

Identificación de variables predictoras de violencia en díadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas

Paz-Rodríguez Francisco,* Sánchez-Guzmán María Alejandra **

* Doctor en Psicología. Investigador en Ciencias Médicas. Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. "Manuel Velasco Suárez". ** Maestra en Género. Investigadora en Ciencias Médicas. Laboratorio de Violencia y Género. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. "Manuel Velasco Suárez".

Revista Mexicana de Neurociencia

Julio-Agosto, 2012; 13(4): 205-214

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema de salud que atraviesa todos los aspectos de la vida. La forma en que se presenta permite explicar procesos tan específicos como el de salud-enfermedad-atención. En algunos padecimientos crónicos o degenerativos se puede constituir un contexto propicio para que se desarrolle el maltrato, ya que es una situación donde existe estrés, problemas económicos, falta de conocimiento y donde en general los cuidados son brindados por mujeres sin otra

ayuda. Estudios con poblaciones neurológicas que abordan el tema se centran en la violencia unidireccional y describen los factores de riesgo que participan o exacerban la misma.^{1,2}

En díadas las investigaciones han servido para conocer las características y percepciones de cada miembro de forma independiente y cómo esto podría derivar en maltrato o negligencia.³ Se parte del concepto de que un par de personas en una situación de interacción pueden ejercer y recibir violencia.⁴ Se ha reportado que a mayor conflicto en una díada, mayor prevalencia de violencia existe.⁵

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades neurológicas crónicas pueden ser factor de riesgo para sufrir-ejercer violencia entre cuidadores y pacientes. **Objetivos:** Describir los predictores de violencia para díadas de cuatro enfermedades neurológicas. **Material y métodos:** Estudio transversal realizado entre diciembre 2009 y marzo 2011. Muestra intencional: 185 díadas usuarios del INNN. 49 Parkinson, 44 Evento Vascular Cerebral, 45 Esclerosis Múltiple y 47 Epilepsia. Se diseñó un cuestionario para explorar la variable dependiente (auto-reporte de violencia) y las variables asociadas: estresores psicológicos (depresión y ansiedad, calidad de vida, apoyo social, percepción de control, hostilidad y ayuda, violencia económica, y maltrato en la infancia), variables del cuidador (sobrecarga, edad, escolaridad, tiempo de cuidado y horas de cuidado diario) y del paciente (edad, escolaridad, estado funcional, estado cognitivo y tiempo con la enfermedad). Se realizó estadística no paramétrica y regresión múltiple. **Resultados:** Un total de 32.4% de cuidadores y 33.5% de pacientes reportaron violencia. Las variables predictoras de violencia en cuidadores fueron: percibir conducta agresiva y control del paciente, que el paciente sufra violencia económica y sobrecarga. En el paciente las variables predictoras de violencia fueron: sufrir violencia económica, que su cuidador perciba conducta agresiva de su parte, mala calidad de vida, ejercer control sobre el cuidador, sufrir violencia en la infancia, mayor tiempo

Identifying predictors of violence in patient-caregiver dyads of four neurological diseases

ABSTRACT

Introduction: Chronic neurological diseases may be risk factors for suffering or exerting violence between caregivers and patients. **Objective:** To describe the predictors of violence for dyads of four neurological diseases. **Methods:** Cross-sectional study conducted between December 2009 and March 2011. Purposive sample: 185 user's dyads of a third-care referral center (INNN). We evaluated 49 patients with Parkinson's disease, 44 with cerebrovascular diseases, 45 with multiple sclerosis and 47 with epilepsy. A survey was designed to explore the dependent variable (self-reported violence) and associated variables: psychological stressors (depression and anxiety, quality of life, social support, perceived control, hostility and aid, economic violence, and abuse in the childhood), caregiver variables (burden, age, education, care and time daycare hours) and patients' characteristics (age, education, functional status, cognitive status, and time to disease). We performed nonparametric statistics and multiple regressions. **Results:** A total of 32.4% of caregivers and 33.5% of patients reported violence. The predictors of violence in caregivers were: perceived aggressive behavior and control from the patient, patient suffering of economic and violence burden. In the patient the predictors of violence were: economic violence suffering, caregiver's perceived

de enfermedad, edad y maltrato en la infancia en el cuidador. Globalmente (paciente-cuidador): pacientes agresivos, que ambos perciban control y sobrecarga del cuidado. La variable que mayor peso explicativo reporta: percepción de agresión del paciente. Conclusiones: Percibir conductas hostiles, sobrecarga, control y agresión del paciente son las VPV en la interacción diádica.

Palabras clave: Abuso, cuidador, díada, paciente, violencia.

*aggressive behavior, poor quality of life, exerting control over the caregiver, experiencing violence in childhood, longer disease and age and childhood maltreatment in the caregiver. Global (patient-caregiver) predictors in dyads were: aggressive patients, both perceived control and attention burden. The variable reported greater explanatory weight: patient perception of aggression. **Conclusions:** Perceiving hostile behavior, burden control and patient's aggression are predictors of violence in dyadic interaction.*

Key words: Abuse, caregiver, dyad, patient, violence.

Identificar las variables predictoras de violencia (VPV) que explique la aparición de maltrato permitirá diseñar programas preventivos eficaces. Las VPV se definen como experiencias, comportamientos, aspectos del estilo de vida, el medio ambiente, o las características personales que incrementan las posibilidades de que se produzca maltrato.² Actualmente los factores de riesgo o VPV se centran fundamentalmente en aspectos individuales de la víctima, del maltratador o de su interacción, sin embargo, las variables socioculturales y económicas comienzan a ser estudiadas.⁶

De acuerdo con el tipo de investigación es como se han identificado los riesgos asociados. Por ejemplo; Paveza, *et al.*, (1992)⁴ en 184 pacientes con Demencia y sus cuidadores encuentra que las variables más asociadas a violencia fueron la depresión del cuidador, vivir con familiares sin la esposa y deterioro cognitivo y funcional de los pacientes. Fulmer, *et al.*, (2005)³ mediante un modelo de riesgo y vulnerabilidad, establece los predictores de negligencia al adulto. Para el riesgo: estado funcional del cuidador, maltrato infantil, y rasgos de personalidad. En vulnerabilidad: estado cognitivo de los ancianos, estado funcional, depresión, apoyo social, maltrato infantil, y rasgos de la personalidad, resultaron predictores significativos. Pérez-Rojo, *et al.*, (2009)⁷ mencionan que los factores asociados a maltrato en personas con demencia son: mala calidad en la relación actual, menor percepción de ayuda, mayor expresión de ira, sobrecarga, estrés y la presencia de comportamientos problemáticos. Cooper, Blanchard, Selwood, Walker y Livingston (2010)⁸ en un estudio longitudinal prueban la hipótesis de que el aumento de la ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con Demencia conlleva un aumento de conductas violentas.

En este trabajo buscamos generar información que dé cuenta de los diferentes niveles de realidad que influyen en el problema de la violencia en enfermedades neurológicas. Esto debido a que existe alta variabilidad en la prevalencia de violencia reportada en la literatura internacional 17.4 a 48.1%,^{8,9} pudiendo deberse a que se concede el mismo peso a la violencia ocasional y crónica. Por ello es necesario operacionalizar la violencia de forma que pueda reconstruirse y evaluarse en un *continuum* sensible a los diversos grados de severidad, para que lo ocasional se encuentre en una parte y lo crónico en otra.¹⁰ Siendo así, no estamos interesados en realizar lo que se ha venido haciendo tradicionalmente en los pocos estudios que hay sobre el tema, sino deseamos describir cuáles son las variables predictoras de la violencia en las díadas de padecimientos neurológicos participantes del estudio. Para esto se diseñó un cuestionario que exploró tanto la variable dependiente (auto-reporte de violencia) como las variables asociadas: estresores psicológicos (depresión y ansiedad, calidad de vida, apoyo social, percepción de control, hostilidad y ayuda, violencia económica, y maltrato en la infancia), variables del cuidador (sobrecarga, edad, escolaridad, tiempo de cuidado y horas de cuidado diario) y del paciente (edad, escolaridad, estado funcional, estado cognitivo y tiempo con la enfermedad).

MÉTODOS

Estudio *ex post facto* mediante encuestas,¹¹ realizado de diciembre de 2009 a marzo de 2011, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), centro de referencia de las enfermedades neurológicas en México. Se seleccionaron díadas de paciente-cuidador de cuatro padecimientos neurológicos (EP, EVC, EM y

Parkinson) y mediante entrevista cara a cara se recogieron diversas variables con el fin de recabar datos para conocer las características de maltrato en la díada.

Participantes

En total, 185 de 269 (69%) encuestados elegibles formaron la muestra de díadas. El 31% (84) no elegible son pacientes y cuidadores que no conformaron una díada, es decir sólo una persona participó, de éstos, 46 son pacientes y 38 cuidadores. Las razones que evitaron entrevistar a la díada fueron: deterioro cognitivo del paciente, impedimentos físicos (problemas de lenguaje y/o motores), no contar con cuidador y/o no ser acompañado a su cita médica.

Instrumentos y Medidas

Se elaboró una exhaustiva batería para medir violencia y el contexto de la situación de la díada:

- **Características sociodemográficas:** Sexo, edad, estado civil, parentesco, número de hijos, escolaridad, religión, dependientes económicos, situaciones relacionadas con el cuidado (tiempo de enfermedad, tiempo que lleva cuidando y horas/día cuidando, si es cuidador único, si tienen trabajo o son pensionados, si cuentan con ayuda económica, ingresos aproximados, si fuma o toma alcohol).
- **Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres¹² (ENVIM).** Mide distintos grados de violencia en sus diferentes modalidades: violencia física, emocional, y sexual, es un cuestionario integrado por 19 ítems. Tiene una confiabilidad usando todos los reactivos de 0.99. Está conformada por cuatro factores con reactivos con carga mayor a 0.40, identificados como: violencia psicológica; violencia física; violencia física severa y violencia sexual. La combinación de los cuatro factores explica 62.2% de varianza. Además se aplicaron las subescalas de maltrato en la infancia y violencia económica.
- **Short Portable Mental Status Questionnaire^{13,14} (Test de Pfeiffer).** Es un test de screening de deterioro cognitivo. Es útil en personas de edad avanzada y analfabetas. La fiabilidad test-retest oscila entre .82 y .85. Consta de diez ítems que hacen referencia a cuestiones generales o personales. Se interpreta contabilizando los errores en los diez ítems del test. De 0 a 2 se considera normal; de tres a cuatro deterioro intelectual leve; de 5 a 7 moderado y de 8 a 10, severo. El punto de corte para demencia

se establece en cinco errores. La sensibilidad, varía de 68 a 82% y la especificidad de 92 a 96%.

- **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (BI).** Es el instrumento más utilizado para evaluar sobrecarga en cuidadores, traducida en diversos idiomas. La versión abreviada de 12 ítems¹⁵ es la mejor para evaluar sobrecarga en cuidadores, se puede obtener un puntaje de 0 a 48, tiene una confiabilidad de 0.85 y una capacidad discriminante con resultados de curva ROC (0.99, 95% intervalo de confianza ICI: 0.98 a 0.99).
- **Escala de depresión y ansiedad hospitalaria¹⁶ (HAD).** Detecta estados de depresión y ansiedad en la Consulta Externa y en departamentos hospitalarios no psiquiátricos, validada en cuidadores de enfermos neurológicos. Cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala.
- **Escala de Calidad de Vida (GHQ-12).** Consta de 12 ítems, seis positivos y seis negativos. En población mexicana presenta un alfa de Cronbach de .82.¹⁷ Los resultados de validación del GHQ-12 realizado en 15 países del mundo son buenos, con resultados de curva ROC que varían entre .83 y .85. Es una de las escalas auto-administradas mas utilizadas para detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general.¹⁸
- **Cuestionario de apoyo social percibido¹⁹ (CAS).** Evalúa la existencia y calidad de las relaciones familiares de amistad y compañerismo en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, y participación en organizaciones socioculturales. Se puede obtener una puntuación entre 9 y 35. El total obtenido se interpreta como mayor puntuación, mayor apoyo social. Presenta una fiabilidad de 0.77.
- **Cuestionario de actividades de la vida diaria²⁰ (AVD).** Es la escala más usada para valorar actividades instrumentales de la vida diaria, consta de ocho ítems graduados de 0 a 8 y presenta una buena validez concurrente tanto con otras escalas como con pruebas cognitivas. Tiene coeficiente de reproducibilidad inter e intraobservador alto en población de habla hispana (0.94).

Se elaboró *ad hoc* para la investigación el Índice de Percepción de Control y Hostilidad (IPCH). Siguiendo las recomendaciones de Moreno, Martínez y Muñiz (2004).²¹ Evalúa la percepción del control, la conducta abusiva y agresiva que puede provocar un daño dentro de la

relación cuidador-paciente. *En el paciente*: el cuestionario está integrado por diez reactivos. Tiene una confiabilidad con todos los reactivos de 0.71. Está conformada por tres factores incluyendo reactivos con carga mayor a 0.40, identificados como: *Control sobre su persona (lo aíslan de amigos o familia, lo controlan en lo que hace y le controlan el acceso a dinero)*; *Hostilidad del cuidador (le dice que inventa los síntomas, le pide que haga algo que no puede hacer y lo excluye de actividades diarias)* y *Falta de Apoyo (se interesa en su enfermedad, le ayuda cuando lo necesita, le ayuda a adquirir medicinas, lo dejan encerrado sin atención)*. Los tres factores explica 59.2% de varianza. *En el cuidador*: el cuestionario está integrado por 5 reactivos. Tiene una confiabilidad usando todos los reactivos de 0.69. Está conformada por dos factores con reactivos con carga mayor a 0.40, identificados como: *Control sobre su persona (le exige que esté todo el tiempo y le pide ayuda en cosas que puede realizar)*; y *Conducta agresiva del paciente (lo culpa de la enfermedad, le dice que le odia y le dice que no le cuida para hacerlo quedar mal)*. Los dos factores explica 74.5% de varianza.

Procedimiento

Los pacientes fueron referidos de la Consulta Externa del INNN. Los criterios de selección fueron: díadas de paciente-cuidador que acudieran a consulta y tener diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades neurológicas, epilepsia, EVC, EM y Parkinson, no haber reporte de deterioro cognitivo en la historia clínica o al ser evaluados mediante el test de *Pfeiffer*. Se definió al cuidador como la persona que convive con el paciente y manifestó ante el investigador asumir la responsabilidad de prestación de cuidados (necesidades básicas e instrumentales) y supervisión en el domicilio. No era necesario que fuera un miembro de la familia o que viviese con él, participó un único cuidador de paciente con enfermedad neurológica, mayor de 16 años, realizando esta labor desde un periodo no menor a 12 meses antes de ser entrevistado. Al contacto inicial se explicó el objetivo del estudio asegurando confidencialidad y anonimato, se pidió su consentimiento verbal y escrito (consentimiento informado) para participar, de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki. Pacientes y cuidadores fueron entrevistados por separado, y el tiempo de duración de la encuesta duró de 30 a 45 minutos. El protocolo fue previamente aprobado por la comisión de evaluación de investigación del INNN.

Para ser considerado "caso de violencia" se realizó el cálculo de acuerdo con la metodología de la ENVIM¹²

por ello se reporta la prevalencia de violencia por severidad, tanto para paciente como para cuidador. Se realizó una variante en la categorización de los casos de violencia, se consideró sin violencia a las personas que no reportaron maltrato en las subescalas y se agregó la categoría *riesgo de violencia* para los sujetos que han presentado un episodio de violencia (psicológica, física y/o sexual), pero que de acuerdo con la metodología de la ENVIM no alcanzaban un puntaje para ser considerado "caso de violencia". Castro (2004)¹⁰ menciona que la violencia se puede presentar como un conjunto de agresiones donde se entremezclan diversas formas. En términos conceptuales no se puede considerar igual a grupos diferentes (*riesgo de violencia y violencia severa*), al realizar esta categorización, se permite apreciar la dinámica del fenómeno, los cambios que experimenta y evita sobreestimar "casos de violencia" de los que no lo son.

Análisis estadístico

Se determinó la relación de la violencia con las características demográficas y variables del contexto reportados más frecuentemente en la literatura internacional. Para la comparación de proporciones entre grado de violencia y características demográficas en variables nominales y categóricas se utilizó χ^2 o prueba exacta de Fisher en los casos donde los valores reportados fueran inferiores a 5. En cuanto a variables del contexto (sobrecarga del cuidador, deterioro en actividades de la vida diaria en el paciente, ansiedad, depresión, calidad de vida, apoyo social, percepción de control y hostilidad, violencia económica y maltrato en la infancia en ambos). Se realizó el contraste no paramétrico análogo (H de Kruskal-Wallis). Se realizó un análisis de regresión múltiple para cuidador, paciente y díada con las variables cuantitativas estadísticamente significativas en los análisis realizados para conocer los predictores más importantes de la violencia. El análisis se realizó mediante el método de pasos sucesivos "stepwise". Cabe señalar que todos los estresores psicológicos (depresión y ansiedad, calidad de vida, apoyo social, percepción de control, hostilidad y ayuda, violencia económica, y maltrato en la infancia), variables del cuidador (sobrecarga, edad, escolaridad, tiempo de cuidado y horas de cuidado diario) y del paciente (edad, escolaridad, estado funcional, estado cognitivo y tiempo con la enfermedad) se consideraron variables independientes y la violencia reportada por cuidador, paciente y en la díada cada una de ellas como variable dependiente una a la vez. Además de haberse realizado para cada modelo un

diagnóstico de colinealidad, se puede asumir que no existe riesgo significativo de colinealidad entre las diferentes variables de acuerdo con los valores de tolerancia y de los factores de inflación de la varianza (VIF). Además, el valor del estadístico Durbin-Watson (cerca de 2.0) permite asumir que los residuos son independientes.

RESULTADOS

Características demográficas

La muestra intencional seleccionada de 185 díadas de paciente-cuidador usuarios de la Consulta Externa, mostró las siguientes características. El 60% de pacientes son mujeres, 47% estaban casados o en unión libre y presentaron una edad media de 45.0 años ($DT = 17.1$). En cuanto al cuidador el 73% son mujeres casadas o en unión libre y con una edad media de 49.6 años ($DT = 14.5$); brindan cuidados en promedio desde hace 7.5 años ($DT = 7.6$), 65% lo realizan por más de 8 horas diarias y tenían una media de 9.3 años ($DT = 6.8$) de escolaridad. La relación que mantenían en la díada era de esposo/a o pareja en el 30% de los casos, en 34% era el padre o la madre, en 10% los hermanos, en 17% eran los hijos y 9% mantenían entre ambos otro grado de parentesco. En cuanto a la relación de sexo que forma la díada encontramos que: el 37% son mujeres que cuidan de mujeres, 37% mujeres que cuidan a hombres, 23% hombres que cuidan a mujeres y 3% hombres que cuidan de hombres.

Caracterización de la violencia

Los cuidadores reportan 66.5% (123) de prevalencia de violencia. Por severidad: 51.2% (63) se encuentra en riesgo de violencia. El 37.4% (46) sufre violencia y 11.4% (14) reporta violencia severa. En los pacientes existe 65.9% (122) de prevalencia de violencia. Por severidad: 49.2% (60) se encuentra en riesgo de violencia. 41.8% (51) sufre violencia y 9% (11) reporta violencia severa. En cuanto a la *dirección que presenta dentro de la díada*, se reporta 78.4% (145) de prevalencia donde: 20% (29) reporta violencia al paciente. El 26.2% (38) violencia al cuidador y, 53.8% (78) violencia mutua.

Severidad

En las *tablas 1 y 2* se reportan las diferencias entre severidad de la violencia con variables sociodemográficas. Las variables relacionadas son contar con una pensión o consumir alcohol por parte

del paciente. En la *tabla 3* se reportan las diferencias entre severidad de violencia contra las variables del contexto. Para cuidadores son significativas: sobrecarga, ansiedad, salud general, conducta agresiva del paciente, control sobre su persona y violencia económica. En pacientes: un mayor puntaje en la escala Pfizer, depresión, ansiedad, salud general, relaciones sociales, percepción de hostilidad y control sobre su persona, falta de apoyo del cuidador, violencia en la infancia y violencia económica.

Predictores de violencia

Las variables VPV para cuidadores fueron (*Tabla 1*): percibir conducta agresiva y control del paciente, que la paciente sufra violencia económica y sobrecarga.

En el paciente las VPV fueron: sufrir violencia económica, que su cuidador perciba conducta agresiva, mala calidad de vida, ejercer control sobre el cuidador, sufrir violencia en la infancia, mayor tiempo de enfermedad y edad, así como maltrato en la infancia en el cuidador. Globalmente (díada paciente-cuidador): que el paciente manifieste conducta agresiva, que ambos perciban control y sobrecarga del cuidado. La variable que mayor peso explicativo reporta es la percepción de conducta agresiva del paciente.

DISCUSIÓN

La escasa preparación del cuidador en el manejo de situaciones potencialmente conflictivas y las actitudes agresivas de los pacientes, conllevan un riesgo de activación de incidentes violentos. La variable que mayor peso explicativo reporta es la percepción de conducta agresiva del paciente. El percibir conductas hostiles, sobrecarga, control y agresión del paciente son las VPV en la interacción diádica. Los resultados son similares a los encontrados en investigaciones sobre maltrato a adultos,^{3,4,7,8} mostrándose como una variable que discrimina para la severidad de la violencia a la conducta agresiva del paciente. Asimismo, se pudo observar que el control percibido y la sobrecarga, así como el maltrato económico pueden considerarse factores de riesgo y que se encuentran asociados a la severidad de la violencia.²² Aunque no han sido medidos con frecuencia en escalas de maltrato, hay evidencia que la violencia económica puede ser antecedente de la física,¹⁰ sugerimos que la percepción del abuso de poder también puede ser considerado un antecedente, ya que se destaca la percepción de conductas de control, hostilidad y agresión que se pueden dar entre ambas partes, generando un ambiente propicio para el maltrato.

Tabla 1A
Características sociodemográfica por severidad de violencia en cuidadores

Cuidador	Severidad de la Violencia								χ^2	valor p
	Sin Violencia		En riesgo		Violencia		Violencia Severa			
	n = 62		n = 63		n = 46		n = 14			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad (años) (M;DT)	50.47	14.57	49.33	13.81	48.72	15.55	46.43	11.95	0.346	0.792
Numero de hijos (M;DT)	2.63	2.06	2.81	2.26	2.09	1.92	2.86	1.51	1.229	0.301
Tiempo de Cuidado (M;DT)	5.94	5.91	8.03	8.92	7.9	6.41	10.44	10.50	1.731	0.162
Educación** (M;DT)	10.26	4.57	10.46	3.59	10.83	4.01	8.50	5.33	1.136	0.336
Sexo										
Femenino	51	82.3	44	69.8	29	63.0	12	85.7	6.703	0.082
Masculino	11	17.7	19	30.2	17	37.0	2	14.3		
Estado Civil										
Casado/UL	44	71.0	50	79.4	28	60.9	10	71.4	9.207	0.162
Separada/divorciada/viuda	6	9.7	3	4.8	9	19.6	3	21.4		
Soltera	12	19.4	10	15.9	9	19.6	1	7.1		
Religión										
Católica	58	93.5	56	88.9	37	80.4	9	64.3	12.068	0.061
Otra	1	1.6	4	6.3	5	10.9	4	28.6		
Ninguna	3	4.8	3	4.8	4	8.7	1	7.1		
Parentesco										
Esposo(a)/pareja	11	17.7	18	28.6	22	47.8	5	35.7	19.583	0.075
Madre/Padre	23	37.1	23	36.5	10	21.7	6	42.9		
Hijo(a)	12	19.4	11	17.5	8	17.4	1	7.1		
Hermano(a)	11	17.7	4	6.3	4	8.7	0	0.0		
Otro	5	8.1	7	11.1	2	4.3	2	14.3		
Vive con										
Esposa e Hijos	42	67.7	52	82.5	29	63.0	12	85.7	9.318	0.156
Familia extensa	19	30.6	9	14.3	15	32.6	2	14.3		
Solo	1	1.6	2	3.2	2	4.3	0	0.0		

Familia extensa: Esposo(a), Hijos, Familiares.

Tabla 1B
Características sociodemográfica por severidad de violencia en cuidadores

Cuidador	Severidad de la Violencia								χ^2	valor p
	Sin Violencia n = 62		En riesgo n = 63		Violencia n = 46		Violencia Severa n = 14			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dependiente económico (M;DT)	1.30	1.41	1.33	1.60	1.33	1.56	0.93	1.14	0.298	0.827
Trabajo										
Empleado	29	46.8	37	58.7	32	69.6	10	71.4	6.376	0.095
No trabaja	32	51.6	26	41.3	14	30.4	4	28.6		
Pensionado										
Sí	11	17.7	5	7.9	5	10.9	1	7.1	3.237	0.357
No	51	82.3	58	92.1	41	89.1	13	92.9		
Ingreso										
Ninguno	30	48.4	23	36.5	13	28.3	4	28.6	15.104	0.236
Irregular	0	0.0	2	3.2	0	0.0	0	0.0		
Menos de 3,000	12	19.4	20	31.7	17	37.0	7	50.0		
De 3,000 a 5,000	10	16.1	12	19.0	8	17.4	1	7.1		
Más de 5,000	9	14.5	6	9.5	8	17.4	2	14.3		
Fuma										
Sí	12	19.4	12	19.0	11	23.9	1	7.1	2.255	0.521
No	50	80.6	51	81.0	35	76.1	13	92.9		
Toma										
Sí	12	19.4	14	22.2	10	21.7	1	7.1	2.106	0.551
No	50	80.6	49	77.8	36	78.3	13	92.9		
Cuidador único										
Sí	33	53.2	35	55.6	21	45.7	8	57.1	1.235	0.745
No	29	46.8	28	44.4	25	54.3	6	42.9		
Horas de cuidado diarias	8.40	6.53	9.16	6.63	9.94	6.80	12.29	8.72	1.397	0.245

Tabla 2A
Características sociodemográfica por severidad de violencia en pacientes

Paciente	Sin Violencia		Severidad de la Violencia				Violencia Severa		χ^2	valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad (años) (M;DT)	45.27	16.23	45.73	17.55	44.65	16.25	41.55	23.68	0.197	0.898
Número de hijos (M;DT)	1.67	2.16	1.8	2.24	1.53	2.00	1.73	2.33	0.147	0.931
Tiempo con Enfermedad* (M;DT)	7.55	9.94	8.98	7.26	10.99	10.48	8.45	7.57	1.333	0.265
Educación (M;DT)	10.67	4.48	10.18	4.27	11.53	3.93	8.91	4.28	1.580	0.196
Sexo										
Femenino	37	58.7	34	56.7	34	66.7	7	63.6	1.322	0.724
Masculino	26	41.3	26	43.3	17	33.3	4	36.4		
Estado Civil										
Casado/UL	23	36.5	28	46.7	31	60.8	4	36.4	8.056	0.234
Separada/divorciada/viuda	9	14.3	5	8.3	3	5.9	1	9.1		
Soltera	31	49.2	27	45.0	17	33.3	6	54.5		
Religión										
Católica	57	90.5	48	80.0	43	84.3	9	81.8	7.088	0.313
Otra	1	1.6	3	5.0	5	9.8	1	9.1		
Ninguna	5	7.9	9	15.0	3	5.9	1	9.1		
Parentesco										
Espos(a)/pareja	15	23.8	15	25.0	23	45.1	3	27.3	16.500	0.169
Madre/Padre	23	36.5	18	30.0	16	31.4	5	45.5		
Hijo(a)	11	17.5	13	21.7	7	13.7	1	9.1		
Hermano(a)	10	15.9	6	10.0	3	5.9	0	0.0		
Otro	4	6.3	8	13.5	2	3.9	2	18.2		
Paciente vive con										
Esposa e Hijos	35	55.6	34	56.7	32	62.7	8	72.7	3.456	0.750
Familia extensa	27	42.9	23	38.3	18	35.3	3	27.3		
Solo	1	1.6	3	5.0	1	2.0	0	0.0		

Familia extensa: Espos(a), Hijos, Familiares.

Tabla 2B
Características sociodemográfica por severidad de violencia en pacientes

Paciente	Sin Violencia		Severidad de la Violencia				Violencia Severa		χ^2	valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
EDependiente económico (M;DT)	0.73	1.15	0.78	1.06	0.84	1.10	0.64	0.81	0.162	0.922
Trabajo										
Empleado	25	39.7	21	35.0	15	29.4	4	36.4	1.323	0.724
No trabaja	38	60.3	39	65.0	36	70.6	7	63.6		
Pensionado										
Sí	5	7.9	8	13.3	13	25.5	4	36.4	9.626	0.022
No	58	92.1	52	86.7	38	74.5	7	63.6		
Ingreso										
Ninguno	36	57.1	38	63.3	33	64.7	6	54.5	11.838	0.223
Irregular	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Menos de 3000	14	22.2	7	11.7	11	21.6	5	45.5		
De 3000 a 5000	8	12.7	9	15.0	4	7.8	0	0.0		
Más de 5000	5	7.9	6	10.0	3	5.9	0	0.0		
Fuma										
Sí	9	14.3	8	13.3	6	11.8	2	18.2	0.360	0.948
No	54	85.7	52	86.7	45	88.2	9	81.8		
Toma										
Sí	5	7.9	12	20.0	10	19.6	0	0.0	8.317	0.040
No	58	92.1	48	80.0	41	80.4	11	100.0		
Cuidador único										
Sí	38	60.3	30	50.0	32	62.7	7	63.6	2.316	0.509
No	25	39.7	30	50.0	19	37.3	4	36.4		

Tabla 3
Comparaciones entre variables del contexto por severidad de violencia en pacientes y cuidadores

Cuidadores	Severidad de la Violencia								χ^2	valor p
	Sin Violencia n = 62		En riesgo n = 63		Violencia n = 46		Violencia Severa n = 14			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Zarit	7.55	5.70	10.21	6.97	14.54	9.50	18.79	12.04	29.976	0.001
Depresión	3.85	4.26	3.57	3.76	5.52	5.26	7.21	7.02	5.176	0.159
Ansiedad	4.89	3.98	5.35	3.94	6.15	4.93	10.86	5.48	14.008	0.003
Actividades de la Vida Diaria	5.77	1.99	6.21	2.01	5.69	2.20	5.64	2.47	2.645	0.450
Salud General	10.00	2.25	9.84	2.40	9.07	2.36	7.43	2.77	15.919	0.001
Conducta Agresiva del Paciente	3.08	0.28	3.38	1.05	3.83	1.53	5.36	3.05	26.874	0.001
Percepción de Control Sobre su Persona	2.27	0.77	2.67	1.36	3.22	1.46	4.36	2.68	23.495	0.001
Violencia Económica	8.00	0.00	8.16	0.60	8.65	1.37	9.36	1.86	27.811	0.001
Violencia en la Infancia	9.85	2.37	9.37	2.14	10.13	3.13	12.79	4.93	5.876	0.118
Relaciones Sociales	37.00	5.72	37.25	7.28	36.04	8.25	30.64	9.64	6.157	0.104

Pacientes	Severidad de la Violencia								χ^2	valor p
	Sin Violencia n = 62		En riesgo n = 63		Violencia n = 46		Violencia Severa n = 14			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Pfiíer	0.67	0.98	0.33	0.75	0.29	0.64	0.54	0.68	9.382	0.025
Depresión	5.71	5.39	6.30	4.64	8.31	4.93	8.91	6.09	10.972	0.012
Ansiedad	5.73	3.91	6.87	3.96	8.8	5.14	8.64	6.55	10.703	0.013
Salud General	9.39	2.32	8.68	2.96	7.31	3.05	6.91	3.08	17.590	0.001
Percepción de Control Sobre su Persona	3.44	1.58	3.28	0.80	4.69	2.18	4.18	2.18	32.229	0.001
Percepción de Hostilidad	3.32	0.82	3.92	1.41	4.55	1.70	4.36	1.43	24.812	0.001
Percepción de Falta de Apoyo	4.87	2.20	5.10	2.25	6.29	2.89	6.18	3.03	15.363	0.002
Violencia en la Infancia	8.68	2.51	8.55	2.27	10.25	3.28	10.55	2.58	13.072	0.004
Violencia Económica	8.02	0.13	8.22	0.85	8.61	1.08	11.18	3.71	34.672	0.001
Relaciones Sociales	38.03	7.45	35.12	6.77	31.18	7.22	31.18	7.07	24.298	0.001

Tabla 4
Modelos de regresión múltiple explorando los antecedentes para auto-reporte de violencia, en cuidadores, pacientes y diadas

	Variable Dependiente Auto-reporte de Violencia Cuidador				R ² Acumulado
	Beta Estandarizado	t	Sig.		
Conducta Agresiva del Paciente	0.393	6.129	0.001		0.433
Percepción de Control Sobre su Persona (Cuidador)	0.159	2.283	0.024		
Violencia Económica (Paciente)	0.191	2.986	0.003		
Sobrecarga (Cuidador)	0.187	2.917	0.004		

	Variable Dependiente Auto-reporte de Violencia Paciente				R ² Acumulado
	Beta Estandarizado	t	Sig.		
Violencia Económica (Paciente)	0.391	6.648	0.001		0.531
Conducta Agresiva del Paciente	0.208	3.505	0.001		
Calidad de Vida (Paciente)	-0.135	-2.525	0.012		
Percepción de Control Sobre su Persona (Cuidador)	0.204	3.320	0.001		
Violencia en la Infancia (Paciente)	0.142	2.684	0.001		
Tiempo con la Enfermedad (Paciente)	0.118	2.269	0.025		
Edad (Paciente)	-0.140	2.609	0.010		
Violencia en la Infancia (Cuidador)	0.133	2.437	0.016		

	Variable Dependiente Auto-reporte de Violencia Díada				R ² Acumulado
	Beta Estandarizado	t	Sig.		
Conducta Agresiva del Paciente	0.407	6.539	0.001		0.459
Percepción de Control Sobre su Persona (Cuidador)	0.299	4.813	0.001		
Percepción de Control Sobre su Persona (Paciente)	0.148	2.660	0.001		
Sobrecarga (Cuidador)	0.143	2.229	0.023		

Existen limitaciones que deben ser tomadas en consideración. En primer lugar la muestra es reducida y al no ser un estudio poblacional, no sabemos si hay pacientes o cuidadores que no acuden a las instituciones de asistencia, que sufran maltrato y que no fueron reclutados, para conocer la presencia de este problema en actos violentos y si se comparten los mismos factores de riesgo. Sólo participaron díadas dejando fuera a individuos que pudieran estar sufriendo maltrato. La escala aplicada para medir deterioro no se aplicó a cuidadores, lo que limita el conocimiento de su capacidad cognitiva. No pudimos entrevistar a díadas en donde la severidad de la enfermedad fuera severa, hay reportes que indican que entre mayor dependencia el maltrato puede aumentar. Otra situación a tomar en consideración es que en este estudio se pone de manifiesto que en padecimientos neurológicos el sufrir maltrato en la infancia es una VPV en la presencia de violencia para el paciente.

Las enfermedades con un curso crónico (especialmente las que generan dependencia) han demostrado ser un fenómeno social y de salud complejo, representan una ruptura biográfica²³ que pone en entredicho las relaciones de las personas que las padecen y las que deben cuidarlo sin recibir remuneración por ello. Pudiendo generarse maltrato donde antes no lo había o agudizarse el que ya existía. Al ya de por sí complejo estudio de la violencia, además en este escenario debemos agregar la posibilidad de que diversos actores (familiares, conocidos, o el mismo enfermo) la sufran o la ejerzan, abarcando distintos tipos de conductas (agresión física, sexual, psicológica, abuso económico, abandono, etc.) y que pueda ser intencional o no.^{6,24} La severidad de la violencia hace necesaria la elaboración de programas de intervención que contemplen el contexto de las enfermedades. Por otro lado, la información de la mayor parte de los incidentes violentos padecidos no se extiende más allá de los círculos privados y próximos al entorno de las víctimas. Siendo uno de los principales obstáculos del sistema de salud para dimensionar y enfrentar el problema del maltrato a este tipo de pacientes. La normalización de la violencia²⁵ es común y se entreteje en la vida cotidiana y en la emergencia del padecimiento,²⁶ de ahí la importancia de los datos presentados.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo brindado a través del Fondo Sectorial: Salud-2008-C01-87117.

REFERENCIAS

1. Díaz-Olavarrieta C, Campbell J, García C, Paz F, Villa A. Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Arch Neurol* 1999; 56: 681-5.
2. Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán MA. Maltrato en pacientes neurológicos. *An Psicol* 2011; 23-33.
3. Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Fairchild S, Guadagno L, Bolton-Blatt M, Norman R. Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *Gerontologist* 2005; 45: 525-34.
4. Paveza GJ, Cohen D, Eisdorfer C, Freels S, Semla T, Ashford JW, Gorelick P, et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *Gerontologist* 1992; 32: 493-7.
5. Cáceres CJ. Violencia doméstica: Lo que revela la investigación básica con parejas. *Pap Psicol* 2007; 28: 104-15.
6. Touza C, García MD, Prado C, Royo P, Segura PM. Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: los malos tratos a las personas mayores. *Pulso* 2002; 25: 69-75.
7. Pérez-Rojó G, Izal M, Montorio I, Nuevo R. Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Int J Clin Health Psychol* 2008; 8: 105-17.
8. Copper C, Blanchard M, Selwood A, Walker Z, Livingston G. Family carers' distress and abusive behavior: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 480-5.
9. Copper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008; 37: 151-60.
10. Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. México, Cuernavaca: UNAM Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2004.
11. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol* 2007; 7: 847-62.
12. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado de Snyder VN, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública Méx* 2006; 48: S221-31.
13. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-41.
14. Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, Frades-Payo B, Rojo-Pérez F, Petidier R, Rodríguez-Rodríguez V, Forjaz MJ, et al. Validación de la escala de independencia funcional. *Gac Sanit* 2009; 23: 49-54.
15. Higginson IJ, Gao W, Jackson D, Murray J, Harding R. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *J Clin Epidemiol* 2010; 63: 535-42.
16. Paz-Rodríguez F. Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Rev Ecuat Neurol* 2010; 19:25-33.
17. Caraveo J, Martínez N, Saldivar G, López J, Saltijera M. Performance of the GHQ-12 in relation to current and lifetime CIDI psychiatric diagnosis. *Salud Ment* 1998; 21: 1-11.
18. Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols J. Propiedades psicométricas y valores normativos del general health questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol* 2011; 11: 125-39.
19. Calvo F, Ruíz A. Validación del cuestionario de apoyo social (CAS): estudio preliminar. *Ansiedad Estrés* 2006; 12: 63-74.
20. Trigués-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clín* 2011; 72: 11-6.
21. Moreno R, Martínez RJ, Muñiz J. Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema* 2004; 16: 490-7.
22. Freysteinson MW. Opening Pandora's box: a comprehensive approach to home violence prevention. *HHCM* 2010; 20: 1-7.
23. Bury M. Chronic Illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn* 1982; 4: 167-82.
24. Bell K, Naugle A. Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1096-107.

25. Brandl B. Power and control: Understanding domestic abuse in later life. *Generations* 2002; 24: 39-45.
26. Martin M, Peter-Wight M, Braun M, Hornung R, Scholz U. The 3-phase-model of dyadic adaptation to dementia: why it might sometimes be better to be worse. *Eur J Ageing* 2009; 6: 291-301.



Correspondencia: Dr. Francisco Paz Rodríguez.
Insurgentes, Sur 3877 Col. La Fama, Deleg. Tlalpan, C.P. 14269 D.F.
Tel.: 5606-3822, Ext.: 5020, Fax: 5528-78 78. Correo electrónico:
fpaz@innn.edu.mx

Artículo recibido: Agosto 20, 2012.
Artículo aceptado: Septiembre 11, 2012.