieron recibir tratamiento para depresión.
- De los 324 sujetos que refirieron no recibir tratamiento para depresión, los 311 sujetos negaron haber sufrido maltrato físico y 13 sujetos refirieron haber sufrido maltrato físico.
- De los 57 sujetos que refirieron recibir tratamiento para depresión, 54 negaron haber sufrido maltrato físico y 3 refirieron si haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 34 y grafica 34 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.189 Por lo tanto no existe asociación significativa.

En la relación **Depresión y maltrato psicológico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 324 negaron recibir tratamiento para depresión, 57 sujetos refirieron recibir tratamiento para depresión.
- De los 324 sujetos que refirieron no recibir tratamiento para depresión, los 291 sujetos negaron haber sufrido maltrato psicológico y 33 sujetos refirieron haber sufrido maltrato psicológico.

- De los 57 sujetos que refirieron recibir tratamiento para depresión, 45 negaron haber sufrido maltrato físico y 12 refirieron si haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 35 y grafica 35 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 5.496 Por lo tanto **si existe asociación significativa.**

En la relación **Depresión y negligencia** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 324 negaron recibir tratamiento para depresión, 57 sujetos refirieron recibir tratamiento para depresión.
- De los 324 sujetos que refirieron no recibir tratamiento para depresión, los 316 sujetos negaron haber sufrido negligencia y 8 sujetos si refirieron negligencia.
- De los 57 sujetos que refirieron recibir tratamiento para depresión, 55 negaron haber sufrido negligencia y 2 refirieron si haber sufrido negligencia.

Ver tabla 36 y grafica 36 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.205. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **Depresión y maltrato económico** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 324 negaron recibir tratamiento para depresión, 57 sujetos refirieron recibir tratamiento para depresión
- De los 324 sujetos que refirieron recibir tratamiento para depresión, los 312 sujetos negaron haber sufrido maltrato económico y 12 sujetos si lo refirieron.
- De los 57 sujetos que refirieron recibir tratamiento para depresión, 52 negaron haber sufrido negligencia y 5 refirieron si haber sufrido maltrato económico.

Ver tabla 37 y grafica 37 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba

estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 2.921 Por lo tanto no existe asociación significativa

En la relación **Depresión y violencia sexual** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 324 negaron tener depresión, 57 sujetos refirieron tener depresión.
- De los 324 sujetos que refirieron no tener depresión, los 323 sujetos negaron haber sufrido violencia sexual y 1 sujetos si refirió haber vivido violencia sexual.
- De los 57 sujetos que refirieron tener depresión, 55 negaron haber sufrido violencia sexual y 2 si lo refirieron.

Ver tabla 38 y grafica 38 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 6.354 Por lo tanto **si existe asociación significativa.**

En la relación **ansiedad y maltrato físico** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 332 negaron recibir tratamiento para ansiedad, 49 sujetos refirieron recibir tratamiento para ansiedad.
- De los 332 sujetos que no refirieron recibir tratamiento para ansiedad, los 319 sujetos negaron haber sufrido maltrato físico y 13 sujetos si lo refirieron.
- De los 49 sujetos que refirieron recibir tratamiento para ansiedad, 46 negaron haber sufrido maltrato físico y 3 sujetos si refirieron haber sufrido maltrato físico

Ver tabla 39 y grafica 39 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.517. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **Diagnostico de trastorno de ansiedad y maltrato psicológico** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 332 negaron recibir tratamiento para ansiedad, 49 sujetos refirieron recibir tratamiento para ansiedad.
- De los 332 sujetos que refirieron no recibir tratamiento para ansiedad, 298 sujetos negaron haber sufrido maltrato psicológico y 34 sujetos refirieron haber sufrido maltrato psicológico.
- De los 49 sujetos que refirieron recibir tratamiento para ansiedad, 38 negaron haber sufrido maltrato psicológico y 11 sujetos refirieron haber sufrido maltrato psicológico.

Ver tabla 40 y grafica 4 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 6.109. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación a la variable **Diagnostico de trastorno de ansiedad y negligencia** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 332 negaron recibir tratamiento para ansiedad, 49 sujetos refirieron recibir tratamiento para ansiedad.
- De los 332 sujetos que refirieron no recibir tratamiento para ansiedad, 325 sujetos negaron haber sufrido negligencia y 7 sujetos refirieron haber vivido negligencia.
- De los 49 sujetos que refirieron recibir tratamiento para ansiedad, 46 negaron haber sufrido negligencia y 3 sujetos si lo refirieron.

Ver tabla 41 y grafica 41 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 2.692. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **Diagnostico de trastorno de ansiedad y maltrato económico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 332 negaron recibir tratamiento para ansiedad, 49 sujetos refirieron recibir tratamiento para ansiedad.
- De los 332 sujetos que refirieron no recibir tratamiento para ansiedad, los 319 sujetos negaron haber sufrido maltrato económico y 13 sujetos si lo refirieron.
- De los 49 sujetos que refirieron recibir tratamiento para ansiedad, 45 negaron haber sufrido negligencia y 4 sujetos si refirieron haber sufrido maltrato económico

Ver tabla 42 y grafica 42 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 1.807. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **Diagnostico de trastorno de ansiedad y violencia sexual** los resultados fueron los siguientes

- De los 381 sujetos de estudio, 332 negaron recibir tratamiento para ansiedad, 49 sujetos refirieron recibir tratamiento para ansiedad.
- De los 332 sujetos que refirieron no recibir tratamiento para ansiedad, de ellos los 332 sujetos negaron haber sufrido violencia sexual.
- De los 49 sujetos que refirieron recibir tratamiento para ansiedad, 46 negaron haber sufrido violencia sexual y 3 sujetos si refirieron haber sufrido violencia sexual.

Ver tabla 43 y grafica 43 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 20.488. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación **percepción del estado de salud y maltrato físico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 279 refirieron tener un buen estado de salud,102 sujetos refirieron tener mal estado de salud.

- De los 279 sujetos que refirieron tener buen estado de salud, los 265 sujetos negaron haber sufrido maltrato físico, 14 sujetos si lo refirieron.
- De los 102 sujetos que refirieron tener mal estado de salud, 100 negaron haber sufrido maltrato físico y 2 si refirieron haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 44 y grafica 44 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 1.735. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **percepción de estado de salud y maltrato psicológico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 279 refirieron tener un buen estado de salud,102 sujetos refirieron tener mal estado de salud.
- De los 279 sujetos que refirieron tener buen estado de salud, los 247 sujetos negaron haber sufrido maltrato psicológico, 32 sujetos si lo refirieron.
- De los 102 sujetos que refirieron tener mal estado de salud, 89 negaron haber sufrido maltrato psicológico y 13 si refirieron haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 45 y grafica 45 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.117. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **percepción estado de salud y negligencia** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 279 refirieron tener un buen estado de salud,102 sujetos refirieron tener mal estado de salud.
- De los 279 sujetos que refirieron tener buen estado de salud, los 271 sujetos negaron haber sufrido negligencia y 8 sujetos refirieron haber sufrido negligencia.

- De los 102 sujetos que refirieron tener mal estado de salud, 100 negaron haber sufrido negligencia y 2 refirieron haber sufrido negligencia.

Ver tabla 46 y grafica 46 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.240. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **percepción estado de salud y maltrato económico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 279 refirieron tener un buen estado de salud, 102 sujetos refirieron tener mal estado de salud.
- De los 279 sujetos que refirieron tener buen estado de salud, los 266 sujetos negaron haber sufrido maltrato económico y 13 sujetos si refirieron haber vivido maltrato económico.
- De los 102 sujetos que refirieron tener mal estado de salud, 98 negaron haber sufrido maltrato económico y 48 refirieron haber sufrido negligencia.

Ver tabla 47 y grafica 47 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.95. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación **percepción de estado de salud y violencia sexual** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 279 refirieron tener un buen estado de salud, 102 sujetos refirieron tener mal estado de salud.
- De los 279 sujetos que refirieron tener buen estado de salud, los 276 sujetos negaron haber sufrido violencia sexual y 3 sujetos refirieron haber sufrido violencia sexual.

- De los 102 sujetos que refirieron tener mal estado de salud, 102 negaron haber sufrido violencia sexual

Ver tabla 48 y grafica 48 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 1.105. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación de la **Variable de Cohabitación y Maltrato Físico** los resultados fueron los siguientes:

- De las 381 personas que participaron en el estudio, 44 personas refirieron vivir solas, 337 personas refirieron compartir su vivienda con algún otro familiar.
- De las 44 personas que refirieron vivir solas, 42 personas negaron haber vivido maltrato físico, 2 personas refirieron si haber sufrido maltrato físico.
- De las 337 personas que refirieron compartir su vivienda con algún otro familiar, 323 personas refirieron no haber vivido maltrato físico, 14 personas refirieron haber vivido maltrato físico.

Ver tabla 49 y grafica 49.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.015. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación de la **Variable de Cohabitación y Maltrato Psicológico** los resultados fueron los siguientes:

- De las 381 personas que participaron en el estudio, 44 personas refirieron vivir solas, 337 personas refirieron compartir su vivienda con algún otro familiar.
- De las 44 personas que refirieron vivir solas, 33 personas refirieron no haber vivido maltrato psicológico, 11 personas refirieron haber sufrido maltrato psicológico.

- De las 337 personas que refirieron compartir su vivienda con algún otro familiar, 303 refirieron no haber vivido maltrato psicológico, 34 personas refirieron haber sufrido maltrato psicológico.

Ver tabla 50 y grafica 50.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 8.307. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación de la **Variable de Cohabitación y Negligencia** los resultados fueron los siguientes:

- De las 381 personas que participaron en el estudio, 44 personas refirieron vivir solas, 337 refirieron compartir su vivienda con algún otro familiar.
- De las 44 personas que refirieron vivir solas, 40 personas negaron haber sufrido negligencia, 4 personas refirieron haber sufrido negligencia.
- De las 337 personas que refirieron compartir su vivienda con algún familiar, 331 refirieron no haber sufrido negligencia, 6 personas refirieron haber sufrido negligencia.

Ver tabla 51 y grafica 51.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 8.138. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación de la Variable de **Cohabitación y Maltrato Económico** los resultados fueron los siguientes:

- De las 381 personas que participaron en el estudio, 44 personas refirieron vivir solas, 337 refirieron compartir su vivienda con algún otro familiar.
- De las 44 personas que refirieron vivir solas, 40 personas negaron haber sufrido maltrato económico, 4 personas refirieron haber sufrido maltrato económico.

- De las 337 personas que refirieron compartir su vivienda con algún familiar, 324 personas refirieron no haber sufrido maltrato económico, 13 personas refirieron haber sufrido maltrato económico.

Ver tabla 52 y grafica 52.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 2.500. Por lo tanto, no existe asociación significativa.

En la relación de la Variable de **Cohabitación y Violencia Sexual** los resultados fueron los siguientes:

- De las 381 personas que participaron en el estudio, 44 personas refirieron vivir solas, 337 refirieron compartir su vivienda con algún familiar.
- De las 44 personas que refirieron vivir solas, 42 personas refirieron no haber sufrido violencia sexual, 2 personas afirmaron haber sufrido violencia sexual.
- De las 337 personas que refirieron compartir su vivienda con algún familiar, 336 personas negaron haber sufrido violencia sexual, 1 persona afirmó haber sufrido violencia sexual.

Ver tabla 53 y grafica 53 en anexos.

- La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 8.993. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación de **Antecedente de violencia intrafamiliar y Maltrato físico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 248 refirieron no haber tenido antecedente de violencia intrafamiliar, 133 si refirió antecedente de violencia intrafamiliar.
- De los 248 sujetos que refirieron no tener antecedente de violencia intrafamiliar, 242 refirieron no haber sufrido maltrato físico, 6 sujetos refirieron haber sufrido maltrato físico.

- De los 133 sujetos que refirieron si tener antecedente de violencia intrafamiliar, 123 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato físico y 10 refirieron haber sufrido maltrato físico.

Ver tabla 54 y grafica 54 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 5.596. Por lo tanto **si existe asociación significativa**

En la relación **antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato psicológico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 248 sujetos refirieron no haber tenido antecedente de violencia intrafamiliar durante su infancia, 133 sujetos refirieron antecedente de violencia intrafamiliar.
- De los 248 sujetos que refirieron no tener antecedente de violencia intrafamiliar, 230 refirieron no haber sufrido maltrato psicológico, 18 sujetos si refirieron haber sufrido maltrato psicológico.
- De los 133 sujetos que refirieron si tener antecedente de violencia intrafamiliar, 106 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato psicológico y 27 sujetos refirieron haber sufrido maltrato psicológico.

Ver tabla 55 y grafica 55 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 14.139. Por lo tanto, **si existe asociación significativa.**

En la relación **antecedente de violencia intrafamiliar y negligencia** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 248 refirieron no haber tenido antecedente de violencia intrafamiliar, 133 si refirieron antecedente de violencia intrafamiliar.

- De los 248 sujetos que refirieron no tener antecedente de violencia intrafamiliar, 243 sujetos refirieron no haber sufrido negligencia, 5 sujetos si refirieron haber sufrido negligencia.
- De los 133 sujetos que refirieron si tener antecedente de violencia intrafamiliar, 128 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato psicológico y 5 sujetos si refirieron haber sufrido negligencia.

Ver tabla 56 y grafica 56 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 1.029 Por lo tanto no existe asociación significativa.

En la relación **antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato económico** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 248 sujetos refirieron no haber tenido antecedente de violencia intrafamiliar, 133 sujetos si refirieron tener antecedente de violencia intrafamiliar.
- De los 248 sujetos que refirieron no tener antecedente de violencia intrafamiliar, 237 refirieron no haber sufrido maltrato económico, 11 sujetos si refirieron haber sufrido maltrato económico.
- De los 133 sujetos que refirieron si tener antecedente de violencia intrafamiliar, 127 sujetos refirieron no haber sufrido maltrato económico y 6 sujetos refirió haber sufrido maltrato económico.

Ver tabla 57 y grafica 57 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 0.001 Por lo tanto no existe asociación significativa.

En la relación **antecedente de violencia intrafamiliar y violencia sexual** los resultados fueron los siguientes:

- De los 381 sujetos de estudio, 248 sujetos refirieron no haber tenido antecedente de violencia intrafamiliar, 133 sujetos refirieron antecedente de violencia intrafamiliar.
- De los 248 sujetos que refirieron no tener antecedente de violencia intrafamiliar, 248 refirieron no haber sufrido violencia sexual.
- De los 133 sujetos que refirieron si tener antecedente de violencia intrafamiliar durante su infancia, 130 sujetos refirieron no haber sufrido violencia sexual y 3 sujetos si refirieron haber sufrido violencia sexual.

Ver tabla 56 y grafica 56 ver en anexos.

La tabla de contingencia correspondiente (2x2) mostró 1 grados de libertad, que para una significancia de 0.05, el punto crítico a superar fue de 3.84. Al realizarse la prueba estadística de chi cuadrada el resultado obtenido fue de 5.638 Por lo tanto **si existe asociación significativa.**

DISCUSIÓN

El grupo con mayor frecuencia respecto a la variable **sexo** fue el femenino, con una frecuencia de 254 pacientes, representando el 66.7%. Kanter Coronel ³¹ (2021), refiere que la mayoría de adultos mayores en México, corresponde al sexo femenino en 54%. La variación de la comparación de los resultados de este estudio y el ya mencionado probablemente sea debido a que en la unidad de estudio el sexo femenino sea el que acude con mayor regularidad a esta unidad. El grupo de **edad** más frecuente de los adultos mayores en este estudio fue de 60 a 69 años, con una frecuencia de 201 personas, representando un 52.8%. De acuerdo al INEGI ⁵ (2020), el grupo de edad de adultos mayores más frecuente en México es de 60 a 69 años, representando un 56%. Presentando semejanza en ambos estudios probablemente debido a que este es el grupo mayormente activo de todos los adultos mayores. Respecto a la variable **escolaridad**, el nivel de escolaridad predominante fue primaria con 177 personas, representando un 46.5%. Téllez Yolanda y colaboradores³² (2017), refiere que donde la escolaridad primaria es la más representativa de esta población, representando un

46.2%. Coincidiendo con el presente estudio. El **estado civil** más frecuente fue la unión conyugal; ya sea casado o en unión libre, representando un 57.2%. En el censo poblacional del INEGI ⁵ (2020), el estado civil más frecuente de los adultos mayores es la unión conyugal casado y unión libre, representando un 53%. Coincidiendo demográficamente con el presente estudio. En relación a la variable **ocupación**, el grupo más representativo fue jubilado o pensionado (64.3%). Kanter Coronel³¹ (2021) reporta que el 32.2% de los adultos mayores en México son jubilados o pensionados. La variación de la comparación de los resultados del presente estudio y de los ya mencionados, probablemente sea debido a que los adultos mayores derechohabientes de la UMF 7 iniciaron su vida laboral a edad más temprana.

Respecto a **Discapacidad**, el 24.9% de los adultos mayores que participaron en este estudio refirieron tener alguna discapacidad. Kanter Coronel³¹ (2020), refiere que los adultos mayores con alguna discapacidad representan al 6.2% de la población mexicana. La variación de los resultados probablemente sea debido a la diferencia del tamaño de la muestra, donde los reportes de Kanter son basados en censos nacionales, mientras que en el presente estudio analiza población que corresponde a derechohabientes de la UMF 7. Respecto a la variable **Red de apoyo**, la presencia de estas tuvo una frecuencia del 78.5%. Garay Villegas³³ y colaboradores (2019) determinaron que la presencia de redes de apoyo en adultos mayores en México, en una población de 1157, el 71.7% tenían una red de apoyo. Teniendo similitud con el presente estudio.

En cuanto a **Dependencia**, se encontró una mayor frecuencia de adultos mayores independientes con un porcentaje de 98.4%. Loredó y colaboradores³⁴ (2016), identificó de 7,497 de adultos mayores, el 80.2% eran independientes. La variación en la comparación de los resultados puede ser debido a el tamaño de la muestra de cada estudio, además de la diferencia en la temporalidad.

La frecuencia de **depresión** en los adultos mayores que participaron en este estudio fue del 15%. De los Santos y Carmona³⁵ (2018) determinaron la prevalencia de depresión en adultos mayores en México en un estudio transversal, en una población de 5275 participantes, donde la prevalencia fue de 74.3%. Esta variación de los resultados puede ser debida a la diferencia del tamaño de la muestra y de la temporalidad. En relación a

la variable de trastornos de **ansiedad**, su frecuencia fue de 49 personas, afectando al 12.9% de los adultos mayores que participaron en este estudio. Cisneros y Ausín³⁶ (2019), en su revisión sistemática, identificaron que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los adultos mayores oscila de 0.1 al 17.2% Coincidiendo con lo presentado en nuestro estudio, compartiendo semejanza probablemente debido a que Cisneros realizó una revisión sistemática donde se contemplaron estudios realizados en Latinoamérica. Respecto a la percepción de buen o mal **estado de salud**, el 73.2% de los participantes refirieron tener un buen estado de salud. Loredó y colaboradores³⁴ (2016), identificó la frecuencia de percepción de buen estado de salud en el 24% de adultos mayores. Probablemente la diferencia porcentual entre nuestro estudio y los ya mencionados se deba a que las opciones de respuesta no son las mismas. Para la variable **Cohabitación**, el 88.5% de los adultos mayores participantes refirieron vivir acompañados de familiares. Joao Santos¹⁶ y colaboradores (2019), en su estudio transversal, donde participaron 245 adultos mayores, el 73.2% refirió vivir acompañado con otros familiares. La variación en la comparación de los resultados probablemente sea debido a el tamaño de la muestra, la temporalidad y lugar de estudio. En relación a la frecuencia de **antecedente de violencia intrafamiliar**, fue positivo en el 65.1% en la población estudiada. Lacher²⁷ y colaboradores (2016), en su estudio Types of abuse and risk factors associated with elder abuse, el cual fue un estudio retrospectivo donde participaron 903 adultos mayores, se encontraron que un 14% de los adultos mayores tiene antecedente positivo de violencia intrafamiliar. Probablemente la diferencia porcentual entre nuestro estudio y el ya mencionado puede deberse a las diferencias sociodemográficas, económicas y lugar de estudio.

El tipo de maltrato más frecuente identificado en esta investigación fue el **maltrato psicológico**, con una frecuencia de 11.8%. Yongjie Yon¹⁴ (2017) y colaboradores realizaron un metaanálisis, identificaron al maltrato psicológico como el tipo de maltrato más frecuente en el adulto mayor, representado el 11.6%. Coincidiendo con el presente estudio.

Respecto a la asociación de **Discapacidad** con maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y violencia sexual, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones, con un grado de significancia de 0.05 y aplicando la prueba estadística de chi cuadrada, no se pudo superar el punto crítico para cada una de estas, por lo que no existe asociación estadísticamente significativa. La Organización Internacional del Trabajo³⁸ (2019) refiere que existe poca información o falta de datos sobre maltrato en las personas con discapacidad, además de referir presencia de acuerdos internacionales ora promover los derechos de las personas con discapacidad. Probablemente los resultados obtenidos, sean debido a que se han creado estrategias aceptadas internacionalmente para evitar la discriminación y la violencia de este grupo de personas, además de creación de espacios que facilitan el acceso a sus derechos humanos. Por otra parte, sería una oportunidad de investigación a futuro de esta asociación.

Respecto a la relación de la variable **red de apoyo** y los tipos de maltrato seleccionados en este estudio, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones, con un grado de significancia de 0.05 y aplicando la prueba estadística de chi cuadrada, se pudo superar el punto crítico, por lo que se corroboró la **existencia de asociación estadísticamente significativa** para la asociación con **maltrato psicológico, negligencia, económico y violencia sexual**. Joao¹⁶ y colaboradores (2019), en su estudio Elder abuse victimization patterns: latent class análisis using perpetrators and abusive behaviours, tipo estudio transversal, refirió asociación de **maltrato psicológico** y la presencia de red de apoyo, en adultos mayores de 60 años, los cuales refirieron en un 60.6% refirieron haber sufrido maltrato psicológico con una red de apoyo estable. Respecto a la asociación con negligencia, la búsqueda de autores relacionados al tema arrojó resultados no favorables, esto podría ser indicativo de que la metodología de búsqueda de información no fue la correcta o que nuestro resultado es uno de los primeros reportados. Joao¹⁶ y colaboradores (2019) refirió asociación de **maltrato económico** y presencia de red de apoyo en adultos mayores, donde un 63.9% refirieron maltrato económico en los que refirieron tener una red de apoyo plena o estable. Respecto a la asociación con **violencia sexual**, la búsqueda de autores relacionados al tema arrojó resultados no favorables, esto podría ser indicativo de que la metodología de

búsqueda de información no fue la correcta o que nuestro resultado es uno de los primeros reportados.

En la asociación de **dependencia** y los tipos de maltrato estudiados, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones con un grado de significación de 0.05 y aplicando la prueba estadística de Chi cuadrada se corroboró la **existencia de asociación estadísticamente significativa** únicamente para **maltrato físico**. Curcio²⁵ y colaboradores (2019), en su estudio Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality, tipo transversal, con una población de estudio de 23, 694 personas, encontró asociación de dependencia con maltrato físico en el 2.9%. Probablemente debido a que se las capacidades del cuidador sean sobrepasadas por la presencia de una mayor dependencia del adulto mayor para sus actividades diarias.

Para la asociación de **depresión** y los tipos de maltrato seleccionados, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones con un grado de significancia de 0.05 y aplicando la prueba estadística de Chi cuadrada, se corroboró la **existencia de asociación estadísticamente significativa** para **maltrato psicológico y violencia sexual**. En el estudio de Álvarez³⁹ (2018) llamado La depresión como causa de violencia psicológica en el adulto mayor, Teapa, Tabasco. Junio-diciembre del 2018, encontró asociación entre depresión y **maltrato psicológico** en adultos mayores. Por otra parte, para la asociación de depresión y violencia sexual. Alcántara⁴⁰ y colaboradores (2021), en su estudio “Depresión y **violencia sexual** en mujeres” encontraron relación estadísticamente significativa entre estas variables. En este estudio al encontrar una asociación entre ambas variables ya mencionadas, no se determina la causalidad de la depresión, únicamente la asociación, por lo que esta es una oportunidad para futuras investigaciones el determinar o crear herramientas donde se identifique el tiempo de evolución de la depresión y el inicio de la violencia sexual.

Respecto a la relación **ansiedad** y los tipos de maltrato seleccionados, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones con un grado de significancia de

0.05 y aplicando la prueba estadística de Chi cuadrada, se corroboró la existencia de **asociación estadísticamente significativa** para **maltrato psicológico y violencia sexual**. Lacher²⁷ y colaboradores (2016) en su estudio Types of abuse and risk factors associated with elder abuse refiere encontrar asociación entre la presencia de algún tipo de trastorno de ansiedad y **maltrato psicológico**, refiriendo encontrar algún trastorno de ansiedad en el 10% de los adultos mayores que viven maltrato psicológico. Carrillo⁴¹ y colaboradores (2018), refieren relación estadísticamente significativa entre ansiedad y maltrato psicológico, donde las prácticas de los diferentes tipos de maltrato pueden generar efectos como la ansiedad. En el presente estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre ansiedad, maltrato psicológico y violencia sexual, sin embargo, no se logra determinar la causalidad de la ansiedad, por lo que es una oportunidad de estudio para futuras investigaciones, el determinar la temporalidad de inicio de los trastornos de ansiedad y el inicio de la violencia sexual. Respecto a la asociación con **violencia sexual**, la búsqueda de autores relacionados al tema arrojó resultados no favorables, esto podría ser indicativo de que la metodología de búsqueda de información no fue la correcta o que nuestro resultado es uno de los primeros reportados.

Respecto a la asociación de la percepción del **estado de salud** con maltrato físico, psicológico, negligencia, económico y violencia sexual, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones, con un grado de significancia de 0.05 y aplicando la prueba estadística de chi cuadrada, no se pudo superar el punto crítico para cada una de estas, por lo que no existe asociación estadísticamente significativa. La búsqueda de autores relacionados al tema arrojó resultados no favorables, esto podría ser indicativo de ser oportunidad de área de investigación respecto a la percepción del estado de salud del adulto mayor y su relación con el maltrato.

Se observó en la relación de **cohabitación** y los tipos de maltrato seleccionados, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones con un grado de significancia de 0.05 y aplicando la prueba estadística de Chi cuadrada, se corroboró la **existencia de asociación estadísticamente significativa** con **maltrato psicológico**,

negligencia y violencia sexual. Curcio²⁵ y colaboradores (2019) en su estudio Abuse in Colombian elderly an its association with socioeconomic conditions and functionality, un estudio transversal, donde se analizó una población muestra de 23,694 adultos mayores, se encontró asociación entre personas que compartían su vivienda con algún familiar y **maltrato psicológico**, al igual que para **negligencia y violencia sexual.** Rodríguez⁴² y colaboradores (2018) en su estudio “Intrafamily violence in the elderly”, refiere encontrar asociación entre los adultos mayores que comparten su vivienda con sus familiares y riesgo de **maltrato psicológico.** Probablemente la similitud entre estos resultados sea debido a que, entre mayor convivencia con otras personas, compartir espacio personal o tener menor privacidad y la presencia de problemas en la comunicación entre los familiares o antecedentes de problemas no resueltos con las personas con quien vive puede generar ambientes haya mayor riesgo de vivir maltrato.

Se observó en la relación de **antecedente de violencia intrafamiliar** y los tipos de maltrato seleccionados, al realizar tablas de contingencia para cada una de estas asociaciones con un grado de significancia de 0.05 y aplicando la prueba estadística de Chi cuadrada, se corroboró la **existencia de asociación estadísticamente significativa** al **maltrato físico, psicológico y violencia sexual.** Lacher²⁷ y colaboradores (2016), en su estudio retrospectivo, refiere si encontrar asociación entre la presencia de antecedente positivo de violencia intrafamiliar con maltrato físico y psicológico, reportando una frecuencia del 13% para ambas asociaciones. Rivera⁴³ y colaboradores (2006), en su estudio realizado en mujeres mexicanas, encontró asociación entre violencia intrafamiliar durante la niñez y padecer violencia física y sexual en su vida adulta. Probablemente esto se deba a que en víctimas de violencia que alcancen un máximo nivel educativo, afectando su autoestima y su integridad física, por otra parte, también se puede revertir el papel de víctima en la adultes debido a que se aprenden y expresan dichas conductas violentas y se repite el ciclo de la violencia dentro de sus familias.

CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico obtenido por esta investigación fue que el género más representativo fue mujeres 66.1%, un predominio de bajo nivel de escolaridad primaria en 46.5%, estado civil casado o en unión libre 57%, y la ocupación jubilado o pensionado el 64.3%. Además, existe asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo de presencia de red de apoyo para maltrato psicológico, maltrato económico y negligencia. De la misma forma se encontró asociación estadísticamente significativa entre presentar dependencia con maltrato físico, compartir vivienda con algún familiar para maltrato psicológico y negligencia; al igual que antecedente positivo de violencia intrafamiliar para maltrato físico y psicológico

Finalmente continuando con el ejercicio académico de esta tesis, la pregunta que nos guio fue la siguiente: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a maltrato en los adultos mayores de la UMF 7 CDMX?

Por lo que, de acuerdo con la metodología planteada en esta investigación, se acepta:
H1: Existen factores de riesgo asociados a maltrato en los adultos mayores de la UMF 7 CDMX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. New measures of population Ageig. [Internet]. 2019. [Consultado el 11 de septiembre 2021]. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/29/session1/EGM_25Feb2019_S1_SergeiScherbov.pdf
2. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores. [Internet] México: 2002. [Consultado el 20 de octubre 2021]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_200521.pdf
3. Instituto Nacional de Geriatria. Envejecimiento [Internet]. Geriatria.salud.gob.mx [consultado el 2 septiembre 2021]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
4. United Nations. Ageing. [Internet].Un.org. [Consultado el 7 de Agosto 2021] Disponible en: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
5. INEGI. Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las personas Adultas Mayores. [Internet] México: 2021 [Consultado el 13 de agosto 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADUL_MAYOR_21.pdf
6. SEMANA Ministerio de Desarrollo Social. Indicadores sociodemográficos de las personas mayores a nivel territorial. [Internet]. Chile: 2013. [Consultado el 12 agosto 2021]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Indicadores-Sociodemograficos-de-las-Personas-Mayores-Nivel-Territorial-2013.pdf>
7. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. [Internet] México: 2018 [Consultado el 14 agosto 2021]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
8. INEGI. Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Población Datos Nacionales. [Internet]. México: 2021. [Consultado el 14 agosto 2021]. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_POBLA_C21.pdf

9. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1ro de octubre). [Internet]. México: 2021. [Consultado el 16 de agosto 2021] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADUL_MAYOR_21.pdf
10. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Comunicado No. 29. Dirección de información y Comunicación Social. [Internet]. México: 2020. [Consultado el 16 agosto 2021] Disponible en: https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2020/COMUNICADO_29_POBREZA_Y_ADULTOS_MAYORES.pdf
11. Secretaria de Salud. Guía de Practica clínica Detección y Manejo del Maltrato en los Adultos mayores en primer nivel de atención. CENETEC: México: 2013.
12. Montero G. Vega J. Hernández G. Abuso y maltrato en el adulto mayor. Medicina Legal de Costa Rica. 2017; 34(1):1-11.
13. World Health Organization. Elder Abuse. 2021. [Consultado el 4 octubre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
14. Yongjie Y, Mikton C, Gassoumis Z, Wilber K. Elder Abuse Prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Glob Health. 2017; 5: 147-156.
15. Mapelli M, Dos Santos D. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. Revista Brasileira de Enfermagem. 2015; 68(6):727-733
16. Joao A, Nunes B, Kislaya I, Gil A, Ribeiro O. Elder abuse victimization patterns: latent class analysis using perpetrators and abusive behaviours. BMC Geriatr. 2019; 19(1): 1-11.
17. INEGI. Encuesta sobre violencia Intrafamiliar. [Internet]. México: 1999. [Consultado el 19 de septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/envif/1999/#Publicaciones>

18. Ruelas M, Et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *International Journal for Equity in Health*. 2016, 15(35): 1-9.
19. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (ENDIREH). [Internet]. México: 2016 [Consultado el 19 septiembre 2021] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endreh/2016/doc/endreh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
20. Vilar M, Gaitán P. Syndemics of severity and frequency of Elder Abuse: A cross-sectional Study in Mexican Older Females. *Frontiers of Psychiatry*. 2018; 9(599): 1-9.
21. Agudelo MT, Cardona D, Segura A, Alveiro D. Elder Abuse, a silent problem. *Rev. Fac. Nal. Salud Publica*. 2020; 38 (2): 1-11
22. Kong Y, Jeon H. Functional Decline and Emotional Elder Abuse: A Population-Based Study of Older Korean Adults. *J Fam Violence*. 2018; 33(1): 17-26.
23. Gómez D, Valdés A, Arteaga Y, Casanova M, Barrabe A. Characterization of mistreatment to the elderly. *Rev Ciencias Médicas*. 2010; 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000200005
24. Pabón D, Delgado J. Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*. 2017; 26(2): 245-267.
25. Curcio C, Payan C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. *Colomb Med*. 2019; 50(2): 77-88.
26. Mawar S, Koul P, Das S, Gupta S. Association of Physical Problems and Depression with Elder Abuse in a Urban Community of North India. *Indian Journal of Community Medicine*. India. 2018; 43(3): 165-169.
27. Lacher S, et al. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Medical Weekly*. 2016; 146(1): 1-10.
28. Pillemer K, et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016; 56(2): 194-205.

29. Baker P, Francis D, Hairi N, Othman S, Choo W. Interventions for preventing abuse in elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; 1-17.
30. Honarvar B, et al. The Impact of Abuse on the Quality of Life of the Elderly: A Populations-based Survey in Iran. J Prev Med Public Health. 2019; 53(1): 89-97.
31. Kanter Coronel. Las personas Mayores a través de los datos censales de 2020. [Internet] México:2020. [Consultado el 30 diciembre 2022]. Disponible en: [http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5295/ML_204.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Las%20personas%20entre%2070%20y,d e%201.0%20mill%C3%B3n%20\(6.9%25\).](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5295/ML_204.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Las%20personas%20entre%2070%20y,d e%201.0%20mill%C3%B3n%20(6.9%25).)
32. Téllez Yolanda, Et al. Vejez y pensiones en México. [Internet]. Mexico.2017. [Consultado el 27 diciembre 2022] Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Vejez-pensiones-en-Mexico.pdf>
33. Garay Villegas. Montes de Oca. Concepción Arroyo. Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. Revista Latinoamericana de Población. 2019. 13(26): 70-88.
34. Loredó Figueroa, Et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. [Internet]. México: 2016. [Consultado el 1 enero 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159
35. De los Santos. Carmona Valdés. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres en México y factores de riesgo. Revista Población y Salud en Mesoamérica. 2018; 12(2): 1-23.
36. Cisneros Elizabeth. Ausín Berta. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2019; 54 (1): 34-48.
37. Sotomayor Álvarez. Bermúdez Llusá. Pérez Díaz. Méndez Amador. Maltrato en personas mayores dependientes, atendidas en el CITED de enero-mayo 2014. [Internet]. Cuba: 2014. [Consultado 28 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2016/ger163d.pdf>

38. Organización Internacional del Trabajo. La violencia y el acoso contra las personas con discapacidad en el mundo del trabajo. [Internet]. Suiza: 2019. [Consultado el 26 enero 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/briefingnote/wcms_740226.pdf
39. Álvarez Bernardo. Jiménez Martínez. La depresión como causa de violencia psicológica en el adulto mayor, Teapa, Tabasco. Junio-diciembre del 2018. [Internet] México: 2018. [Consultado 27 diciembre 2022]. Disponible en: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/21_0.pdf
40. Alcántara Alegre. Marcos Ventocilla. Depresión y violencia sexual en mujeres. [Internet]. Perú: 2021. [Consultado el 18 diciembre 2022]. Disponible en : https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11234/1/IV_FHU_5_01_TI_Alc%C3%A1ntara_Marcos_2021.pdf
41. Carrillo Saucedo, Et al. Distintos tipos de violencia y su relación con la ansiedad en adolescentes de Ciudad Juárez. Memorias del XXVI Congreso Mexicano de Psicología. [Internet]. México: 2018. [Consultado el 17 diciembre 2022]. Disponible en: <http://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5116/violencia%20y%20su%20relacion%20con%20la%20ansiedad.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
42. Rodríguez Calvo, Et al. Intrafamily violence in the elderly. [Internet]. Cuba: 2018. [Consultado el 15 diciembre 2022]. Disponible en: <http://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5116/violencia%20y%20su%20relacion%20con%20la%20ansiedad.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
43. Rivera Leonor, Et al. Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la vida adulta. Salud Publica de México. [Internet]. 2006; 48 (2): 268-278. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800007

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Factores de riesgo asociados a maltrato en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 7 Tlalpan en Calzada de Tlalpan 422 Colonia Huipulco Alcaldía Tlalpan CDMX, mayo y junio del 2022						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	La investigadora me ha informado que el presente estudio es importante porque podría identificar factores de riesgo para maltrato y al proporcionarme mayor información de este tema, podría mejorar mi calidad de vida.						
Procedimientos:	La investigadora me ha informado que al aceptar y dar mi consentimiento pasaré a un consultorio en donde me aplicarán cuestionarios, acerca de mis datos personales y circunstancias que puedan ser causa malos tratos. Esta intervención durará de 15 a 20 minutos.						
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que al responder este cuestionario, no corro riesgo, pero podría tener molestias o sentirme incómodo (a) sin embargo la investigadora se ha comprometido a responder cualquier duda que tenga.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La investigadora me ha informado que al final de la entrevista me dará información sobre el cuestionario que respondí, además me dará información general sobre maltrato, así como los servicios de trabajo social de mi Unidad de Medicina Familiar.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La investigadora me dará información acerca del cuestionario que respondí, los factores de riesgo que pudiera tener, así como orientación para integrarme a los grupos de trabajo social de mi Unidad como Envejecimiento Activo PREVENIMSS, donde hombres y mujeres de mi edad se reúnen intercambiar conocimiento, fortalecer valores y habilidades para la vida.						
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total confidencialidad de mi nombre y cualquier otro dato personal sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: none;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>		No autoriza que se tome la muestra.		Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.		Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
	No autoriza que se tome la muestra.						
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Obtener mayor información acerca de los factores de riesgo para maltrato al adulto mayor así como como información sobre los servicios de trabajo social de mi Unidad de Medicina Familiar como Envejecimiento Activo PREVENIMSS.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS. Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 97380843, Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Consulta Externa, Adscripción: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur de la CDMX, IMSS. Teléfono: 55732211 Ext 21478 Fax: sin fax e-mail: marianaviav@gmail.com						
Colaboradores:	DIANA NICTE MEDRANO GARCIA. Médico Residente la Especialidad de Medicina Familiar. Matrícula: 97389996, Lugar de trabajo: Consulta externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 7 Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur de la CDMX, IMSS. , Teléfono. 5513826766. FAX: sin fax e-mail: mi.nicte25@gmail.com EDITH MIREYA VILLANUEVA ESTRADA. Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 98384639, Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 163 Consulta Externa, Adscripción: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur de la CDMX, IMSS. Teléfono: 5520777777 Ext Fax: sin fax e-mail: Edith_mve@yahoo.com.mx MANUEL MILLAN HERNÁNDEZ. Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 98374576 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina en Salud de Psiquiatría/ Unidad de Medicina familiar No.10. Adscripción: Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur de la CDMX, IMSS, Teléfono: 56232300 Ext 45172 Fax: sin fax e-mail: drmanuelmillan@gmail.com.						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

Nombre y firma del sujeto

Medrano García Diana Nichte
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección y firma

Nombre, dirección y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Anexo 2. Hoja de recolección de Datos

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALTRATO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7, CDMX

Diana Nichte Medrano García¹, Mariana Gabriela Villarreal Ávalos², Edith Mireya Villanueva Estrada³, Millán Hernández Manuel⁴. ¹ Residente de la Especialidad en Medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ² Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. ³ Especialista en Medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 164 IMSS. ⁴ Especialista en Medicina Familiar del Hospital de Psiquiatría/ Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS.

Nombre:			Turno	Matutino () Vespertino ()	Folio	Fecha (dd/mm/aa)	___/___/___
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)							
	NSS:		Teléfono:				
1	Sexo:			()			
	1. Femenino						
	2. masculino						
2	Edad:			()			
	1. 60 -69 años						
	2. 70-79 años						
	3. 80-89 años						
	4. 90 o mas años						
3	Escolaridad:			()			
	1. Analfabeta						
	2. Primaria						
	3. Secundaria						
	4. Bachillerato						
	5. Licenciatura						
	6. Posgrado						
4	Estado Civil:			()			
	1. Soltero						
	2. Casado/Unión libre						
	3. Viudo						
5	Ocupación:			()			
	1. Empleado						
	2. Desempleado						
	3. Jubilado/Pensionado						
FACTORES DE RIESGO							
6	¿Usted padece de alguna discapacidad?			()			
	1. No						
	2. Visual						
	3. Auditiva						
	4. Motriz						
7	¿Su familia lo apoya cuanto usted tiene un problema de cualquier índole? (red de apoyo)			()			
	1. Si						
	2. No						
	3. A veces						
8	¿Usted puede realizar las siguientes actividades por sí solo?			()			
	1. Bañarse ()	Si= 1		()			

	2. Vestirse (____) No= 0 3. Ir al baño por si solo (____) 4. Usa pañal (____) 5. Acostarse/levantarse (____) 6. Alimentarse (____)					
9	¿Usted tiene algún tratamiento actual para Depresión? 1. No 2. Si	(____)				
10	¿Usted tiene algún tratamiento actual para Ansiedad? 1. No 2. Si	(____)				
11	¿Usted como considera su estado de salud? 1. Bueno 2. malo	(____)				
12	¿Usted con quién vive?: 1. Nadie (vive solo) 2. Solo con su pareja 3. Pareja e hijos 4. Con algún otro familiar con parentesco 5. Otras personas sin parentesco	(____)				
13	¿Usted presentó violencia intrafamiliar durante su infancia? 1. No 2. Si	(____)				
ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO						
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 ultimo 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 usted...	0= No 1= Si *=no respondió	1= una vez 2= pocas veces 3= muchas veces 99= no respondió	1= un año y menos 98= no recuerda	Escriba el parentesco	1= Hombre 2= Mujer
14	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?	(____) (____) (____) (____) (____)	(____) (____) (____) (____) (____)	(____) (____) (____) (____) (____)	_____ _____ _____ _____ _____	(____) (____)
15	PSICOLÓGICO 6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	(____)	(____)	(____)	_____ _____	(____) (____)

	<p>7. ¿le han tratado con indiferencia o le han ignorado?</p> <p>8. ¿le han aislado o le han corrido de la casa?</p> <p>9. ¿le han hecho sentir miedo?</p> <p>10. ¿no han respetado sus decisiones?</p> <p>11. ¿le han prohibido salir o que lo visiten?</p>	()	()	()		
16	<p>NEGLIGENCIA</p> <p>12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?</p> <p>13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?</p> <p>14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?</p> <p>15. ¿le han negado acceso a la casa que habita?</p>	()	()	()	_____	()
17	<p>ECONÓMICO</p> <p>16. ¿Alguien a manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?</p> <p>17. ¿Le han quitado su dinero?</p> <p>18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?</p> <p>19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?</p> <p>20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?</p>	()	()	()	_____	()
18	<p>SEXUAL</p> <p>21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales sin que usted no quiera?</p> <p>22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?</p>	()	()	()	_____	()

ANEXO 3



ENVEJECIMIENTO SALUDABLE



Envejecer no significa dejar de hacer las cosas que a usted lo hacen sentir bien, seguir realizándolas mantendrán su funcionalidad

PRACTIQUE UNA ACTIVIDAD FÍSICA

Realizar alguna actividad física mejorara su sistema muscular y respiratorio.

- Disminuirá su estrés
- Mejorará su memoria
- Mejorará su presión arterial y niveles de glucosa
- Mejorará su calidad de sueño
- Puede realizar caminata, practicar yoga, natación e incluso bailar !!!



Alimentación Saludable

Comer saludable ayudara al control de peso, ayudara a prevenir complicaciones de sus enfermedades.

- Consuma mas verduras
- Realice 5 comida al día
- No consuma comida chatarra
- Disminuya el consumo de tortilla y pan
- Evite consumir comida frita o capeada




Prevención de malos tratos


- Mantenga sus amistades
- No se aisle, conviva con amistades y familia.



- Participe en eventos culturales y de recreación
- Realice alguna actividad física
- Realice alguna actividad que le guste, que lo mantenga motivado y lo haga sentirse feliz consigo mismo



- Únase al grupo de "Envejecimiento Activo PREVENIMSS" en su UMF, así podrá hacer nuevas amistades, compartir conocimiento, fortalecer valores y fortalecer sus habilidades diarias.



"Por envejecer no dejas de reír, dejar de reír te hace envejecer."



Referencia Bibliográfica: IMSS. Guía de Adultos Mayores, Promoción de la Salud. IMSS; México: 2020.
Realizado por Dra. Medrano Garcia Diana Nigte Medico Residente de UMF 7 Tlalpan, CDMX.

Tabla 1. Sexo según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7 IMSS

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	254	66.7	66.7	66.7
	Masculino	127	33.3	33.3	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

CDMX.

Grafica 1. Sexo según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7 IMSS

CDMX.

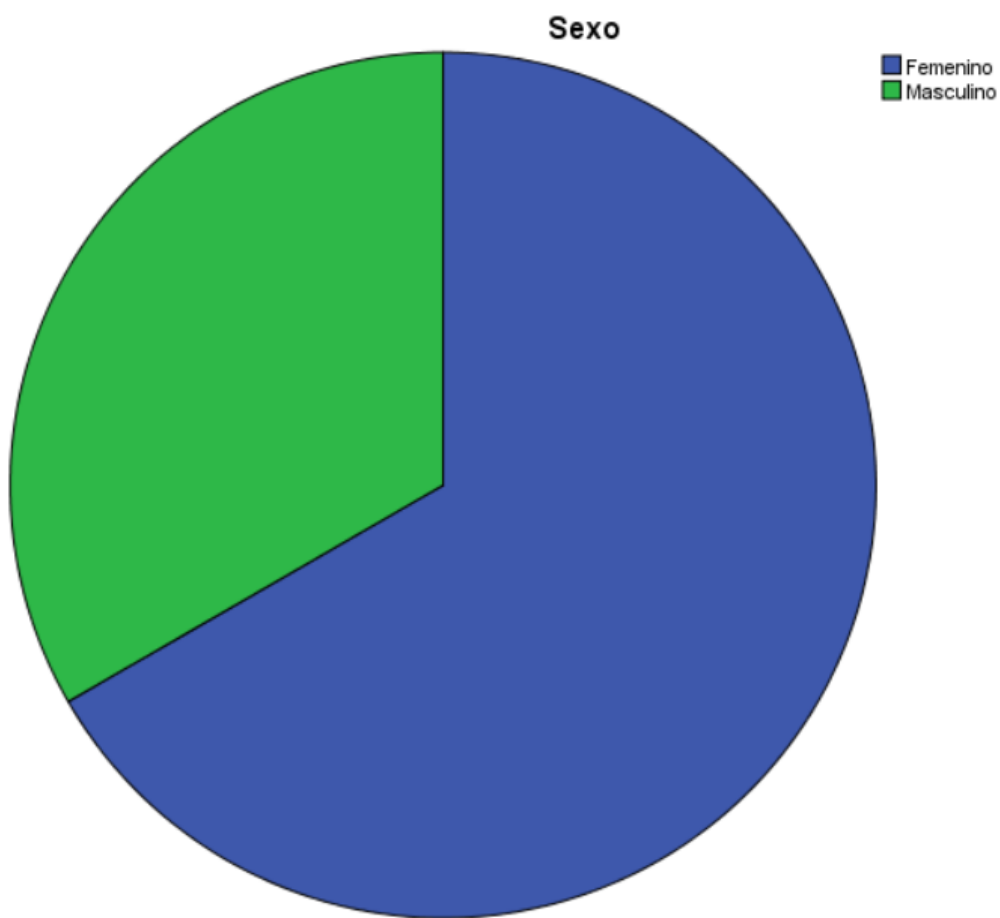


Tabla 2. Edad según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		intervalo de edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60 a 69 años	201	52.8	52.8	52.8
	70 a 79 años	135	35.4	35.4	88.2
	80 a 89 años	41	10.8	10.8	99.0
	90 o mas	4	1.0	1.0	100.0
Total		381	100.0	100.0	

Grafica 2. Edad según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

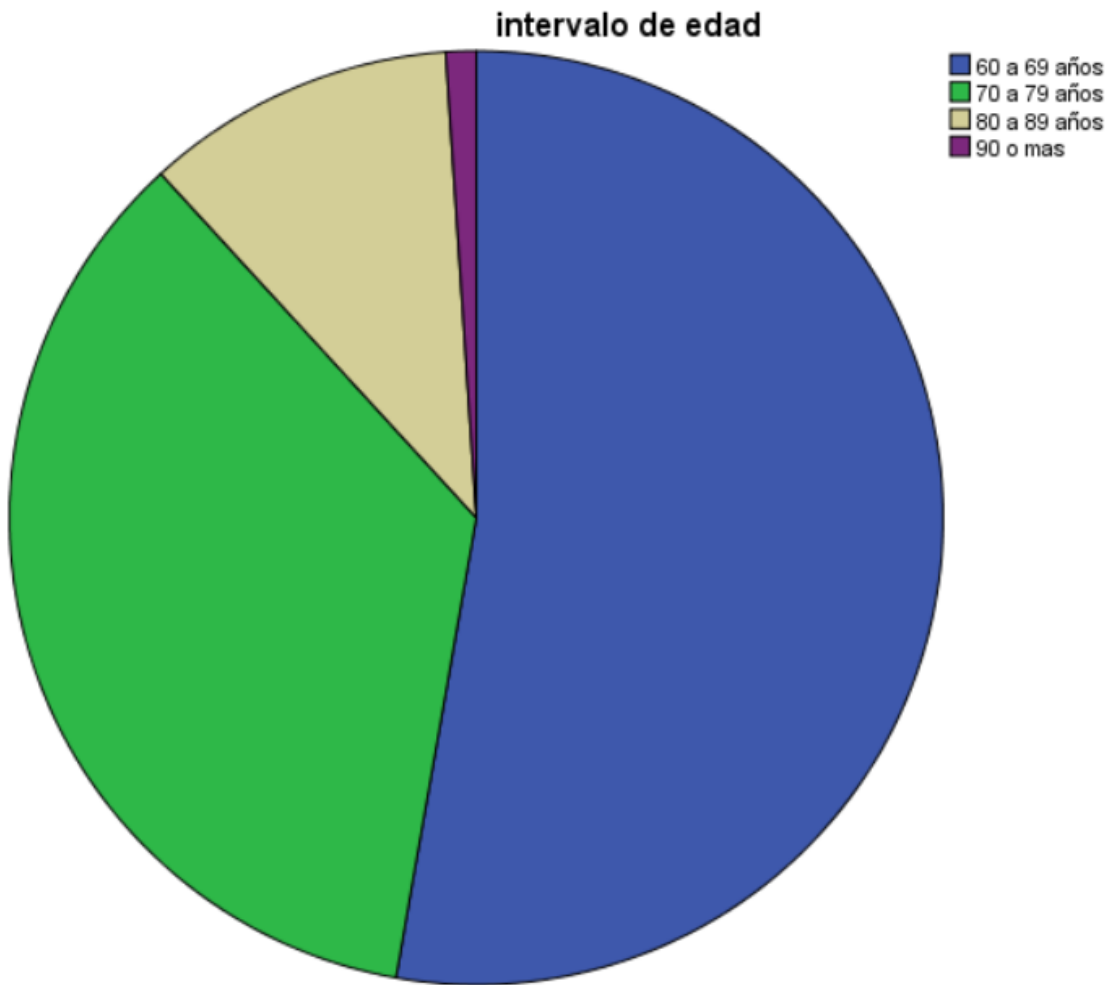


Tabla 3. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	analfabeta	25	6.6	6.6	6.6
	primaria	177	46.5	46.5	53.0
	secundaria	78	20.5	20.5	73.5
	Bachillerato	61	16.0	16.0	89.5
	licenciatura	37	9.7	9.7	99.2
	posgrado	3	.8	.8	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 3. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

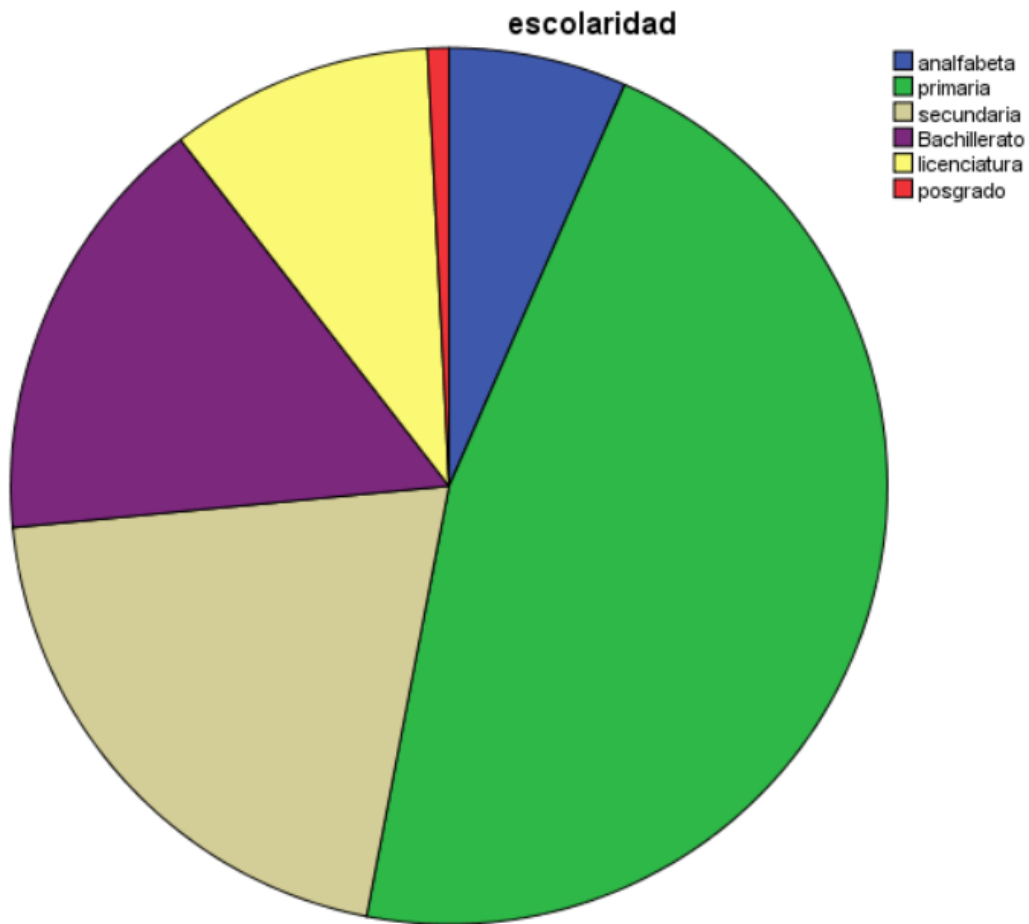


Tabla 4. Estado civil según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltero	72	18.9	18.9	18.9
	casado/union libre	218	57.2	57.2	76.1
	viudo	91	23.9	23.9	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 4. Estado civil según frecuencia y porcentaje en adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

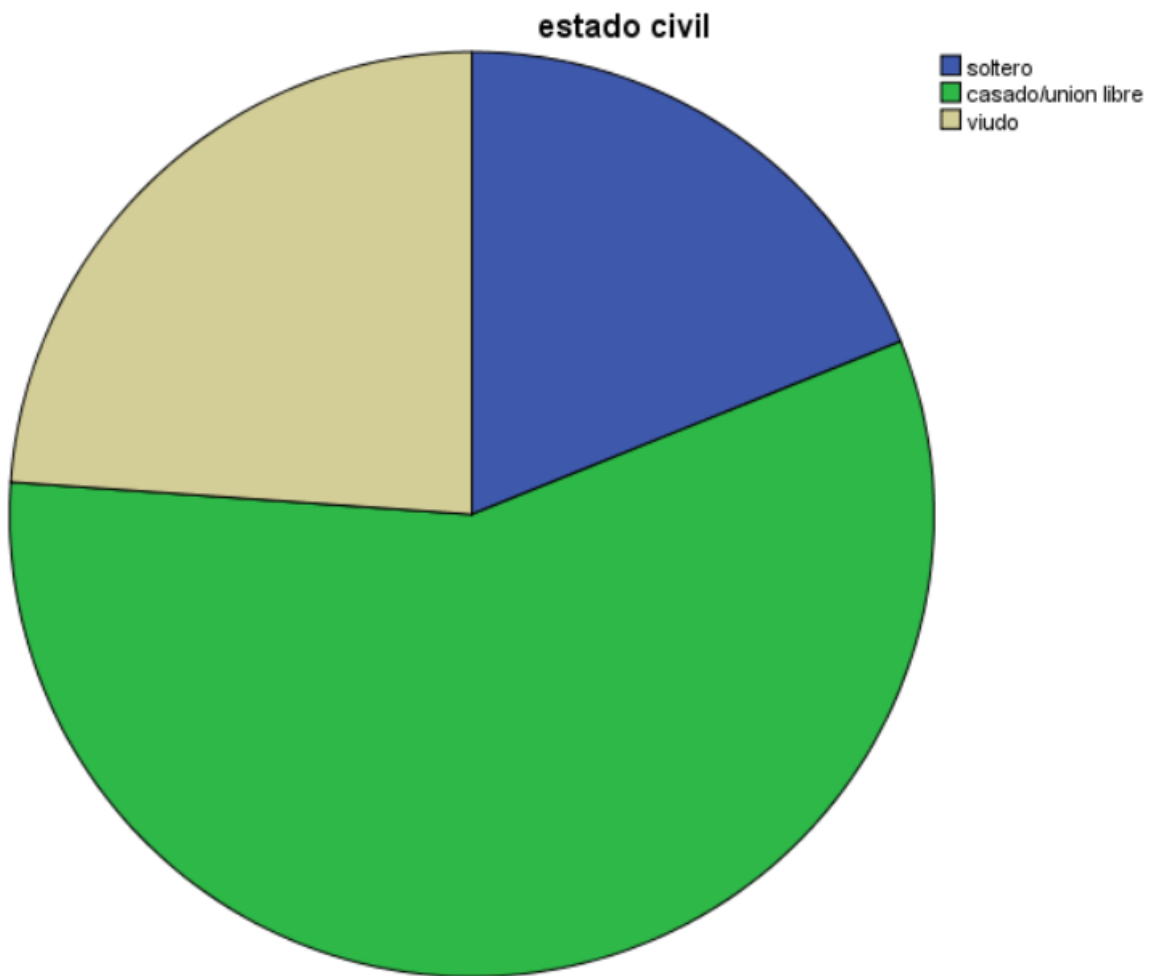


Tabla 5. Ocupación según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		ocupacion			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	empleado	53	13.9	13.9	13.9
	desempleado	83	21.8	21.8	35.7
	jubilado o pensionado	245	64.3	64.3	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 5. Ocupación según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

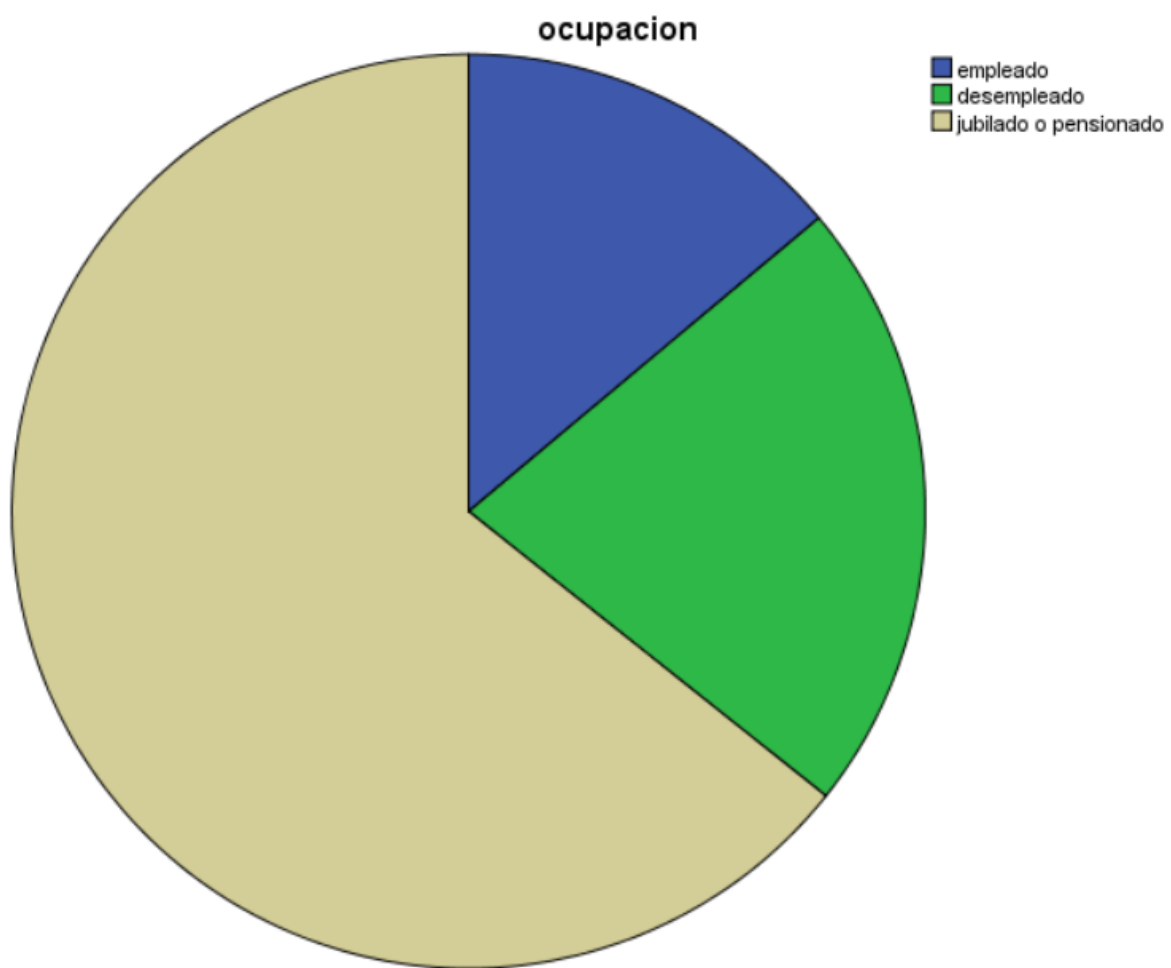


Tabla 6. Presencia de discapacidad según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		Discapacidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no discapacidad	286	75.1	75.1	75.1
	si discapacidad	95	24.9	24.9	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 6. Presencia de discapacidad según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

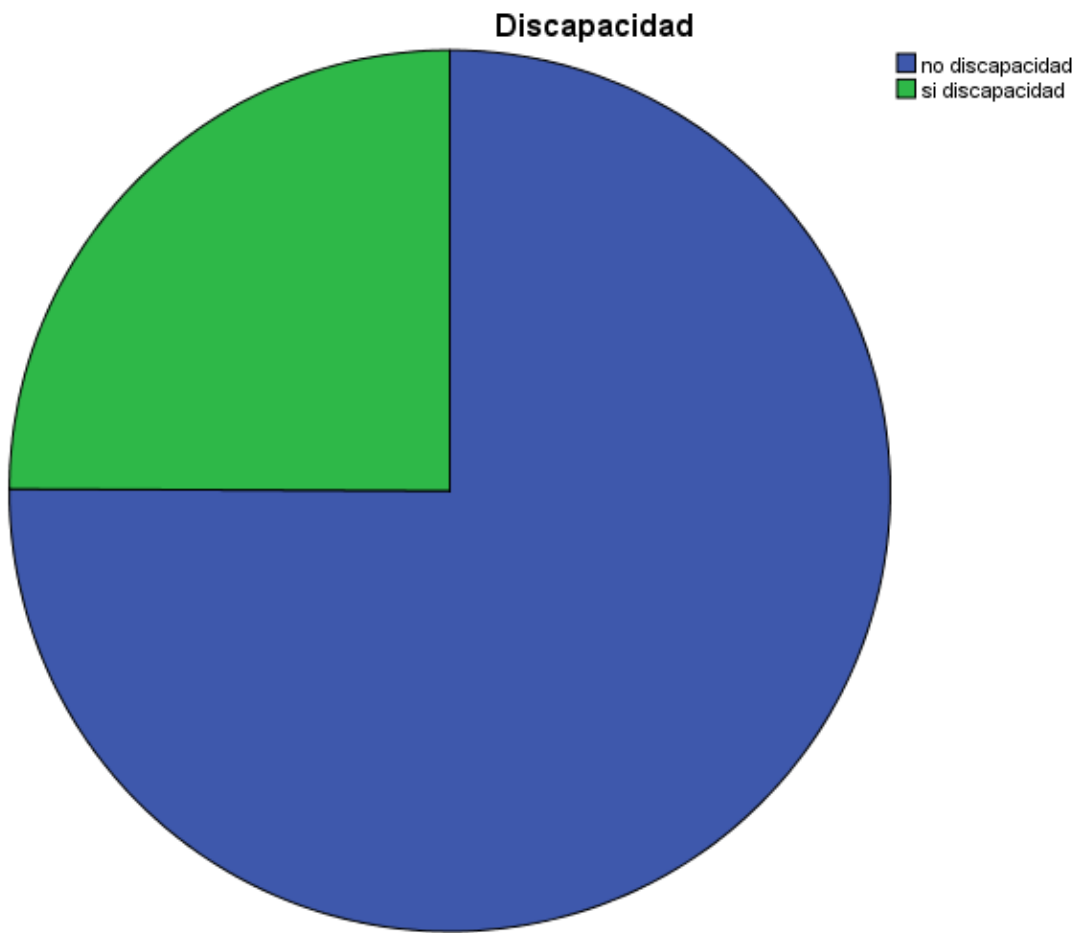


Tabla 7. Presencia de red de apoyo según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

presencia de red de apoyo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	299	78.5	78.5	78.5
no	53	13.9	13.9	92.4
a veces	29	7.6	7.6	100.0
Total	381	100.0	100.0	

Grafica 7. Presencia de red de apoyo según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

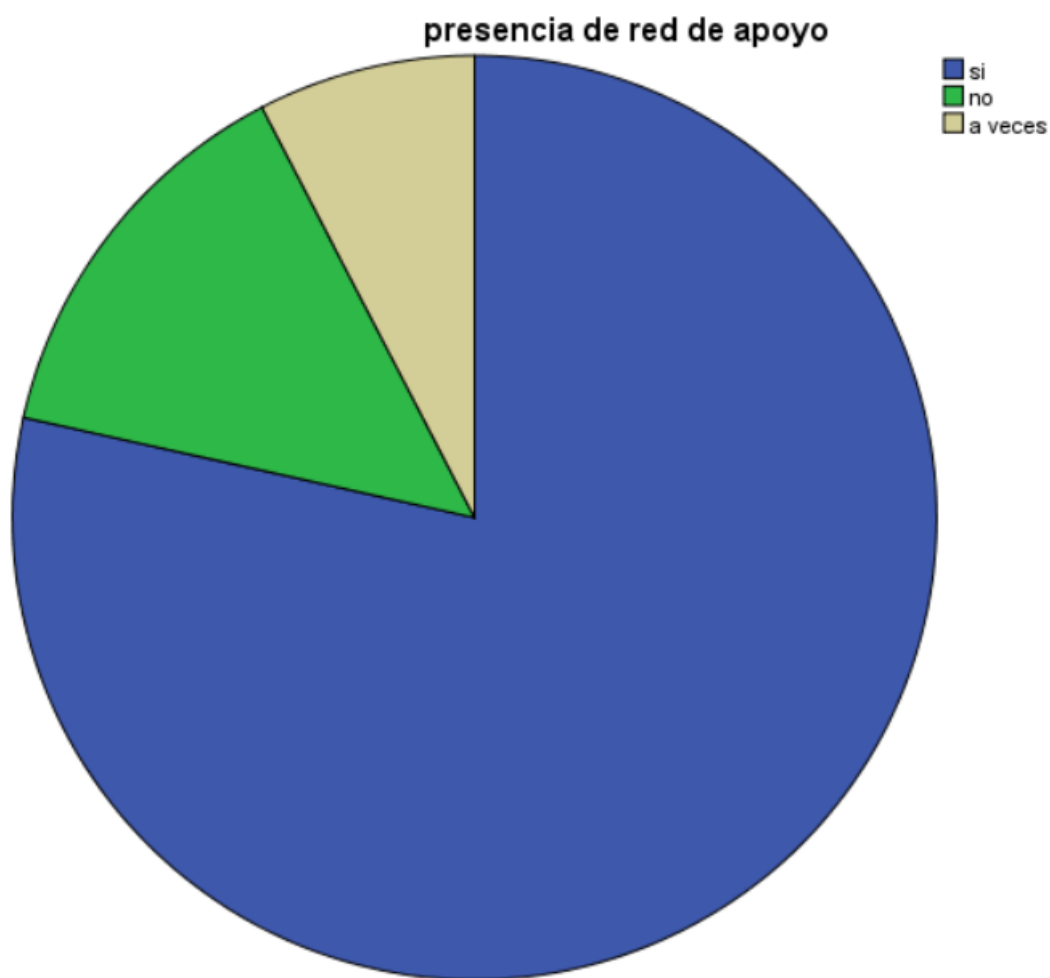


Tabla 8. Dependencia según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		dependencia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	6	1.6	1.6	1.6
	no	375	98.4	98.4	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 8. Dependencia según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

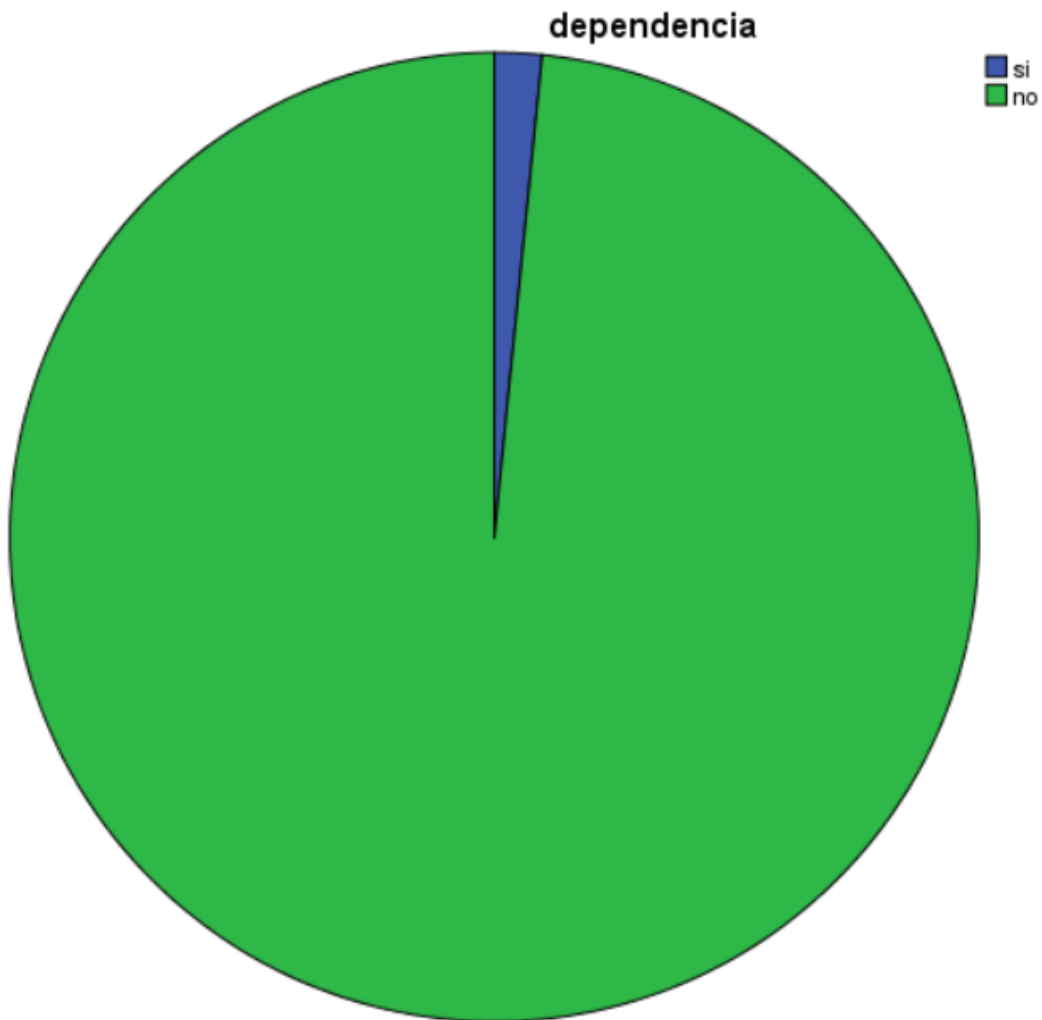


Tabla 9. Depresión según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		tratamiento para depresion			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	324	85.0	85.0	85.0
	si	57	15.0	15.0	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 9. Depresión según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

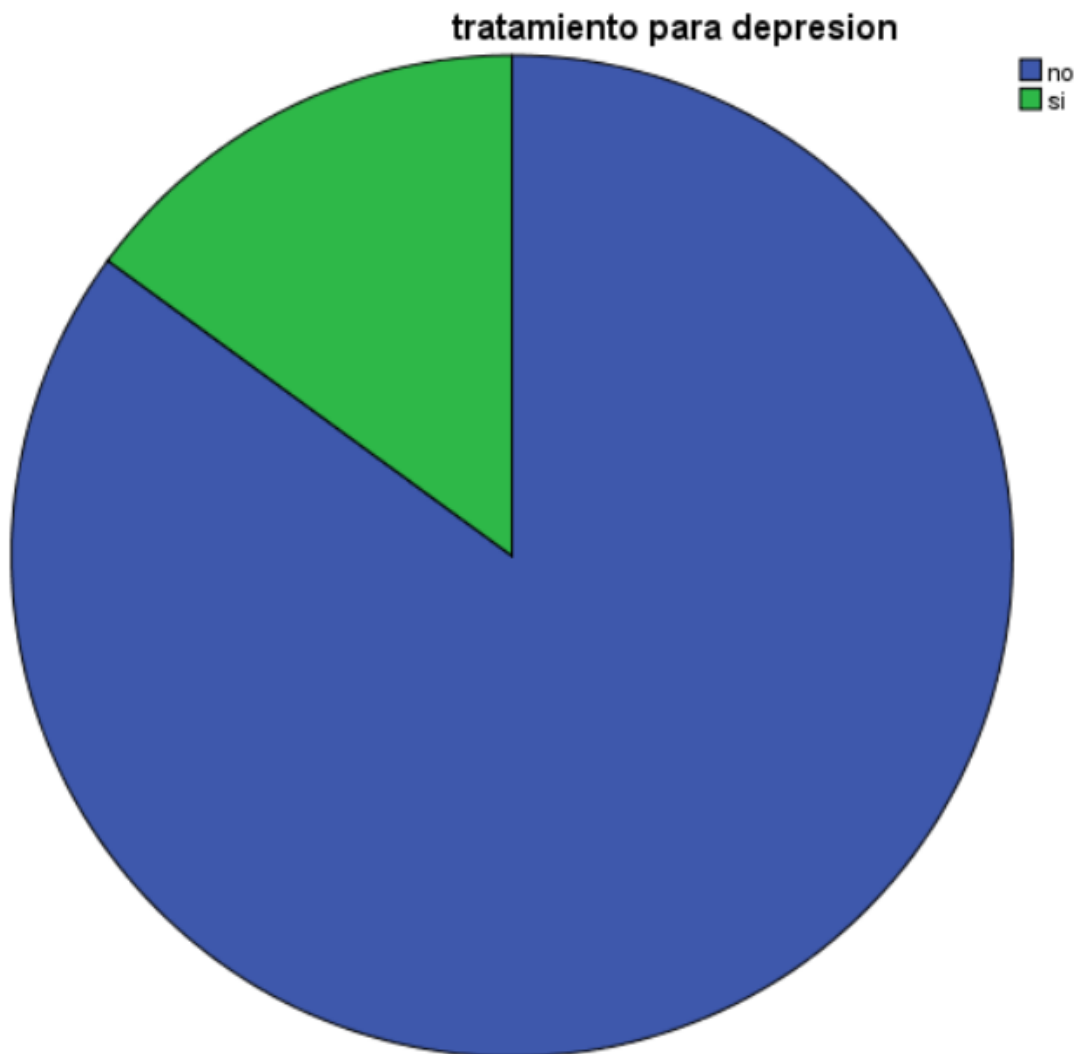


Tabla 10. Ansiedad según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

tratamiento para ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	332	87.1	87.1	87.1
si	49	12.9	12.9	100.0
Total	381	100.0	100.0	

Grafica 10. Ansiedad según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

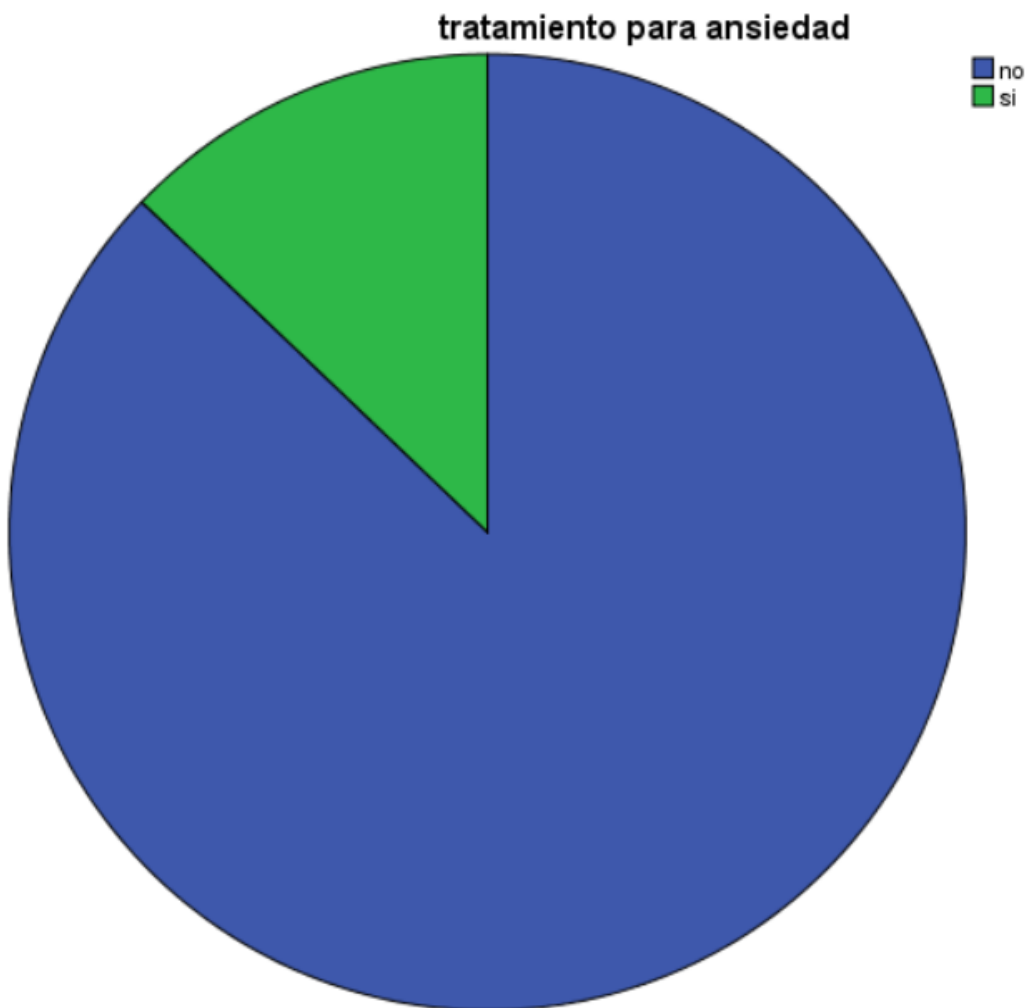


Tabla 11. Percepción de Estado de salud según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		estado de salud			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bueno	279	73.2	73.2	73.2
	malo	102	26.8	26.8	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 11. Percepción de Estado de salud según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX

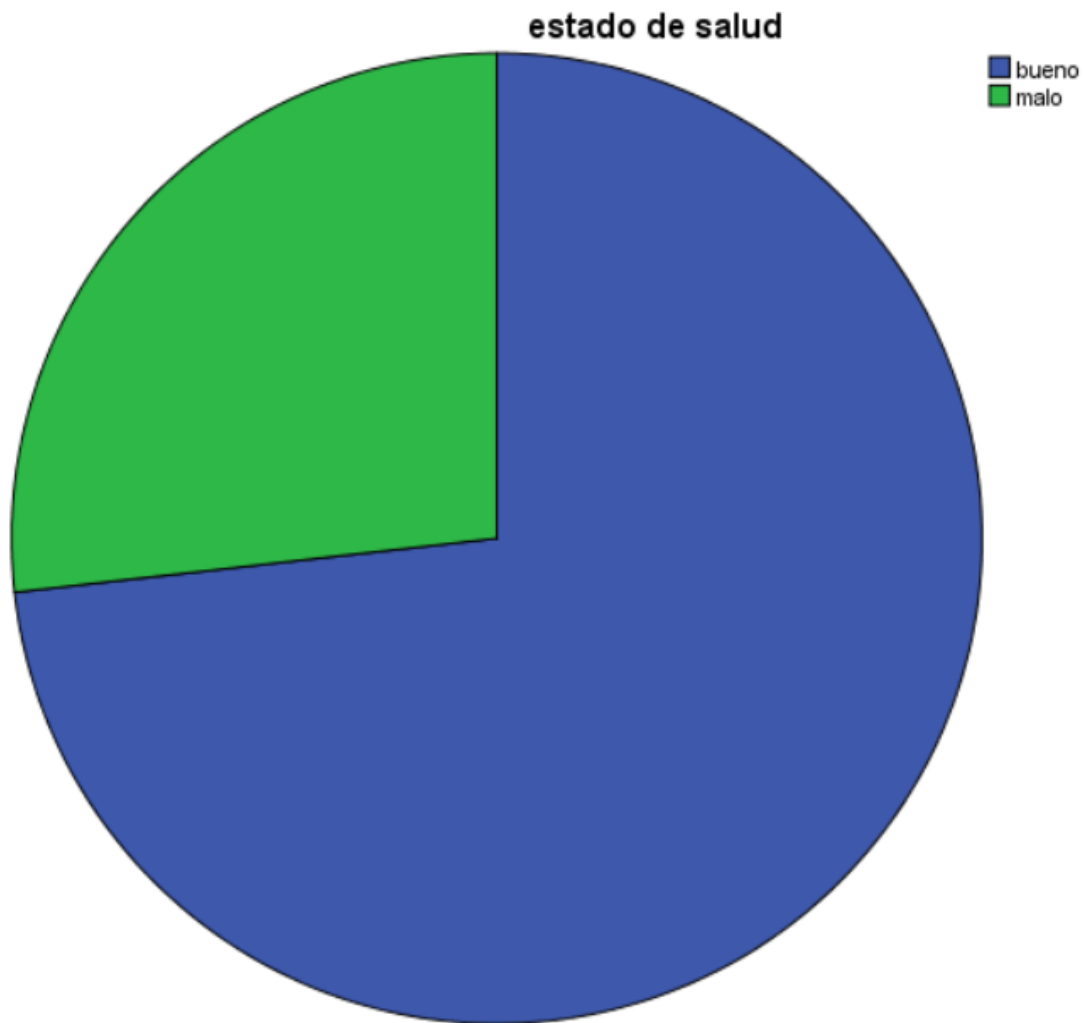


Tabla 12. Cohabitación según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

Cohabitación en general

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vive solo	44	11.5	11.5	11.5
	comparte su vivienda con algún otro familiar	337	88.5	88.5	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 12. Cohabitación según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

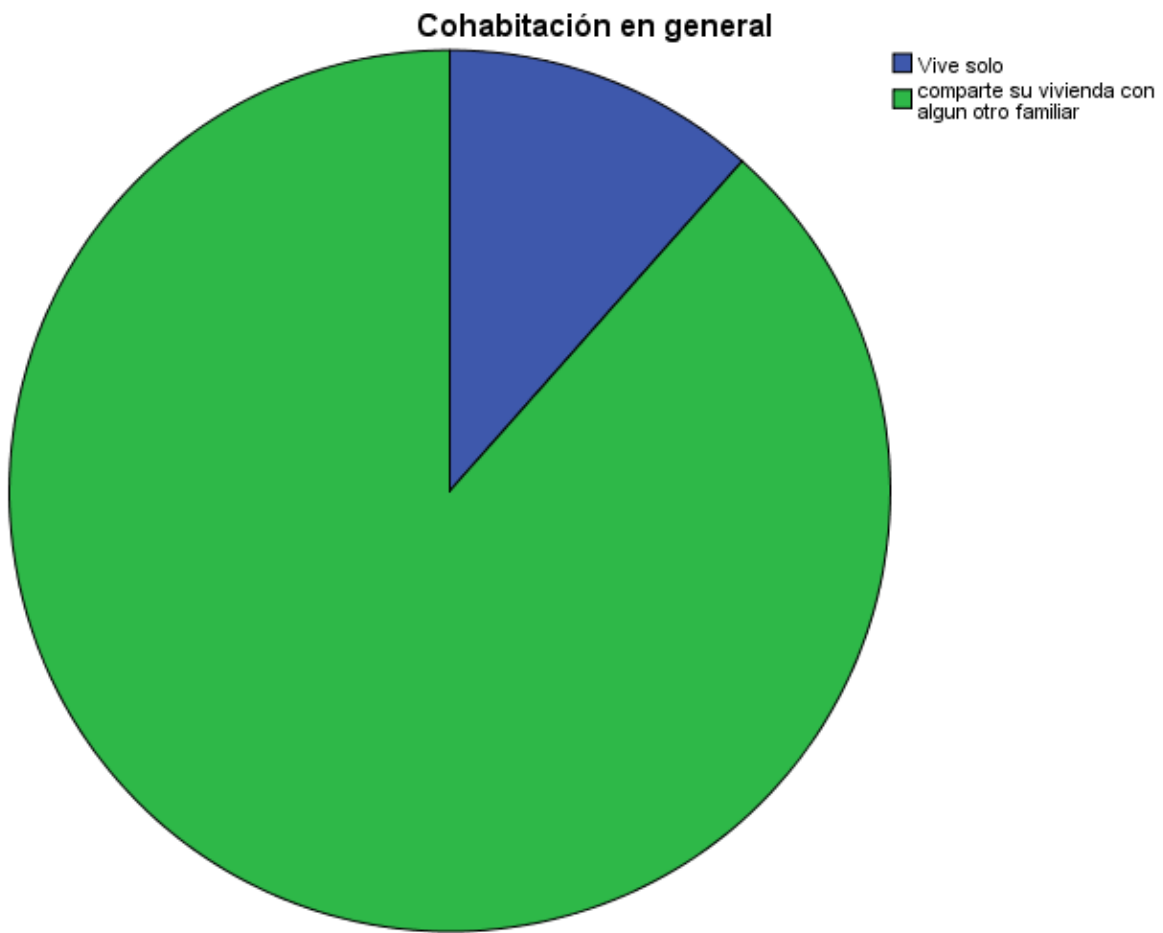


Tabla 13. Antecedente de violencia intrafamiliar según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

antecedente de violencia intrafamiliar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	248	65.1	65.1	65.1
si	133	34.9	34.9	100.0
Total	381	100.0	100.0	

Grafica 13.

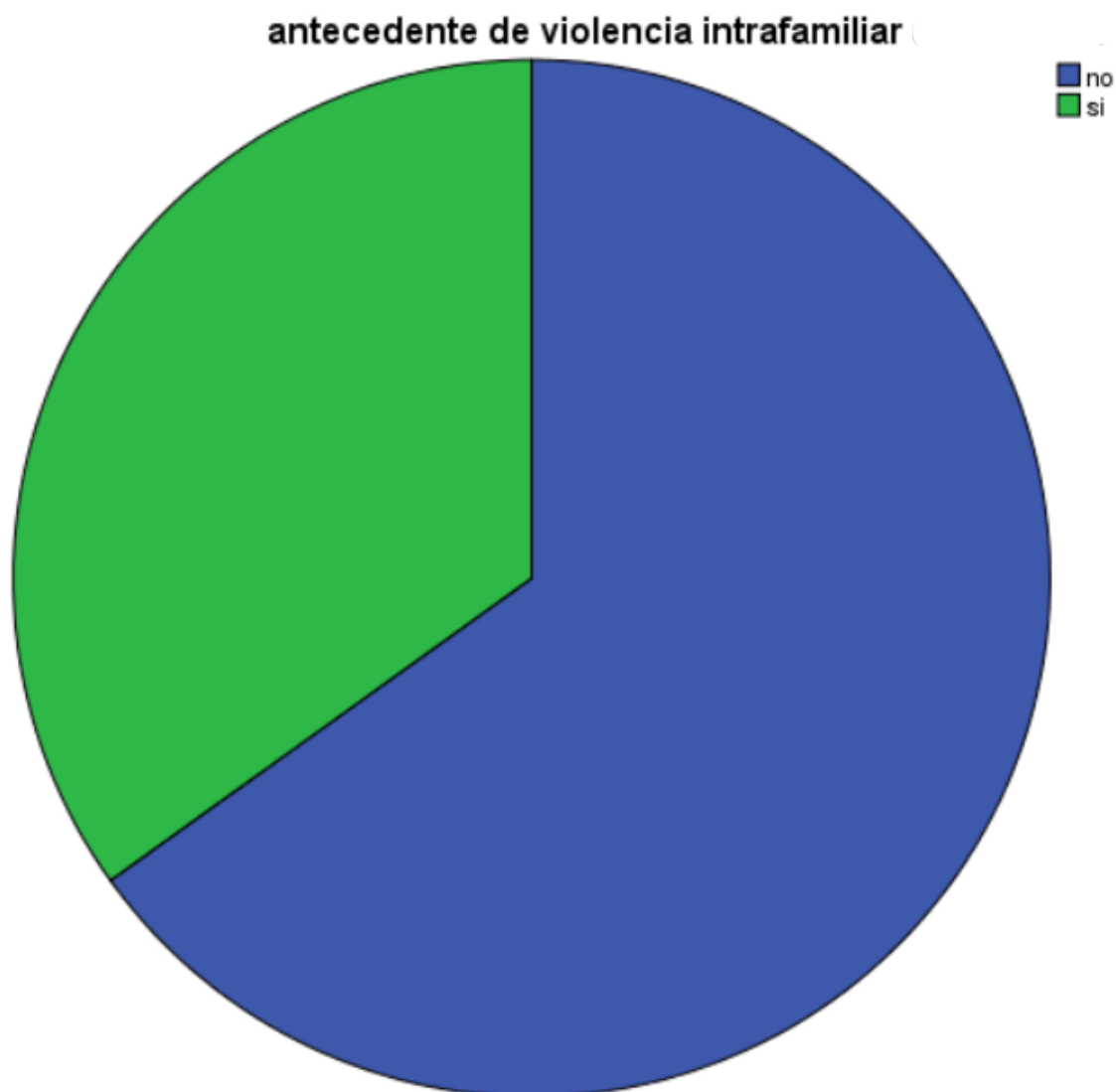


Tabla 14. Maltrato Físico según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		maltrato fisico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	365	95.8	95.8	95.8
	si	16	4.2	4.2	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 14. Maltrato Físico según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

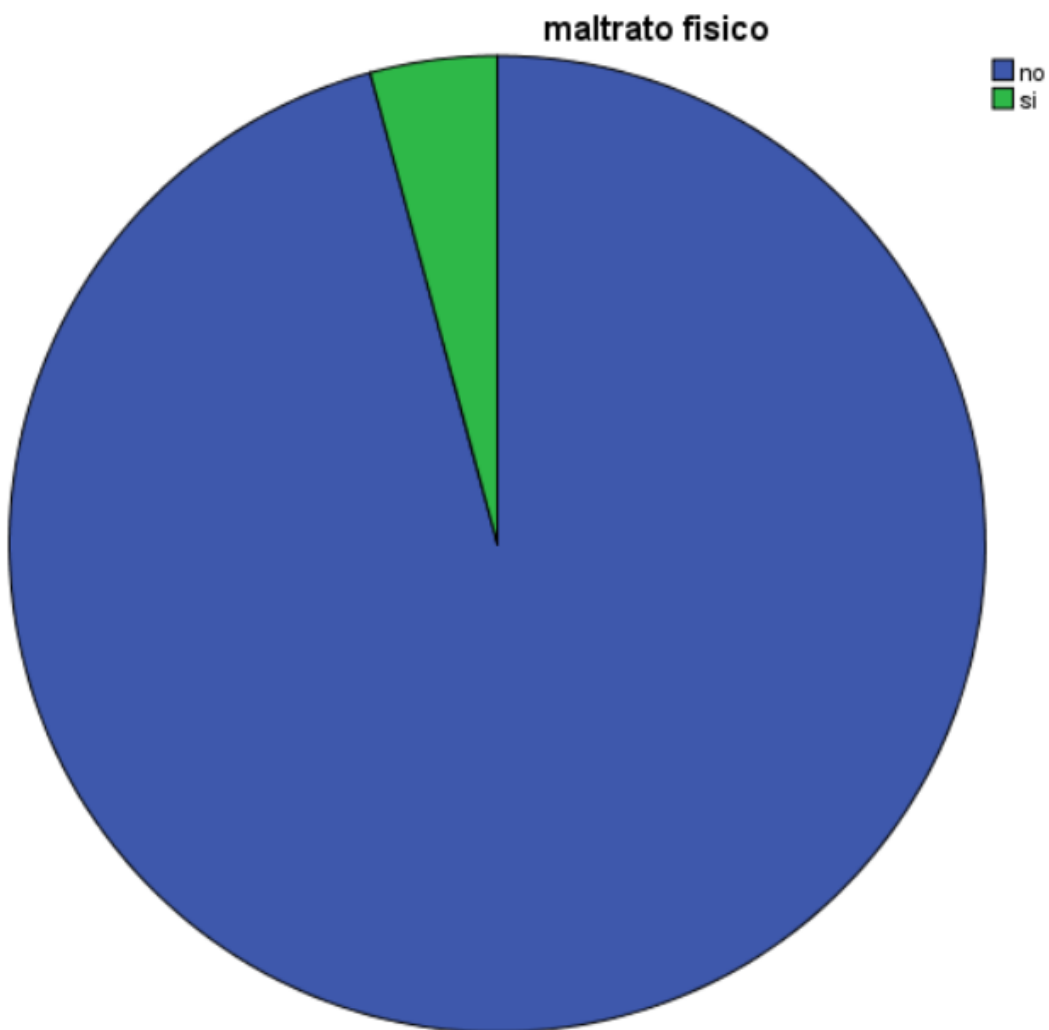


Tabla 15. Maltrato psicológico según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

		maltrato psicologico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	336	88.2	88.2	88.2
	si	45	11.8	11.8	100.0
Total		381	100.0	100.0	

Grafica 15. Maltrato psicológico según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

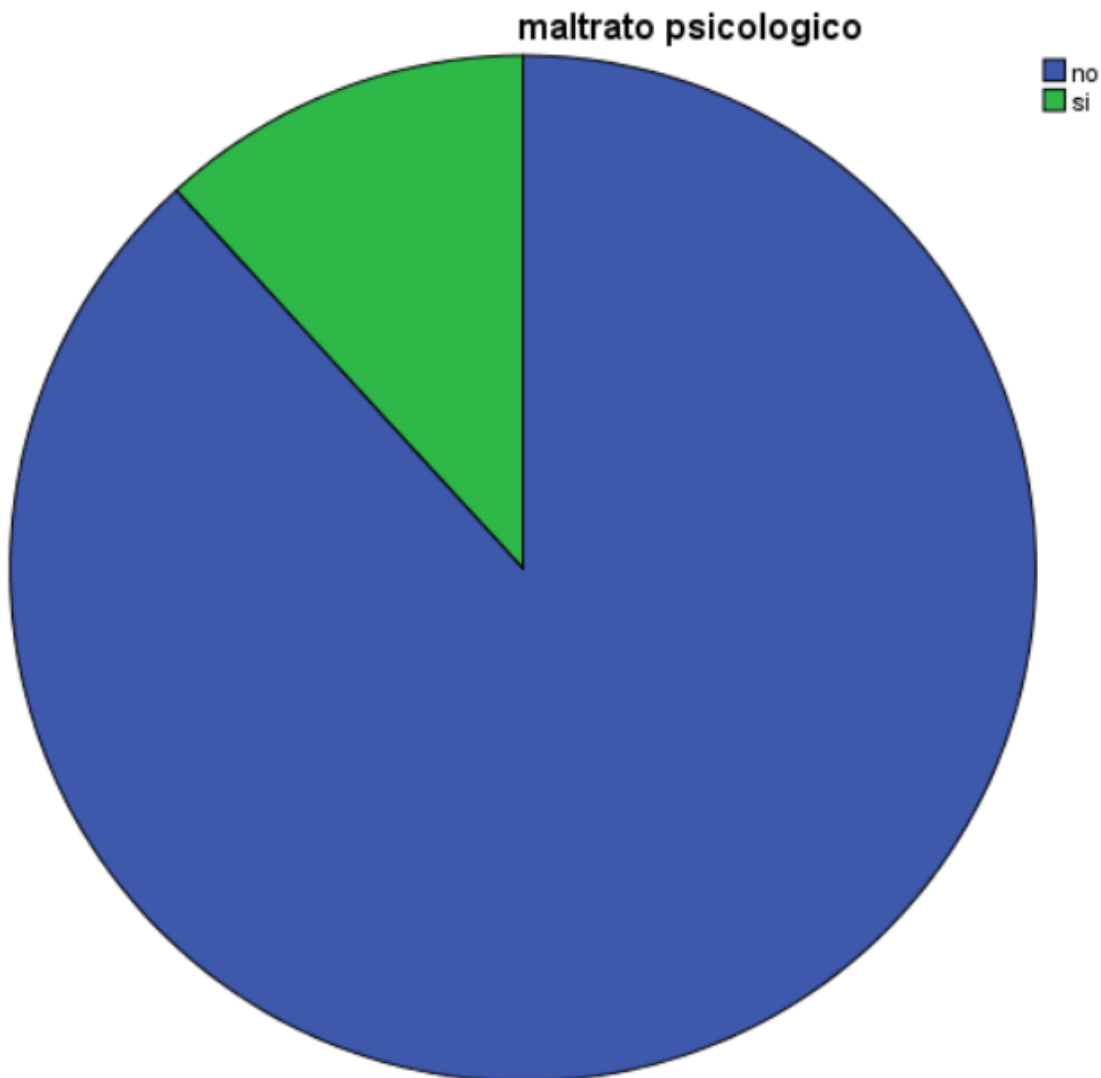


Tabla 16. Negligencia según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

negligencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	371	97.4	97.4	97.4
	si	10	2.6	2.6	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 16. Negligencia según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

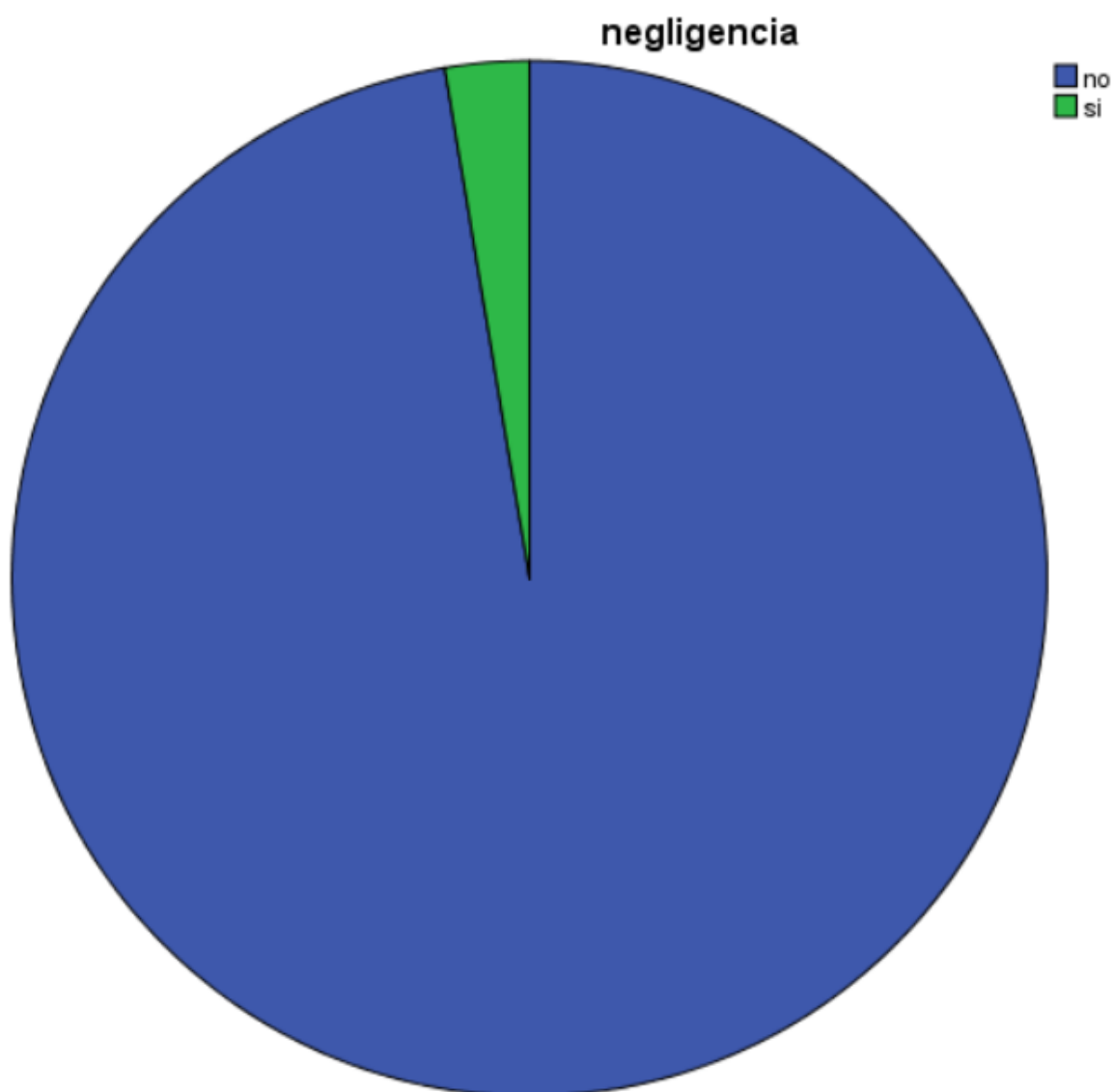


Tabla 17. Maltrato Económico según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

economico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	364	95.5	95.5	95.5
si	17	4.5	4.5	100.0
Total	381	100.0	100.0	

Grafica 17. Maltrato Económico según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

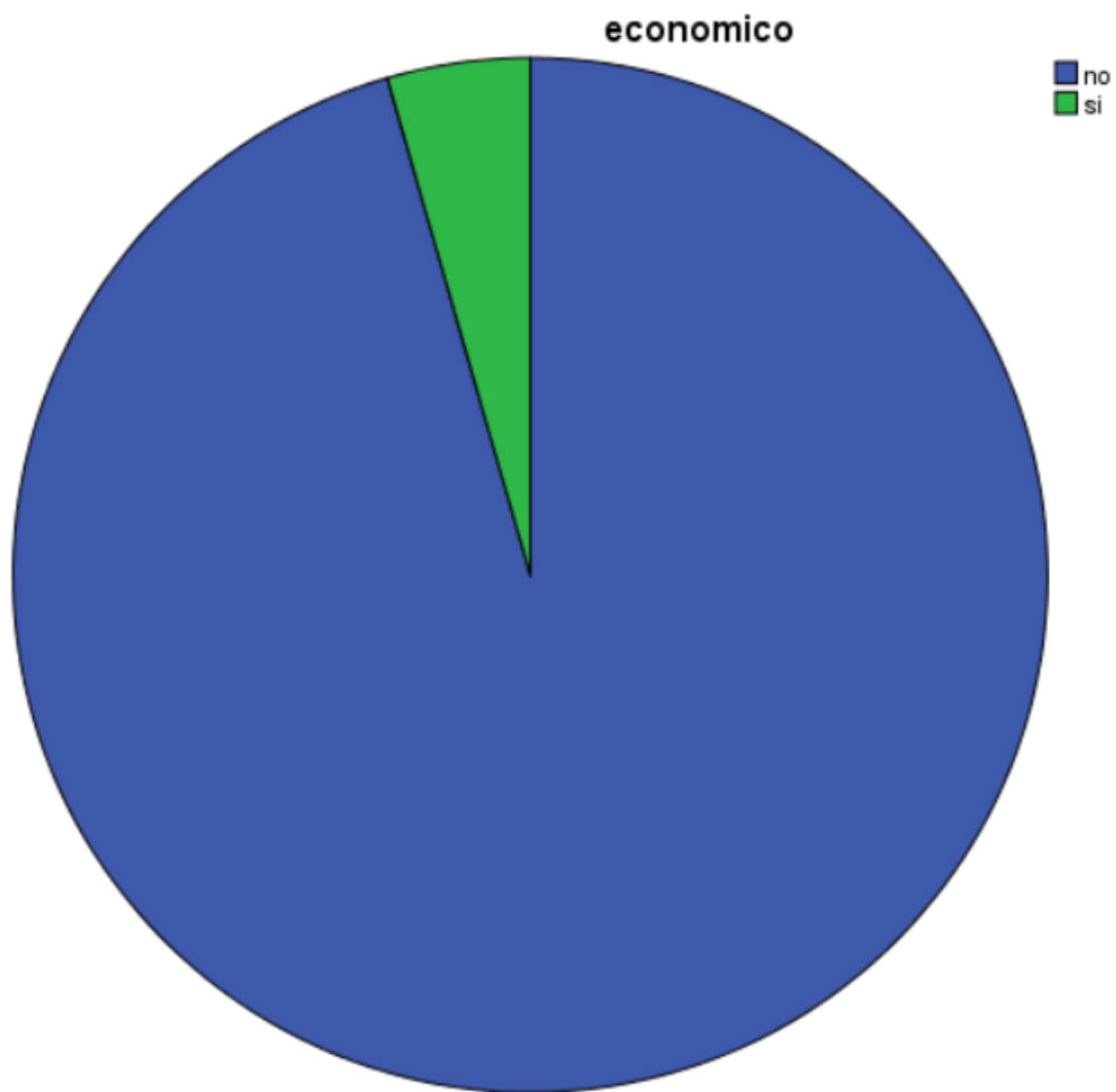


Tabla 18. Violencia Sexual según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	378	99.2	99.2	99.2
	si	3	.8	.8	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Grafica 18. Violencia Sexual según frecuencia y porcentaje en Adultos mayores de la UMF 7, IMSS, CDMX.

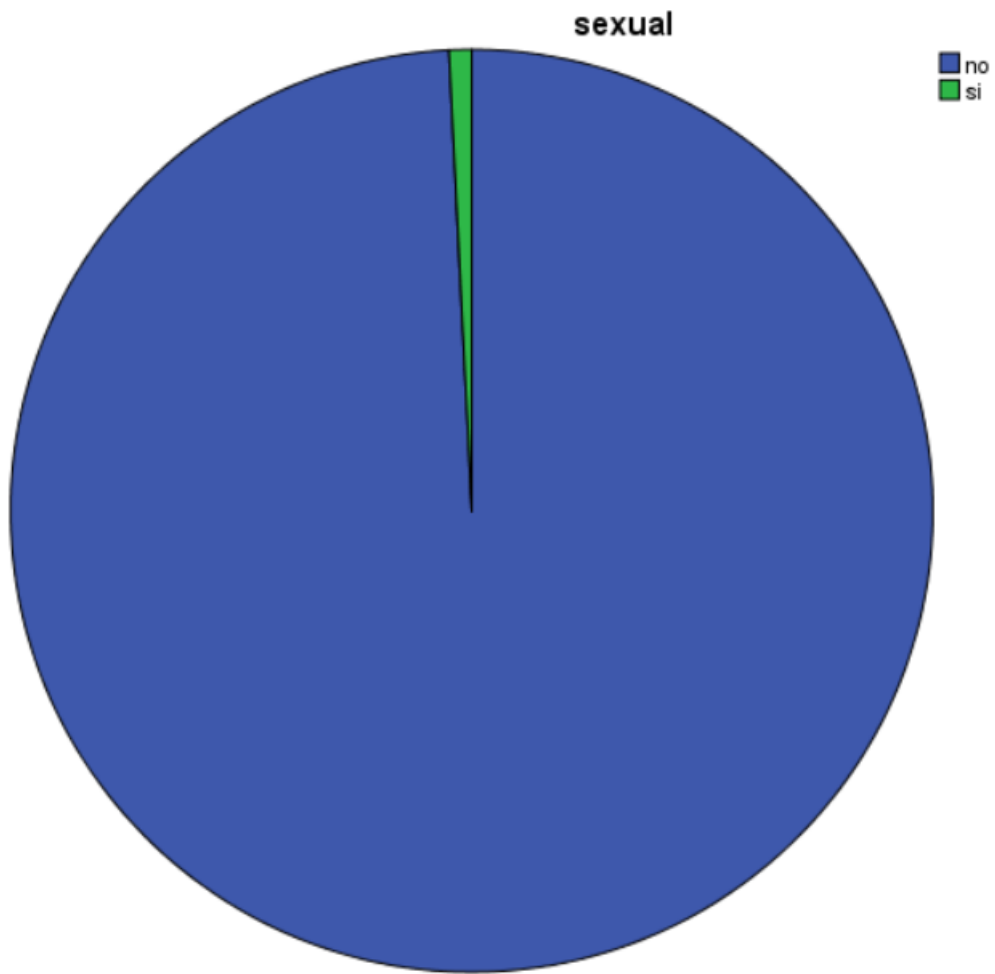


Tabla 19. Relación discapacidad y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.000 ^a	1	.995	1.000	.596
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.000	1	.995		
Prueba exacta de Fisher	.000	1	.995		
Asociación lineal por lineal	.000	1	.995		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.99.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Discapacidad*Maltrato físico tabulación cruzada

Recuento

		Maltrato físico		Total
		no	si	
Discapacidad	no discapacidad	274	12	286
	si discapacidad	91	4	95
Total		365	16	381

Gráfico 19. Relación discapacidad y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

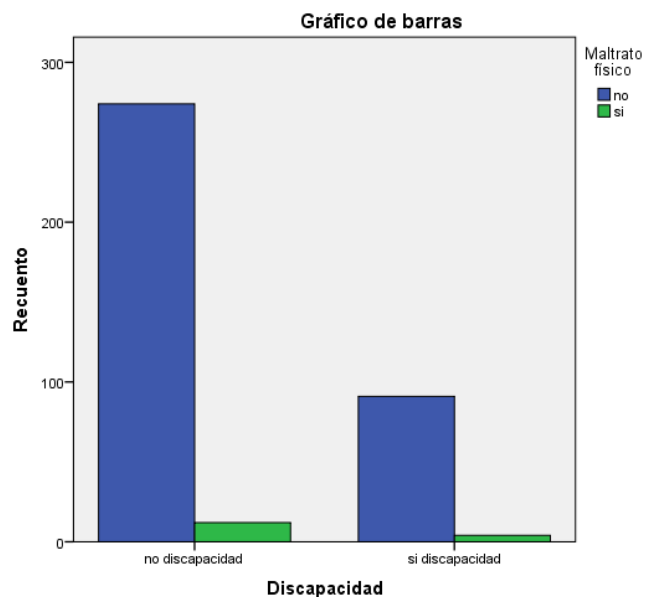


Tabla 20. Relación discapacidad y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2.398 ^a	1	.121		
Corrección de continuidad ^b	1.864	1	.172		
Razón de verosimilitud	2.622	1	.105		
Prueba exacta de Fisher				.144	.082
Asociación lineal por lineal	2.392	1	.122		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.22.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

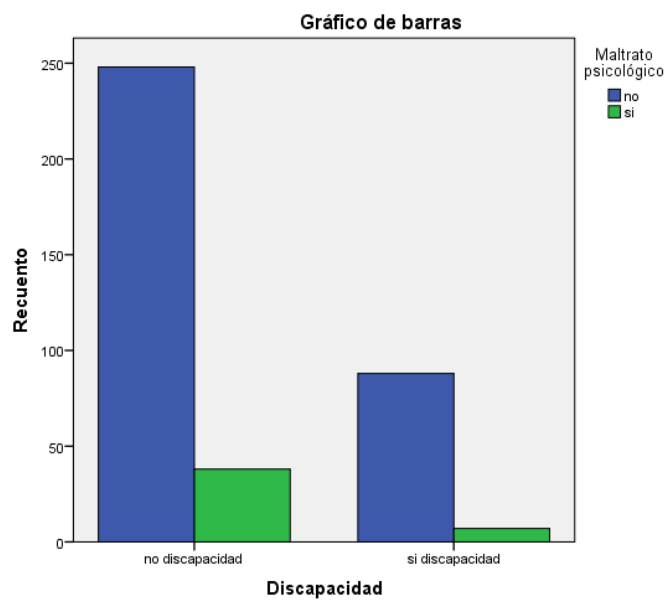
Discapacidad*Maltrato psicológico tabulación cruzada

Recuento

		Maltrato psicológico		Total
		no	si	
Discapacidad	no discapacidad	248	38	286
	si discapacidad	88	7	95
Total		336	45	381

Grafica 20. Relación discapacidad y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Tabla 21. Relación discapacidad y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3.411 ^a	1	.065	.073	.055
Corrección de continuidad ^b	2.180	1	.140		
Razón de verosimilitud	5.825	1	.016		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	3.402	1	.065		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.49.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Discapacidad*Negligencia tabulación cruzada

Recuento

		Negligencia		Total
		no	si	
Discapacidad	no discapacidad	276	10	286
	si discapacidad	95	0	95
Total		371	10	381

Grafica 21. Relación discapacidad y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

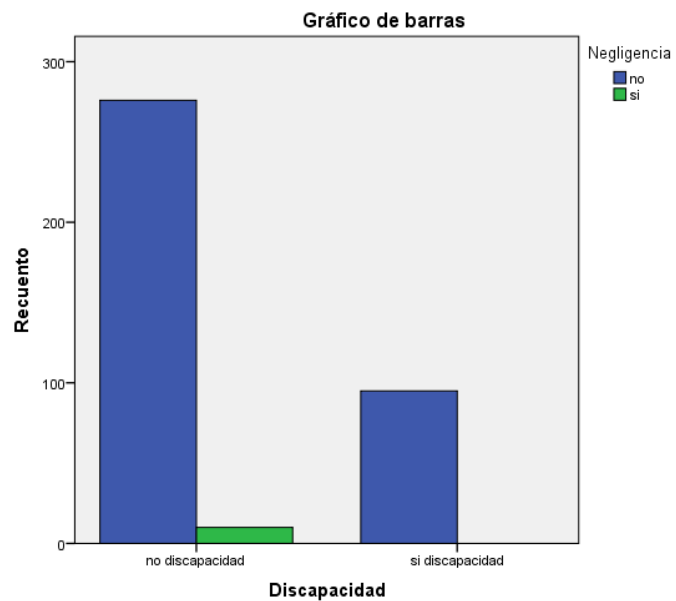


Tabla 22. Relación discapacidad y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.019 ^a	1	.891		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.019	1	.890		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.576
Asociación lineal por lineal	.019	1	.891		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.24.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Discapacidad*Maltrato económico tabulación cruzada

Recuento

		Maltrato económico		Total
		no	si	
Discapacidad	no discapacidad	273	13	286
	si discapacidad	91	4	95
Total		364	17	381

Grafica 22. Relación discapacidad y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

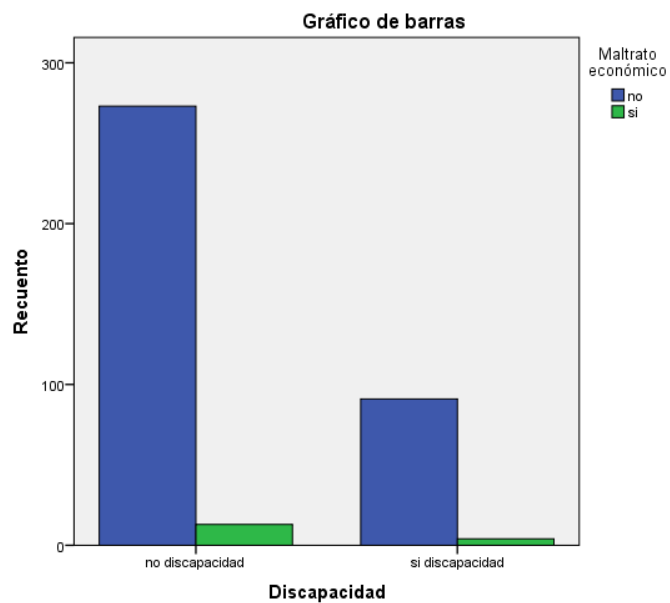


Tabla 23. Relación discapacidad y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.114 ^a	1	.736		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.107	1	.744		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.578
Asociación lineal por lineal	.114	1	.736		
N de casos válidos	381				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .75.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Discapacidad*Violencia sexual tabulación cruzada

Recuento

		Violencia sexual		Total
		no	si	
Discapacidad	no discapacidad	284	2	286
	si discapacidad	94	1	95
Total		378	3	381

Grafica 23. Relación discapacidad y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Tabla 24. Relación presencia de red de apoyo y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3.547 ^a	2	.170
Razón de verosimilitud	2.799	2	.247
Asociación lineal por lineal	3.415	1	.065
N de casos válidos	381		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.22.

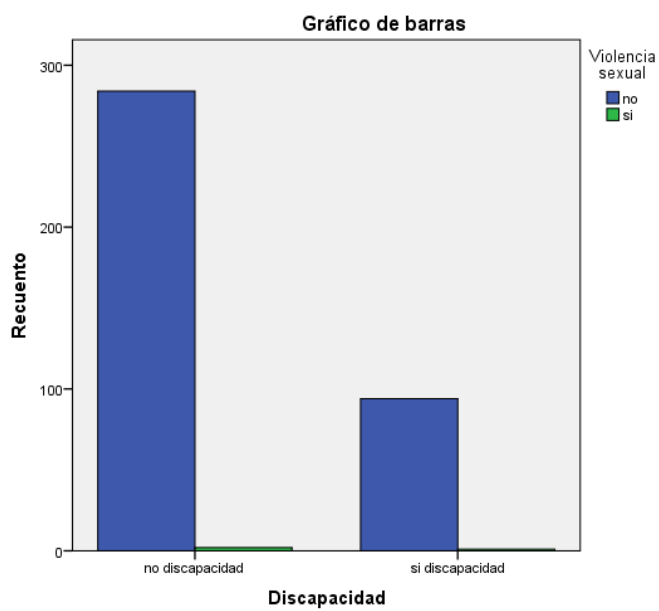


Tabla cruzada

Recuento		maltrato físico		Total
		no	si	
presencia de red de apoyo	si	289	10	299
	no	50	3	53
	a veces	26	3	29
Total		365	16	381

Grafica 24. Relación presencia de red de apoyo y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

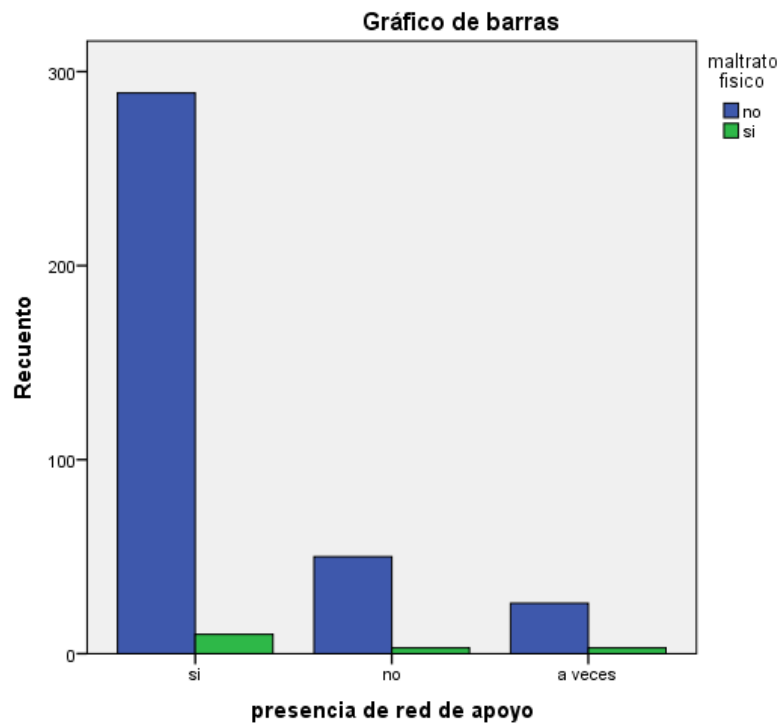


Tabla 25.
Relación presencia de red de apoyo y maltrato psicológico en adultos

mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16.314 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	13.925	2	.001
Asociación lineal por lineal	15.534	1	.000
N de casos válidos	381		

a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.43.

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato psicologico		Total
		no	si	
presencia de red de apoyo	si	274	25	299
	no	41	12	53
	a veces	21	8	29
Total		336	45	381

Grafica 25. Relación presencia de red de apoyo y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

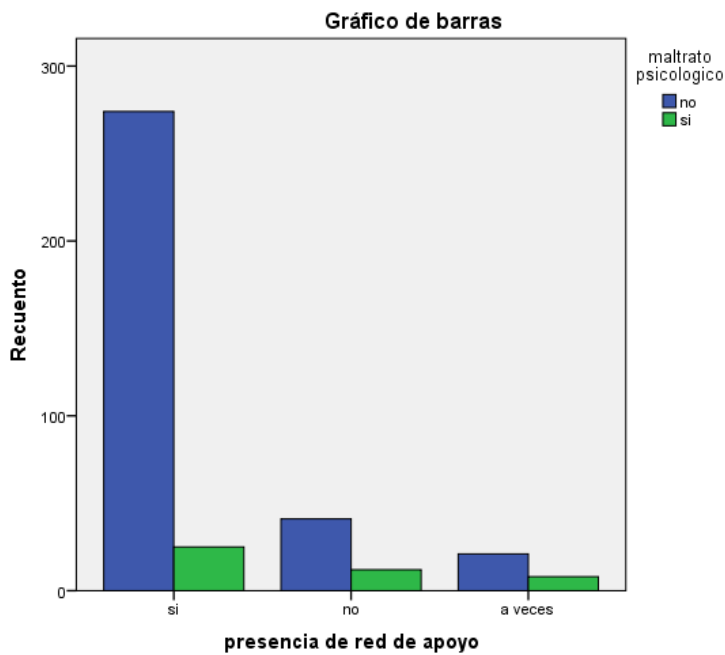


Tabla 26. Relación presencia de red de apoyo y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16.364 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	9.779	2	.008
Asociación lineal por lineal	14.341	1	.000
N de casos válidos	381		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .76.

Tabla cruzada

Recuento

		negligencia		Total
		no	si	
presencia de red de apoyo	si	295	4	299
	no	51	2	53
	a veces	25	4	29
Total		371	10	381

Grafica 26. Relación presencia de red de apoyo y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

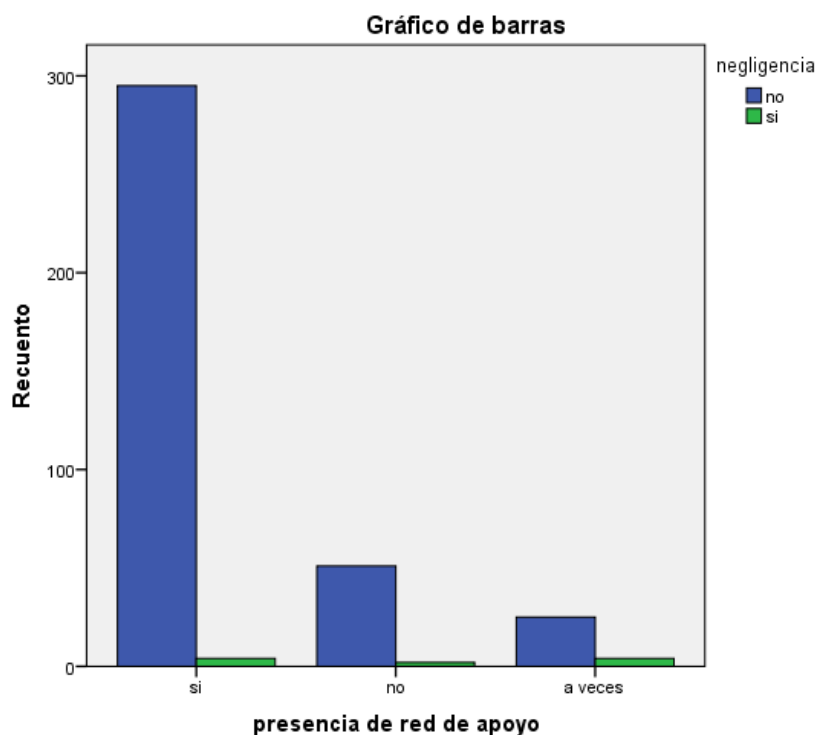


Tabla 27. Relación presencia de red de apoyo y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12.767 ^a	2	.002
Razón de verosimilitud	8.452	2	.015
Asociación lineal por lineal	11.087	1	.001
N de casos válidos	381		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.29.

Tabla cruzada

Recuento

		economico		Total
		no	si	
presencia de red de apoyo	si	290	9	299
	no	50	3	53
	a veces	24	5	29
Total		364	17	381

Grafica 27. Relación presencia de red de apoyo y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

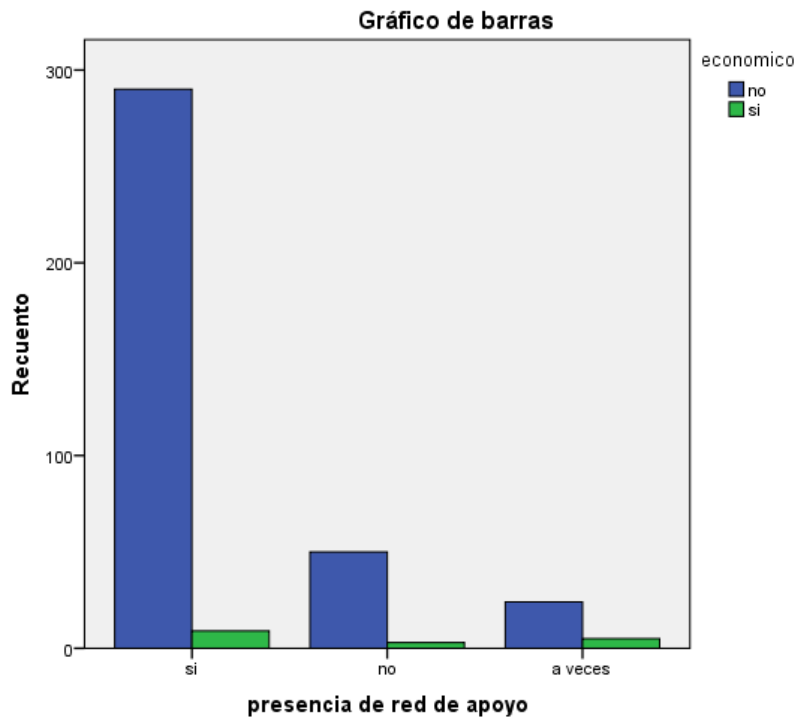


Tabla 28. Relación presencia de red de apoyo y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15.061 ^a	2	.001
Razón de verosimilitud	7.089	2	.029
Asociación lineal por lineal	9.129	1	.003
N de casos válidos	381		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.

Tabla cruzada

		sexual		Total
		no	si	
presencia de red de apoyo	si	298	1	299
	no	53	0	53
	a veces	27	2	29
Total		378	3	381

Grafica 28. Relación presencia de red de apoyo y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

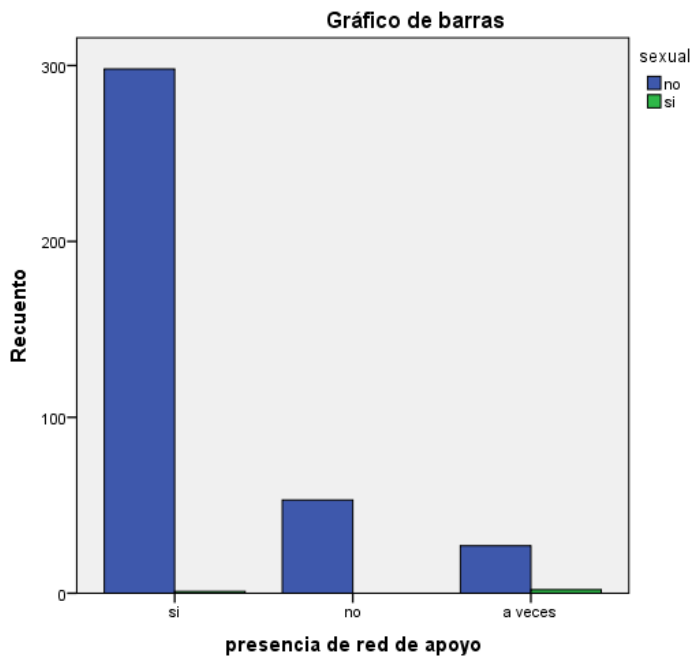


Tabla 29. Relación de dependencia y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	12.861 ^a	1	.000	.023	.023
Corrección de continuidad ^b	6.556	1	.010		
Razón de verosimilitud	5.596	1	.018		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	12.827	1	.000		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .25.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato físico		Total
		no	si	
dependencia	si	4	2	6
	no	361	14	375
Total		365	16	381

Gráfica 29. Relación de dependencia y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

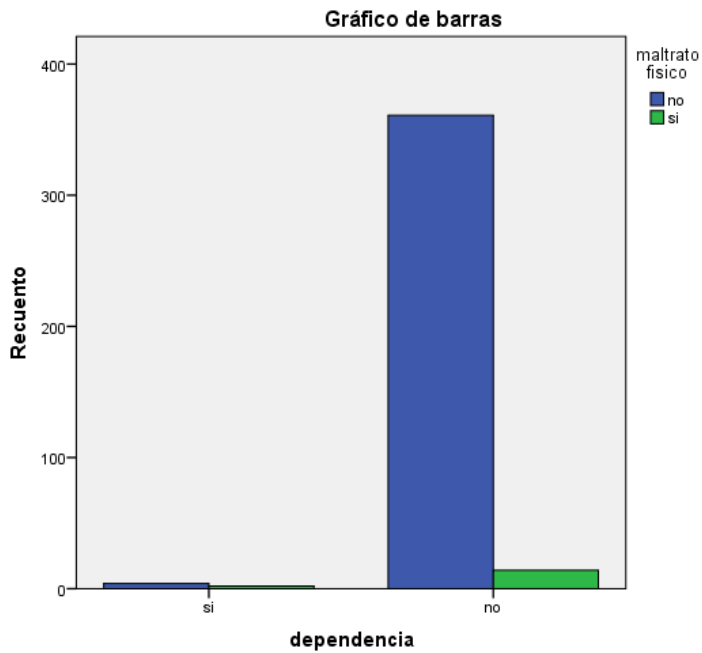


Tabla 30. Relación de dependencia y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.816 ^a	1	.366		
Corrección de continuidad ^b	.071	1	.790		
Razón de verosimilitud	1.521	1	.217		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.468
Asociación lineal por lineal	.814	1	.367		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato psicologico		Total
		no	si	
dependencia	si	6	0	6
	no	330	45	375
Total		336	45	381

Grafica 30. Relación de dependencia y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

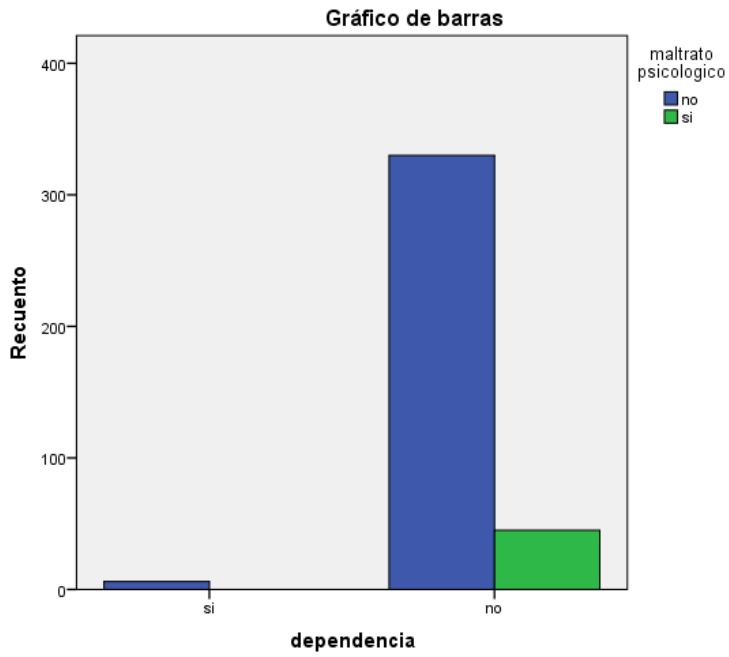


Tabla 31. Relación de dependencia y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.164 ^a	1	.685	1.000	.852
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.322	1	.571		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.164	1	.686		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		negligencia		Total
		no	si	
dependencia	si	6	0	6
	no	365	10	375
Total		371	10	381

Gráfica 31. Relación de dependencia y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

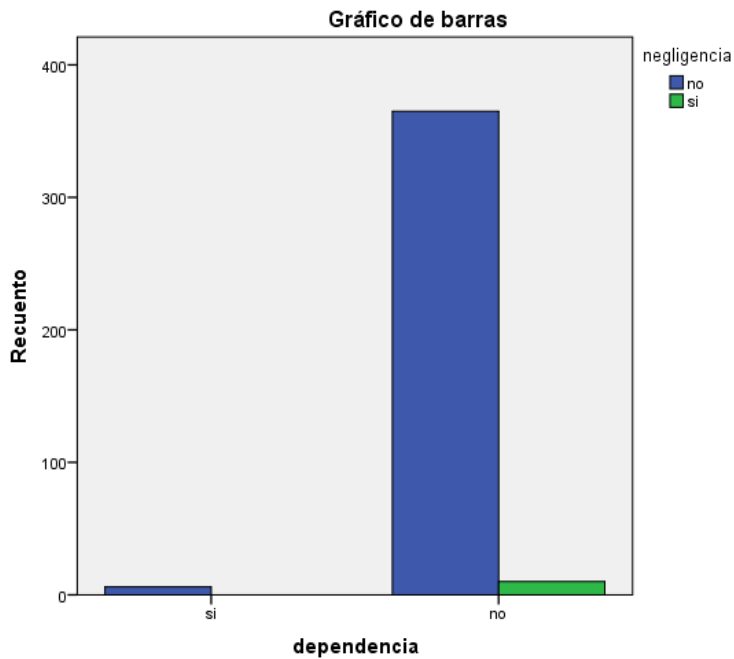


Tabla 32. Relación de dependencia y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.285 ^a	1	.594		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.552	1	.457		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.759
Asociación lineal por lineal	.284	1	.594		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		economico		Total
		no	si	
dependencia	si	6	0	6
	no	358	17	375
Total		364	17	381

Grafica 32. Relación de dependencia y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

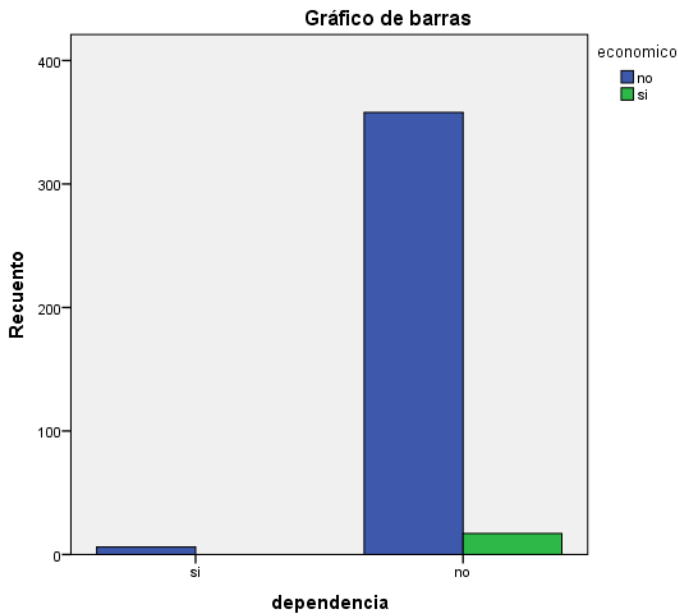


Tabla 33. Relación de dependencia y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.048 ^a	1	.826	1.000	.953
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.096	1	.757		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.048	1	.826		
N de casos válidos	381				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		sexual		Total
		no	si	
dependencia	si	6	0	6
	no	372	3	375
Total		378	3	381

Grafica 33. Relación de dependencia y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

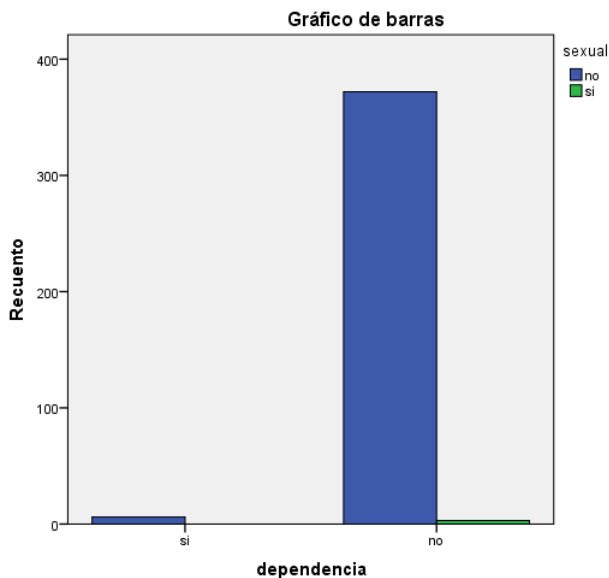


Tabla 34. Relación de depresión y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.189 ^a	1	.664	.717	.438
Corrección de continuidad ^b	.006	1	.939		
Razón de verosimilitud	.177	1	.674		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.188	1	.665		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.39.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato físico		Total
		no	si	
depresion	no	311	13	324
	si	54	3	57
Total		365	16	381

Grafica 34. Relación de depresión y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

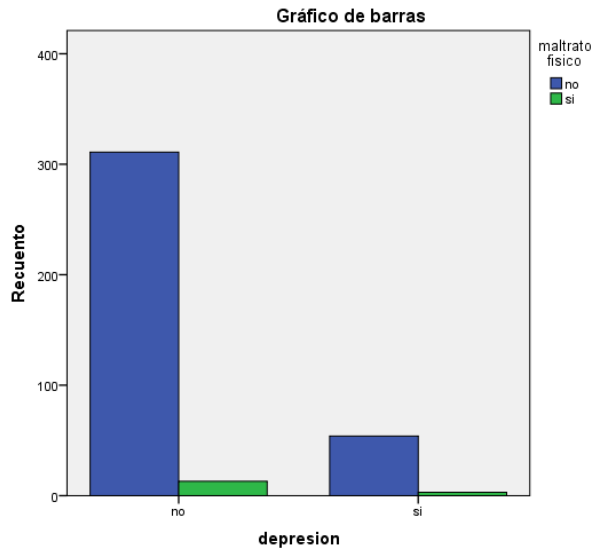


Tabla 35. Relación de depresión y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5.496 ^a	1	.019	.026	.022
Corrección de continuidad ^b	4.502	1	.034		
Razón de verosimilitud	4.766	1	.029		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5.482	1	.019		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.73.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato psicologico		Total
		no	si	
depression	no	291	33	324
	si	45	12	57
Total		336	45	381

Grafica 35. Relación de depresión y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

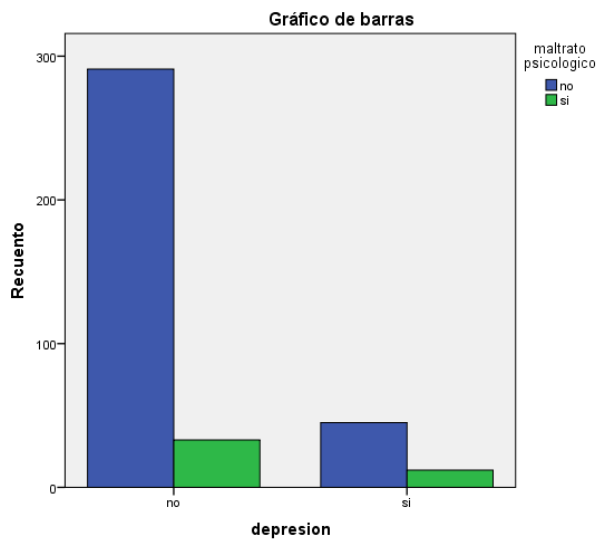


Tabla 36. Relación de depresión y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.205 ^a	1	.651		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	.997		
Razón de verosimilitud	.189	1	.664		
Prueba exacta de Fisher				.650	.456
Asociación lineal por lineal	.204	1	.651		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		negligencia		Total
		no	si	
depresion	no	316	8	324
	si	55	2	57
Total		371	10	381

Gráfica 36. Relación de depresión y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

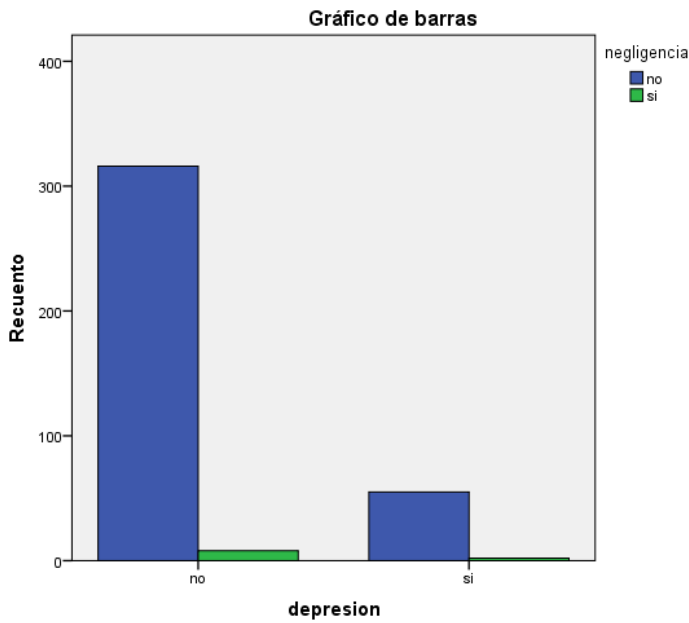


Tabla 37. Relación de depresión y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2.921 ^a	1	.087	.153	.093
Corrección de continuidad ^b	1.853	1	.173		
Razón de verosimilitud	2.422	1	.120		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	2.913	1	.088		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.54.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		economico		Total
		no	si	
depression	no	312	12	324
	si	52	5	57
Total		364	17	381

Grafica 37. Relación de depresión y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

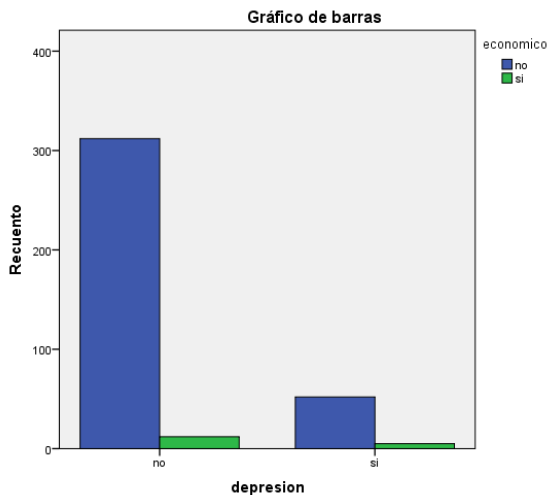


Tabla 38. Relación de depresión y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6.354 ^a	1	.012	.060	.060
Corrección de continuidad ^b	2.918	1	.088		
Razón de verosimilitud	4.154	1	.042		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	6.338	1	.012		
N de casos válidos	381				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .45.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		sexual		Total
		no	si	
depresion	no	323	1	324
	si	55	2	57
Total		378	3	381

Grafica 38. Relación de depresión y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

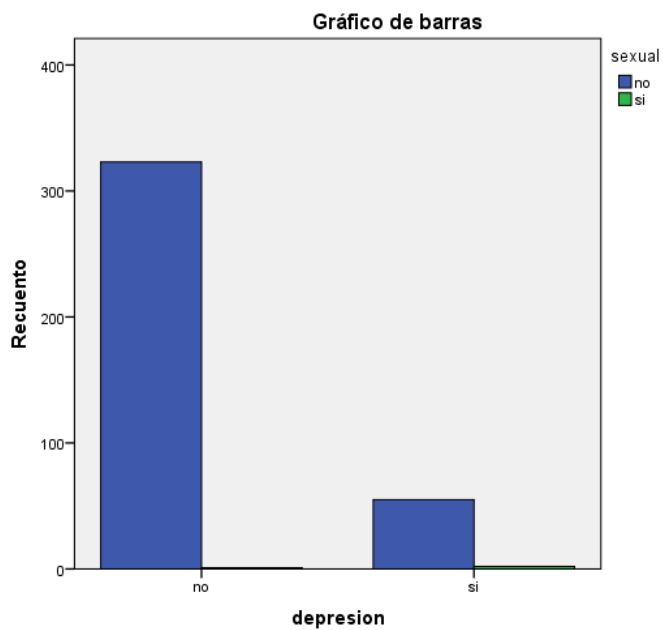


Tabla 39. Relación de ansiedad y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.517 ^a	1	.472	.445	.339
Corrección de continuidad ^b	.114	1	.736		
Razón de verosimilitud	.464	1	.496		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.515	1	.473		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.06.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato físico		Total
		no	si	
ansiedad	no	319	13	332
	si	46	3	49
Total		365	16	381

Grafica 39. Relación de ansiedad y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

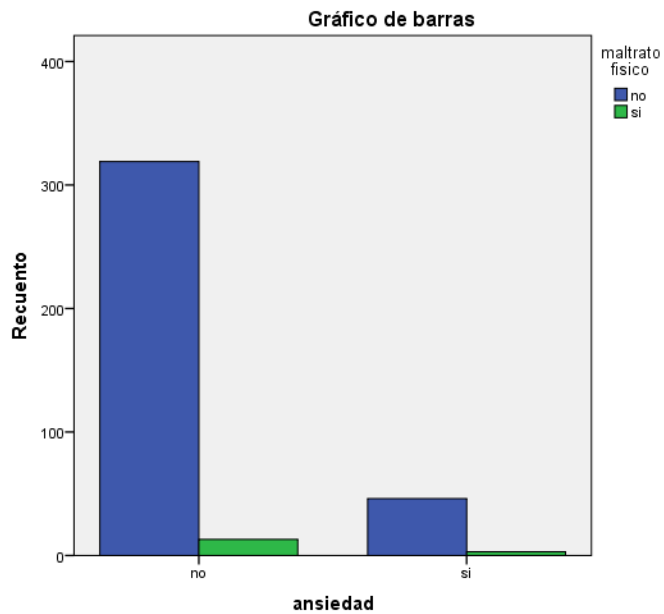


Tabla 40. Relación de ansiedad y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6.109 ^a	1	.013		
Corrección de continuidad ^b	4.994	1	.025		
Razón de verosimilitud	5.177	1	.023		
Prueba exacta de Fisher				.029	.018
Asociación lineal por lineal	6.093	1	.014		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.79.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

		maltrato psicologico		Total
		no	si	
ansiedad	no	298	34	332
	si	38	11	49
Total		336	45	381

Grafica 40. Relación de ansiedad y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

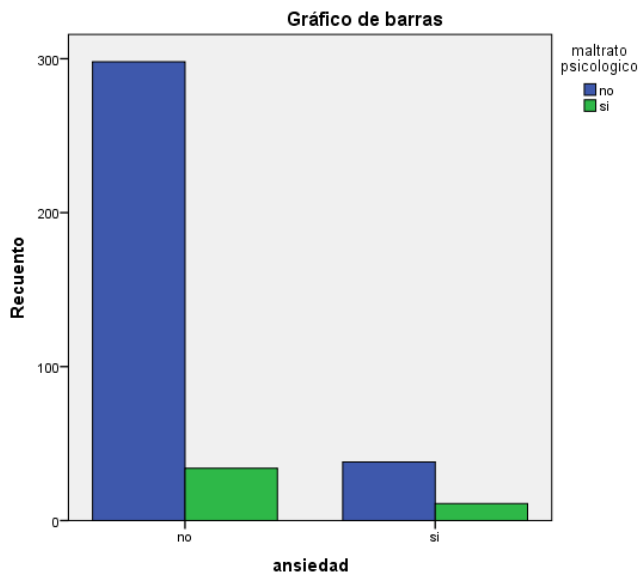


Tabla 41. Relación de ansiedad y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2.692 ^a	1	.101		
Corrección de continuidad ^b	1.350	1	.245		
Razón de verosimilitud	2.087	1	.149		
Prueba exacta de Fisher				.125	.125
Asociación lineal por lineal	2.685	1	.101		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.29.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		negligencia		Total
		no	si	
ansiedad	no	325	7	332
	si	46	3	49
Total		371	10	381

Grafica 41. Relación de ansiedad y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

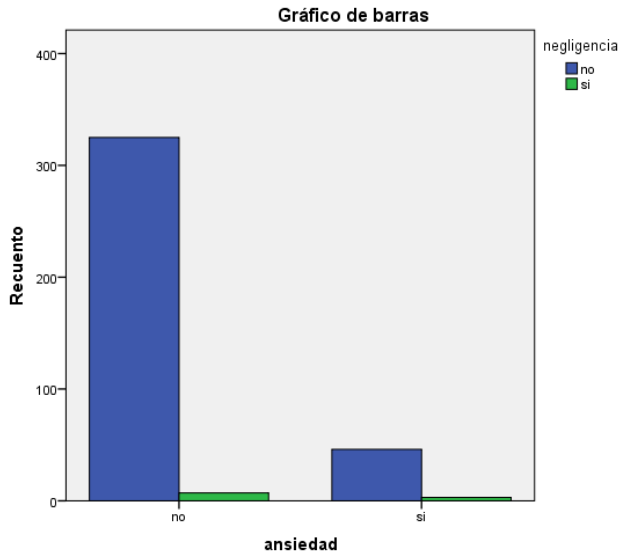


Tabla 42. Relación de ansiedad y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1.807 ^a	1	.179	.253	.162
Corrección de continuidad ^b	.948	1	.330		
Razón de verosimilitud	1.518	1	.218		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1.802	1	.179		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.19.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		economico		Total
		no	si	
ansiedad	no	319	13	332
	si	45	4	49
Total		364	17	381

Grafica 42. Relación de ansiedad y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

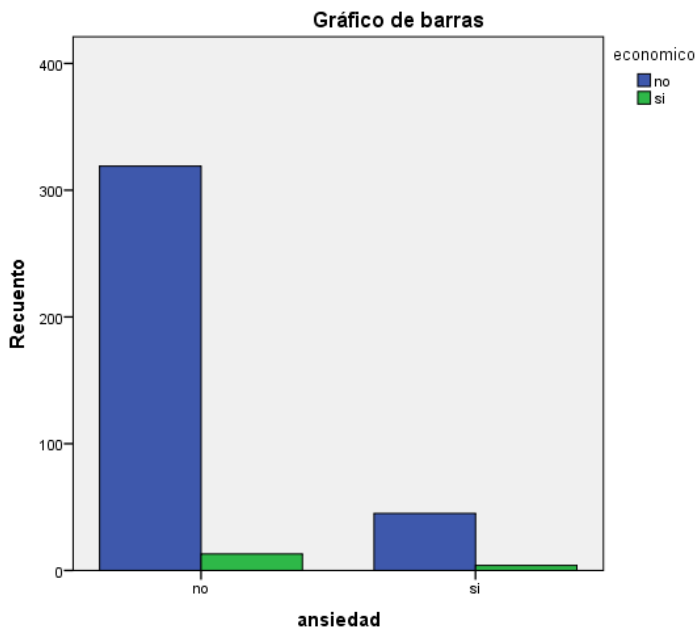


Tabla 43. Relación de ansiedad y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	20.488 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	13.400	1	.000		
Razón de verosimilitud	12.470	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.002	.002
Asociación lineal por lineal	20.434	1	.000		
N de casos válidos	381				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .39.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		sexual		Total
		no	si	
ansiedad	no	332	0	332
	si	46	3	49
Total		378	3	381

Grafica 43. Relación de ansiedad y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

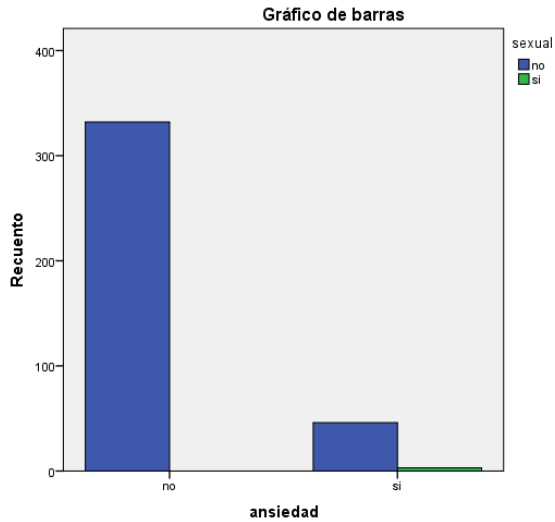


Tabla 44. Relación de percepción de estado de salud y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1.735 ^a	1	.188	.254	.151
Corrección de continuidad ^b	1.058	1	.304		
Razón de verosimilitud	2.012	1	.156		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1.731	1	.188		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.28.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato físico		Total
		no	si	
estado de salud	bueno	265	14	279
	malo	100	2	102
Total		365	16	381

Grafica 44. Relación de percepción de estado de salud y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

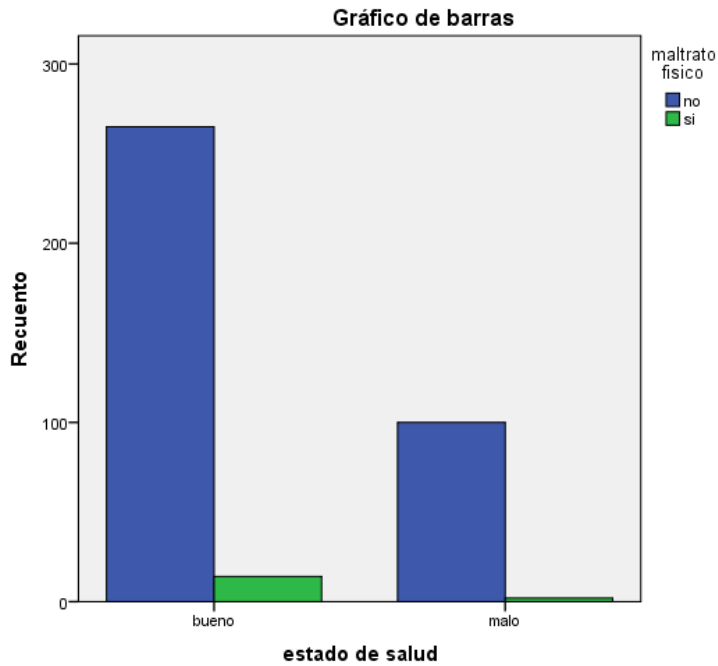


Tabla 45. Relación de percepción de estado de salud y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.117 ^a	1	.733	.722	.427
Corrección de continuidad ^b	.026	1	.871		
Razón de verosimilitud	.115	1	.734		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.116	1	.733		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12.05.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato psicologico		Total
		no	si	
estado de salud	bueno	247	32	279
	malo	89	13	102
Total		336	45	381

Grafica 45. Relación de percepción de estado de salud y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

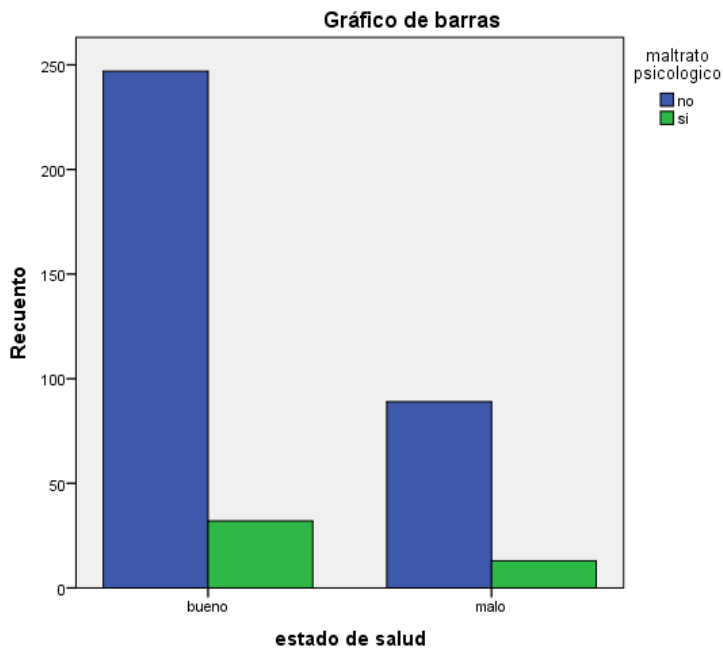


Tabla 46. Relación de percepción de estado de salud y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.240 ^a	1	.624	1.000	.472
Corrección de continuidad ^b	.016	1	.898		
Razón de verosimilitud	.255	1	.614		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.240	1	.625		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.68.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		negligencia		Total
		no	si	
estado de salud	bueno	271	8	279
	malo	100	2	102
Total		371	10	381

Grafica 46. Relación de percepción de estado de salud y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

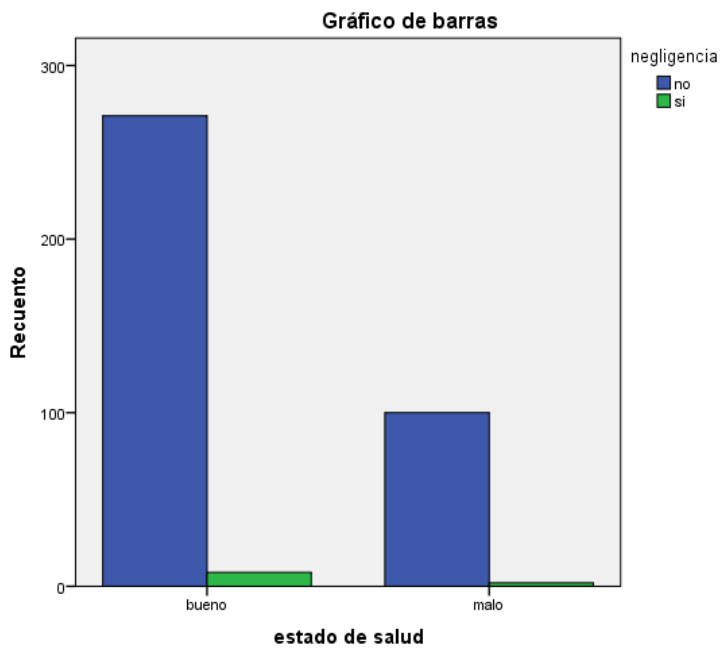


Tabla 47. Relación de percepción de estado de salud y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.095 ^a	1	.757	1.000	.505
Corrección de continuidad ^b	.001	1	.977		
Razón de verosimilitud	.098	1	.754		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.095	1	.758		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.55.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		economico		Total
		no	si	
estado de salud	bueno	266	13	279
	malo	98	4	102
Total		364	17	381

Grafica 47. Relación de percepción de estado de salud y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

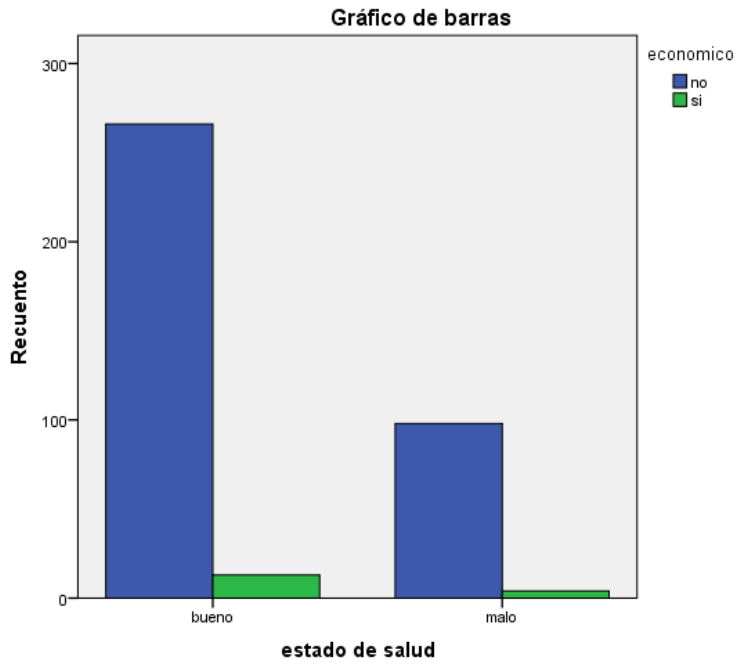


Tabla 48. Relación de percepción de estado de salud y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1.105 ^a	1	.293		
Corrección de continuidad ^b	.157	1	.691		
Razón de verosimilitud	1.878	1	.171		
Prueba exacta de Fisher				.567	.392
Asociación lineal por lineal	1.103	1	.294		
N de casos válidos	381				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		sexual		Total
		no	si	
estado de salud	bueno	276	3	279
	malo	102	0	102
Total		378	3	381

Grafica 48. Relación de percepción de estado de salud y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

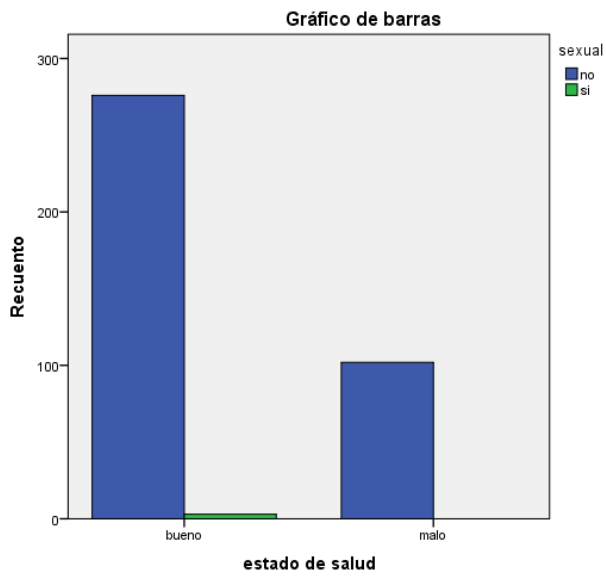


Tabla 49. Relación de cohabitación y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.015 ^a	1	.903	.706	.571
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.014	1	.904		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.015	1	.903		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.85.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Cohabitación en general*Maltrato físico tabulación cruzada

Recuento

		Maltrato físico		Total
		no	si	
Cohabitación en general	Vive solo	42	2	44
	comparte su vivienda con algun otro familiar	323	14	337
Total		365	16	381

Grafica 49. Relación de cohabitación y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

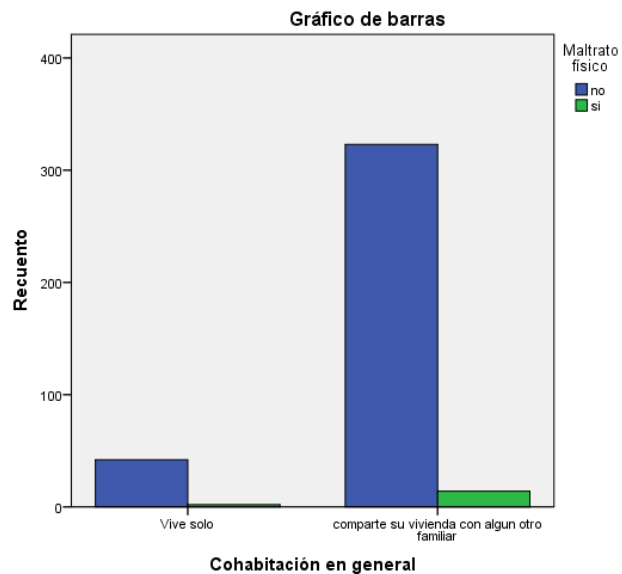


Tabla 50. Relación de cohabitación y maltrato psicológica en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	8.307 ^a	1	.004	.010	.007
Corrección de continuidad ^b	6.938	1	.008		
Razón de verosimilitud	6.808	1	.009		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	8.286	1	.004		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.20.

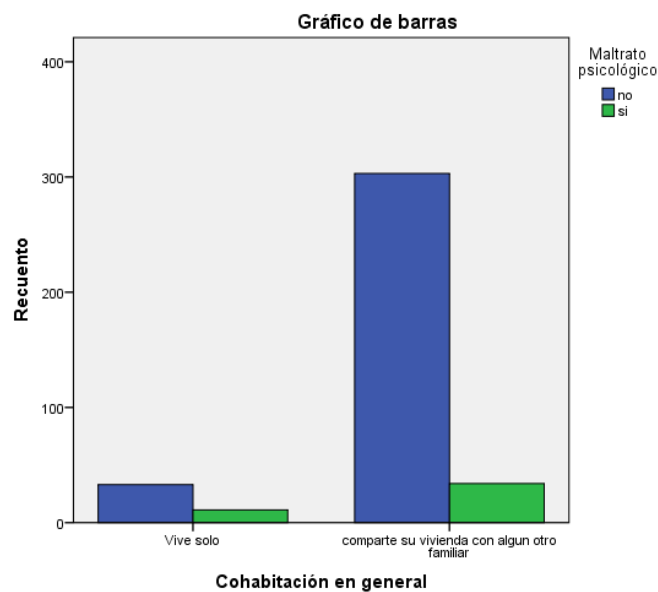
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Cohabitación en general*Maltrato psicológico tabulación cruzada

Recuento

		Maltrato psicológico		Total
		no	si	
Cohabitación en general	Vive solo	33	11	44
	comparte su vivienda con algun otro familiar	303	34	337
Total		336	45	381

Grafica 50. cohabitación y psicológica en mayores de la CDMX.



Relación de maltrato adultos UMF 7,

Tabla 51. Relación de cohabitación y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9.187 ^a	3	.027
Razón de verosimilitud	7.146	3	.067
Asociación lineal por lineal	5.605	1	.018
N de casos válidos	381		

a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.15.

Tabla cruzada

Recuento

		negligencia		Total
		no	si	
cohabitacion	solo	40	4	44
	con su pareja	97	2	99
	pareja e hijos	102	3	105
	con algun otro familiar con parentesco	132	1	133
Total		371	10	381

Grafica 51. Relación de cohabitación y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

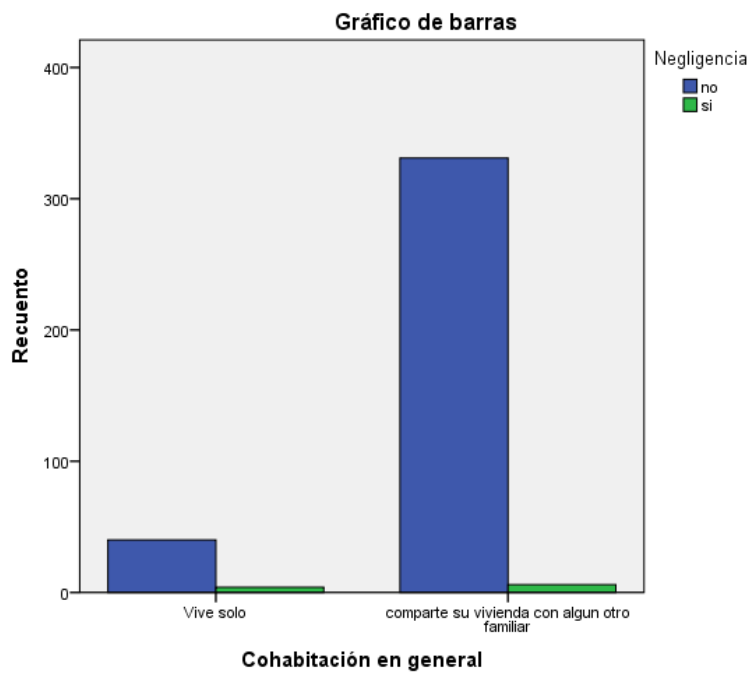


Tabla 52. Relación de cohabitación y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2.500 ^a	1	.114		
Corrección de continuidad ^b	1.423	1	.233		
Razón de verosimilitud	2.022	1	.155		
Prueba exacta de Fisher				.120	.120
Asociación lineal por lineal	2.494	1	.114		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.96.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Cohabitación en general*Maltrato económico tabulación cruzada

Recuento

		Maltrato económico		Total
		no	si	
Cohabitación en general	Vive solo	40	4	44
	comparte su vivienda con algun otro familiar	324	13	337
Total		364	17	381

Grafica 52. Relación de cohabitación y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

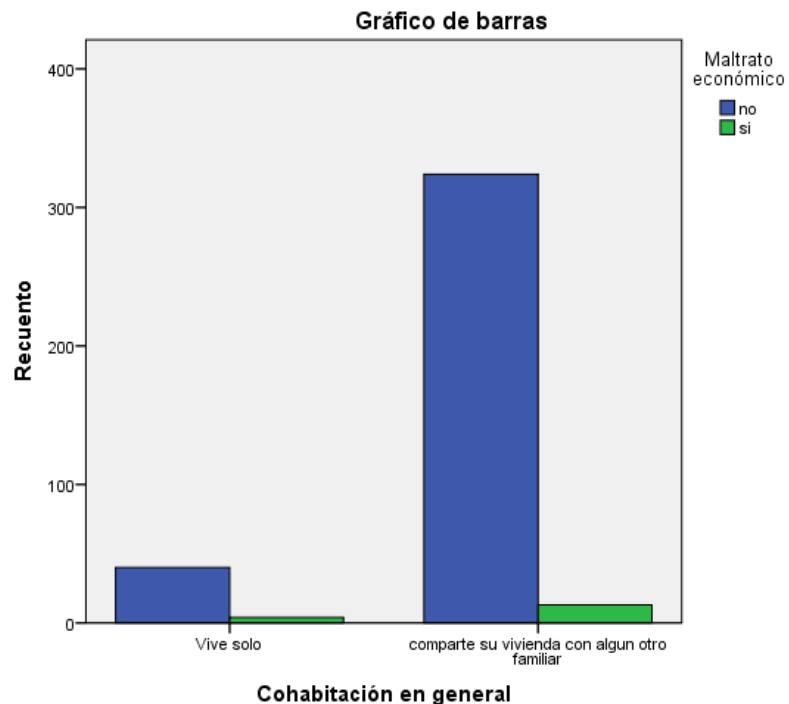


Tabla 53. Relación de cohabitación y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7,

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	8.993 ^a	1	.003		
Corrección de continuidad ^b	4.377	1	.036		
Razón de verosimilitud	5.132	1	.023		
Prueba exacta de Fisher				.036	.036
Asociación lineal por lineal	8.970	1	.003		
N de casos válidos	381				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .35.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

CDMX.

Cohabitación en general*Violencia sexual tabulación cruzada

Recuento

		Violencia sexual		Total
		no	si	
Cohabitación en general	Vive solo	42	2	44
	comparte su vivienda con algun otro familiar	336	1	337
Total		378	3	381

Grafica 53. Relación de cohabitación y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

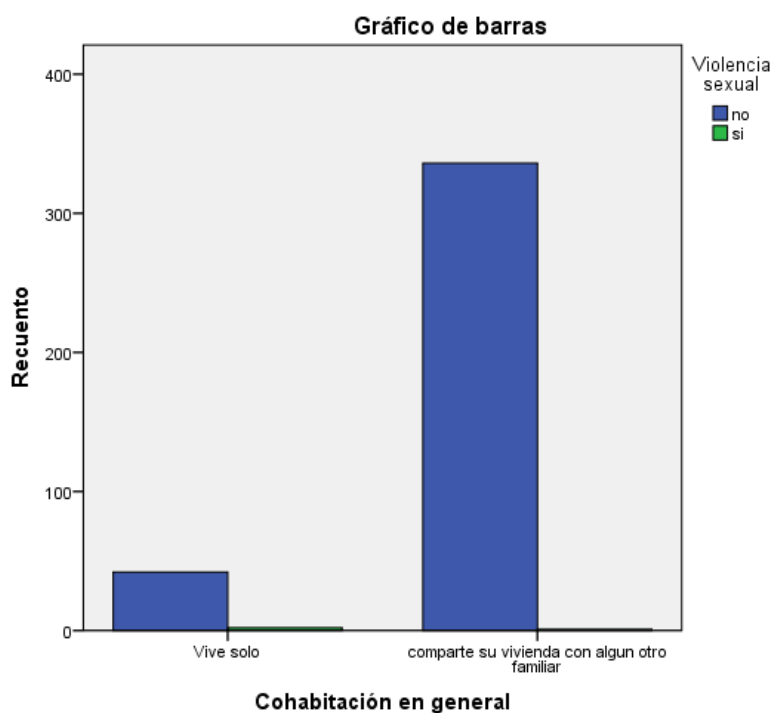


Tabla 54. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5.596 ^a	1	.018	.029	.020
Corrección de continuidad ^b	4.400	1	.036		
Razón de verosimilitud	5.268	1	.022		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5.581	1	.018		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.59.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato físico		Total
		no	si	
antecedente de violencia intrafamiliar	no	242	6	248
	si	123	10	133
Total		365	16	381

Gráfica 54. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato físico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

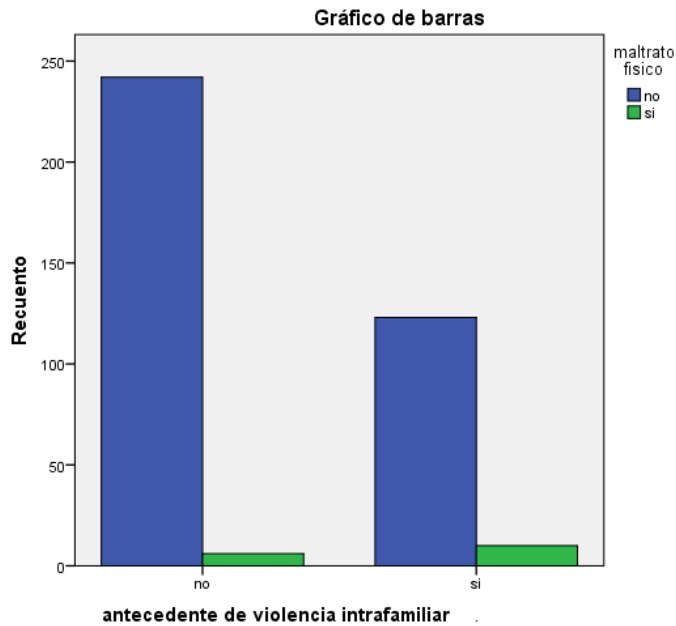


Tabla 55. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	14.139 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	12.914	1	.000		
Razón de verosimilitud	13.415	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	14.102	1	.000		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15.71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		maltrato psicologico		Total
		no	si	
antecedente de violencia intrafamiliar	no	230	18	248
	si	106	27	133
Total		336	45	381

Grafica 55. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato psicológico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

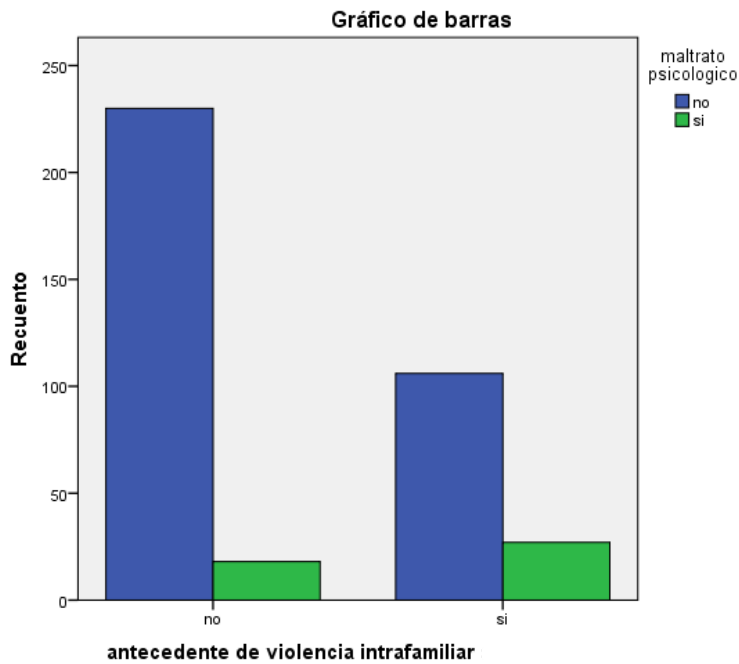


Tabla 56. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1.029 ^a	1	.310		
Corrección de continuidad ^b	.460	1	.497		
Razón de verosimilitud	.982	1	.322		
Prueba exacta de Fisher				.328	.244
Asociación lineal por lineal	1.027	1	.311		
N de casos válidos	381				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.49.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento		negligencia		Total
		no	si	
antecedente de violencia	no	243	5	248
intrafamiliar	si	128	5	133
Total		371	10	381

Grafica 56. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y negligencia en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

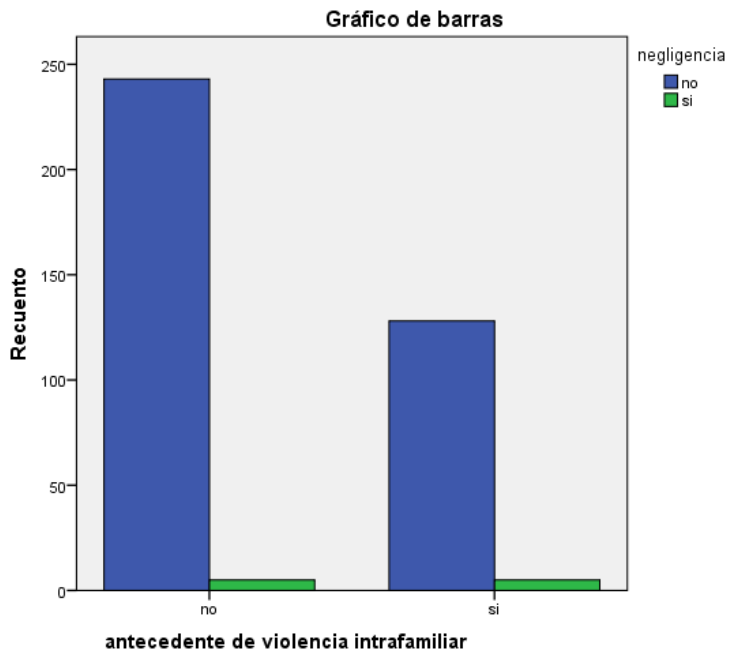


Tabla 57. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	.001 ^a	1	.973	1.000	.580
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.001	1	.973		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.001	1	.973		
N de casos válidos	381				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.93.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		economico		Total
		no	si	
antecedente de violencia intrafamiliar	no	237	11	248
	si	127	6	133
Total		364	17	381

Grafica 57. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y maltrato económico en adultos mayores de la UMF 7, CDMX.

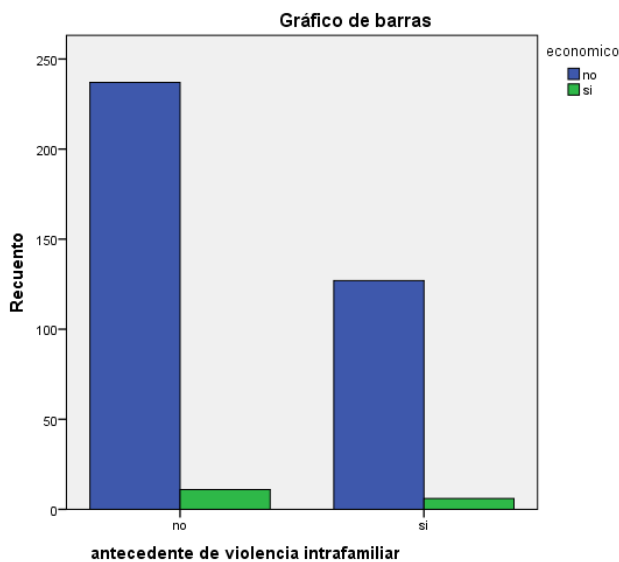


Tabla 58. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5.638 ^a	1	.018	.042	.042
Corrección de continuidad ^b	3.121	1	.077		
Razón de verosimilitud	6.359	1	.012		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5.624	1	.018		
N de casos válidos	381				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.05.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

Recuento

		sexual		Total
		no	si	
antecedente de violencia intrafamiliar	no	248	0	248
	si	130	3	133
Total		378	3	381

Grafica 58. Relación de antecedente de violencia intrafamiliar y violencia sexual en adultos mayores de la UMF 7.

