

Maltrato en pacientes neurológicos

Francisco Paz-Rodríguez*¹ y María Alejandra Sánchez-Guzmán²

¹ Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo (México)

² Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Departamento de Violencia y Género (México)

Resumen: El objetivo de este artículo es describir la relación que existe entre determinadas variables demográficas y emocionales reportadas por los cuidadores informales de enfermos neurológicos y el maltrato en pacientes con enfermedades neurológicas. Estudio transversal descriptivo con una muestra intencional de 110 cuidadores usuarios de la consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas, maltrato y percepción de estrés, afrontamiento, ansiedad, depresión, sobrecarga y actividades de la vida diaria. Se utilizaron diversas pruebas estadísticas para determinar relaciones significativas entre las variables evaluadas frente a maltrato y percepción de estrés. De acuerdo a los resultados obtenidos la prevalencia de maltrato reportada por cuidadores fue de 39%. El 70% de los pacientes son cuidados por una sola persona (cuidador primario) y el 77% no cuenta con apoyo económico. Se reporta como los que más maltrato infligen: esposo(a) (42%). Así, el contexto estructural y subjetivo en el que se desarrollan los pacientes es propicio para la violencia en la relación cuidador paciente y no es reconocido como un problema de salud pública.

Palabras clave: Maltrato; cuidadores; estrés; sobrecarga; depresión; ansiedad.

Title: Battering in neurological patients.

Abstract: The purpose of this article is to describe the relationship between demographic and emotional variables of caregivers and mistreatment towards patients with neurological diseases. The study is a cross sectional survey that used sample of 110 caregivers of patients attended at Institute National of Neurology and Neurosurgery. Sociodemographic variables, perception of stress, coping strategies; anxiety and depression, overwork, activities of the daily life and mistreatment towards patients were assessed. We used various statistical tests to determine significant relationships between variables against abuse and perceived stress. 39 % of caregivers reported mistreatment. 70% of the patients had a primary caregiver and 77% of patients did not have financial support. Mistreatment was perpetrated by spouse in 42% of the cases. The structural and subjective context in which the patients develop is favorable violence in the relation patient caregiver and is not recognized as a problem of public health.

Key words: Battering; caregiver; burden; stress; anxiety; depression.

Introducción

En el presente estudio nos enfocamos a estudiar la violencia, también reconocida como maltrato que es infligida por los cuidadores contra enfermos de padecimientos neurológicos. Nos interesa saber cuáles son las formas en que se expresa y algunas de las condiciones que se relacionan con la existencia de tal fenómeno. En particular nos avocamos al maltrato como una forma de violencia que hace referencia a la acción u omisión que se ejerce en la relación cuidador-paciente en el contexto de las enfermedades neurológicas.

El reconocimiento de la violencia como un problema de salud pública ha tenido un largo camino, la idea de que podía suceder en los ámbitos privados es el primer paso para considerar el maltrato infantil, la violencia de género, la violencia en la pareja, el maltrato contra personas mayores y en el caso del presente artículo la violencia contra los enfermos.

El estudio de la violencia en enfermos y sus cuidadores atiende la violencia asociada al proceso salud-enfermedad-atención, es decir, las relaciones que guarda el ejercicio de la misma por las condiciones y prácticas que se generan a partir y por el padecimiento.

Las enfermedades neurológicas (demencia, epilepsia, esclerosis múltiple, evento vascular cerebral, parkinson, ataxia, esclerosis lateral amiotrófica, etc.) son padecimientos crónicos que dependiendo del tipo que se trate pueden generar

serias discapacidades en las personas que las padecen, transformando sus condiciones de vida: situación económica, relaciones personales y dinámica familiar (Castro, Gómez-Dantés, Ne-grete-Sánchez y Tapia-Conyer, 1996). Esto exige atención constante de familiares o amigos que asuman su cuidado, quienes al igual que los enfermos ven afectada su vida cotidiana, pues dependiendo del caso, deben dedicar gran parte de su tiempo al acompañamiento, la atención o cuidado. De tal suerte que la enfermedad transforma no sólo sus vidas diarias, sino la manera en que perciben y reaccionan ante las situaciones que se generan a partir y por el padecimiento. El contexto descrito puede ser propicio para generar violencia en la relación cuidador-paciente (Nigenda, López-Ortega, Matarazzo y Juárez-Ramírez, 2007). Es una relación dinámica y no bidimensional, en la que la violencia no se presenta únicamente de parte del cuidador hacia el paciente, sino que es posible que el paciente violento al cuidador o que otros actores sociales (familiares, instituciones, etc.) participen en tales actos (Nadien, 2006).

El estudio de la violencia contra enfermos no ha recibido suficiente atención, sin embargo, algunas investigaciones reportan datos que consolidan la necesidad de profundizar en el tema (Navaie-Waliser, Feldman, Gould, Levine, Kuerbis y Donelan, 2002; Nigenda et al., 2007). Antecedentes del problema mencionan que hay evidencia de que algunos desórdenes neurológicos inducen cambios conductuales que se han asociado con la violencia, del mismo modo que las discapacidades que probablemente vivan los pacientes de tales desórdenes los hacen vulnerables a recibir violencia por parte de sus cuidadores o del medio que los rodea (De la Cuesta-Arzamendi, 2006; Díaz-Olavarrieta, Campbell, García de la Cadena, Paz y Villa, 1999). En un estudio piloto que

* **Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** Francisco Paz Rodríguez. Departamento de de Neuropsicología y Grupos de Apoyo. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Insurgentes Sur 3877. Col. La Fama, CP. 14269 México D. F. Correo electrónico: psic.francisco.paz@gmail.com; fpaz@innn.edu.mx

intentaba medir la prevalencia del maltrato (físico, verbal y negligencia) a personas mayores con demencias por parte de sus cuidadores se encontraron altas tasas de maltrato. El abuso verbal fue la forma más común (51%), seguido del maltrato físico (20%) y de la negligencia (4%) (Cooney, Howard y Lawlor, 2006). En ese mismo sentido, una investigación diseñada para analizar los factores de riesgo para la conducta potencialmente dañina de los cuidadores informales detectó que ésta era más probable cuando el cuidador era cónyuge de la persona cuidada, la persona cuidada necesitaba una mayor ayuda para actividades de la vida diaria y cuando el cuidador presentaba deterioro cognitivo, tenía síntomas físicos y presentaba riesgo de depresión clínica (Beach, Schulz, Williamson, Miller, Weiner y Lance, 2005).

Algunas aproximaciones han enfocado su atención a los factores que pueden provocar el abuso de los cuidadores hacia los pacientes y han señalado al *estrés* como un elemento importante para generar episodios de violencia que pueden incluir abuso ya sea por la comisión de hechos o la omisión traducida en negligencia (Pérez-Rojo; 2008). No obstante, otros estudios han señalado que, si bien el *estrés* puede ser una de las causas que generen episodios de violencia, la subjetividad de los cuidadores será el elemento más importante para que existan o no tales conductas (*National Center of Elder Abuse*, 2002).

Investigaciones que han centrado su interés en identificar las condiciones que pueden producir violencia del cuidador hacia la persona que atiende han encontrado que algunos episodios de abuso de parte de los cuidadores guardan una importante relación con los sentimientos de estos al percibir poca ayuda de sus familiares, de las redes sociales o las instituciones públicas, asimismo, reportan que ciertas conductas realizadas por la persona que atiende son percibidas por los cuidadores como elementos de mucho estrés que pueden derivar en abuso, entre las que se encuentran: las agresiones verbales, negarse a comer o tomar sus medicamentos, invadir la privacidad del cuidador, etc. (*National Center of Elder Abuse*, 2002). Recientemente se ha reconocido que las agresiones de cuidadores hacia pacientes y viceversa deben verse como un fenómeno conjunto, interrelacionado, de tal forma que la carga del cuidado no sólo afecta a los cuidadores, sino también a los pacientes. De forma más general, el familiar cuidador se ve desbordado por el cuidado de la persona, por falta de experiencia en el acompañamiento o por dificultades de su propia vida personal. El agotamiento provocado por la ayuda y cuidado prodigados, verdadera carga que compromete su propia vida social o hasta su salud, es igualmente un factor de negligencia (Ramsey-Klawnsnik, 2000). El cuidador se ve constantemente confrontado a situaciones poco valorizadoras (cuidados corporales, incontinencia) y frecuentemente traumáticas (dolores provocados por los mismos cuidados, inevitable decadencia corporal) (Giraldo, Franco, 2006).

De acuerdo a un dictamen exploratorio, emitido el 26 de octubre de 2007 por la Unión Europea, titulado "Malos tratos infligidos a las personas de edad avanzada" (Diario Ofi-

cial de la Unión Europea, 2008), se recomienda abordar el problema de los malos tratos infligidos a las personas de edad avanzada, por tratarse de un tema al que no se le ha prestado la debida atención, sigue siendo minimizado y postergado. Se menciona que quienes dependen de cuidados están particularmente expuestos, ya que los riesgos de malos tratos están en su entorno social más próximo a través de personas que conocen y con las que mantienen una relación de confianza y, posible-mente, una relación de dependencia. Durante las últimas décadas, los científicos y la realidad cotidiana han "comprobado" que se trata de un ámbito en el que existe un elevado grado de violencia (Copper, Selwood y Livigston 2008; Paveza, et. al., 1992). No obstante, los esfuerzos se han enfocado principalmente en las mujeres y niños como víctimas de malos tratos y sólo en raras ocasiones se ha dirigido la atención hacia las personas de edad avanzada o en dependencia debido a una enfermedad. O'Keeffe, et. al., (2007) en 2006, realizaron una encuesta representativa en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte en la que participaron más de 2000 personas de 66 años o más que vivían en hogares privados (incluidos los hogares semiautónomos), se reporta un 2,6% de malos tratos infligidos por familiares, amigos o cuidadores durante los últimos doce meses. Si también se tienen en cuenta los malos tratos infligidos por vecinos y conocidos, el porcentaje aumenta a un 4%. La forma más frecuente de maltrato fue la negligencia, seguida del abuso económico, los malos tratos psíquicos y físicos, y, de manera más excepcional, abusos sexuales. Para los cuidados prestados en el domicilio, los estudios disponibles estiman que el porcentaje de casos en que los beneficiarios de los cuidados son objeto de abusos se encuentra entre el 5% y 25% (Diario Oficial de la Unión Europea, 2008). En España se sabe que los cuidadores de personas mayores con dependencia reconocen tasas de maltrato, del 4,5%. Los factores que incrementan el riesgo de maltrato son el nivel de dependencia de la víctima, la edad avanzada y la presencia de síndrome de *burnout* en los cuidadores (Iborra, 2008).

Para efectos del presente artículo retomamos la definición de maltrato hacia las personas mayores propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen, 2002), que aunque no abarca todas las condiciones de los contextos de los enfermos neurológicos incluye las condiciones que son revisadas por la encuesta realizada en la presente investigación. Independientemente de la definición de maltrato o cualquier forma de violencia, es necesario considerar que su estudio requiere reconocer que es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales tal como lo plantean los modelos ecológicos.

Así, el maltrato es definido como una forma de violencia que puede cometerse tanto por acción como por omisión (también llamado descuido) y que puede ser intencional o no; puede ser de carácter físico o psíquico (incluye las agre-

siones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Debido a esto la presente investigación pretende reportar y describir el maltrato ejercido contra los pacientes neurológicos por sus cuidadores y demostrar la relación que guardan con algunas condiciones, tanto de los pacientes que son maltratados, como de los cuidadores.

En particular se analiza el tipo de maltrato ejercido y la relación del maltrato con: condiciones socioeconómicas del cuidador, el estado emocional de los cuidadores como la sobrecarga del cuidador, la depresión y ansiedad del cuidador así como el deterioro del paciente a través de un cuestionario que mide la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria del mismo.

Método

Participantes

Se realizó un estudio transversal descriptivo (Kerlinger, 2002) donde se seleccionó una muestra intencional que consistió en 155 sujetos, cuidadores de los usuarios de la consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN)¹. Se definió al cuidador como la persona que convive con el paciente y manifestó expresamente ante el investigador asumir la responsabilidad de prestación de cuidados del paciente (necesidades básicas e instrumentales) y supervisar en el domicilio su vida diaria, no siendo necesario que fuera un miembro de la familia o que viviese con él. Participó un único cuidador del paciente con enfermedad neurodegenerativa o neurológica², mayor de 14 años y que había realizado esta labor desde un periodo no menor a seis meses. El protocolo de investigación fue aprobado por la comisión de evaluación del INNN. Todos los participantes fueron informados del objeto y alcance del proyecto, se solicitó consentimiento verbal informado, asegurando la confidencialidad y el anonimato de la información brindada de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

De los 155 cuidadores se eliminaron 10 (6.4%) *por responder de forma incompleta*, y no desearon participar en el apartado de violencia 35 (22.6%) quedando un total de 110 (71.0%) encuestas. El 82% son cuidadores de pacientes con enfermedad neurodegenerativa y el 18% cuidadores de pacientes con enfermedad neurológica.

En el 96% de la muestra los cuidados de salud son prestados por la red informal de cuidados, que suele ser una mujer (83%) con un rango de edad de 16 a 78 años, con promedio de 47.7 (D.T. =15.1) años de edad, ama de casa (60%), familiar (esposa/o, madre, padre o hija/o) cercano del afectado (81%) y en el 57% de los casos los cuidados son prestados por una sola persona. Los pacientes que son atendidos por los cuidadores tienen un rango de edad de 13 a 91 años, con promedio de 50.4 (D.T. =19.1) años de edad, un nivel bajo de autonomía para actividades de la vida diaria en promedio 10.2 (D.T. =9.5 rango 0-28) y una enfermedad

neurológica desde hace una media de 5.2 años (rango de 1 a 32 años).

Instrumentos

Los datos fueron recolectados en cinco etapas. En primera instancia se recuperaron las variables sociodemográficas de cada participante que incluyeron: sexo, edad, ocupación, parentesco, situaciones relacionadas con la actividad de cuidar, etc. La siguiente etapa consistió en evaluar negligencia y maltrato de cuidadores hacia pacientes, para tal efecto se usó como definición de éste las acciones u omisiones, tendientes a provocar lesiones físicas, traumatismos psíquicos o psicológicos, perjuicios materiales y/o sociales. Se evaluó mediante preguntas del cuestionario Pillemer y Finkelhor (1988) de negligencia y maltrato al anciano, compuesto por siete reactivos dicotómicos que miden el maltrato ejercido; ¿Alguna vez ha tenido conductas agresivas en contra de su paciente?, ¿Lo ha insultado?, ¿Lo ha golpeado?, ¿Frecuentemente? ¿Se ha desesperado? ¿El exceso de trabajo y de tensión lo ha llevado a desesperarse con su paciente?, ¿Se siente culpable después? El análisis de Confiabilidad de este cuestionario fue con un puntaje *Alpha de Cronbach* de .78, indicando una alta consistencia interna y el análisis factorial arroja dos factores que se nombraron como maltrato y estrés con valores *eigen* mayores de uno, los cuales en conjunto explicaron 61.9 de la varianza. El rango de la escala fue de 0 a 6.

En la tercera etapa se evaluó el estado emocional en cuidadores a través de una batería de cuestionarios estandarizada en cuidadores por Paz-Rodríguez (2005) formada por, el Cuestionario sobre modos de Afrontamiento al Estrés de Folkman y Lazarus AE (1984) y la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit BI (1980). La salud del cuidador se midió con las respuestas que los sujetos dieron a las Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria HAS (1983). Finalmente en la cuarta y última etapa se evaluó el deterioro del paciente mediante el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria [Evaluación Funcional Multidimensional OARS] (1998).

El AE ha sido traducido a varios idiomas y estandarizado en gran parte del mundo (Lazarus, 1999). El análisis de Confiabilidad de este cuestionario muestra un puntaje *Alpha de Cronbach* de .62 en el análisis factorial de componentes principales, reporta una solución factorial compuesta por tres factores que explican el 44.5% de la varianza. El primero "*Afrontamiento Centrado en la Emoción/Apoyo Social*" describe los esfuerzos para crear resultados positivos, manifestando una sensación optimista de la tarea y búsqueda de apoyo informativo, de una red solidaria y de protección que aconseje, atienda, informe y auxilie. El segundo "*Distanciamiento Cognitivo*" se interpreta como la evasión de todo contacto con el problema y su solución, con la intención de reducir la angustia que provoca. El tercero "*Afrontamiento Dirigido al Problema*" son acciones conductuales dirigidas a confrontar activamente al problema y tener efectos positivos en el bienestar de la persona.

El BI es un instrumento que refleja sentimientos habituales en quienes cuidan a otra persona, es la versión más conocida e instrumento más utilizado para evaluar sobrecarga en cuidadores, tiene 22 reactivos y se puede obtener un puntaje de 0 a 84 (Bédard, Molly, Squire, Dubois, Lever y O'Donnell, 2001; Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998). Tiene buena confiabilidad test-retest con una correlación *Pearson* de 0.86 y un punto de corte de 63 que es indicador de estrés psicológico (O'Rourke, Tuokko, 2003; Martín et al., 1996). La estandarización encuentra tres factores que explican el 56.2% de la varianza y muestra un puntaje *Alpha de Cronbach* .826. El primero "Impacto Negativo" es el impacto subjetivo de la relación de cuidados sobre la vida de los cuidadores, se refiere a situaciones relacionadas con los efectos que la prestación de cuidados tiene en las relaciones sociales, tiempo personal, intimidad, agobio y salud del cuidador. El segundo "Sentimientos de Rechazo" se refiere a sentimientos que se producen con la relación que el cuidador mantiene con el paciente. El tercero "Falta de Competencia" refleja las creencias del cuidador de su capacidad y competencia para mantener el cuidado de su familiar.

El HAS es un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en el marco de las consultas externas y en departamentos hospitalarios no psiquiátricos. Desarrollada por Zigmond y Snaith. Es un 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, se usan los siguientes puntos de corte (0-7) normal, (8-10) dudoso y (≥ 11) rasgo clínico (Quintana, Padierna, Esteban, Aristegui, Bilbao y Ruiz, 2003). Se encontraron dos factores que explican el 50.5% de la varianza y un puntaje *Alpha de Cronbach* de .861. El primero "Depresión" puede ser interpretado como la pérdida del placer, ya que se centra en esa área (anhedonia). El segundo "Ansiedad" se interpreta como un estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanente.

El OARS se usa para medir el deterioro funcional del paciente. Mide la capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), básicas (comer, vestirse, levantarse y acostarse, andar, asearse, etc.) e instrumentales (tareas domésticas, compras, cocinar, usar el teléfono, usar medios de transporte etc. La versión utilizada incluye el uso y demanda de 14 AVD (Thomas, Rockwood y McDowell, 1998). Se encontraron dos factores que explican el 69.4% de la varianza y un puntaje *Alpha de Cronbach* de .947. El primero "Autocuidado Básico/Instrumental" puede interpretarse como actividades para su bienestar personal. El segundo "Automanejo Complejo" se refiere a actividades para el bienestar y desarrollo social.

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 17.0, con un nivel de significancia de 95%. Se realizó estadística descriptiva para cada variable estudiada y comparaciones mediante Chi cua-

drada, prueba de Fisher y Kruskal-Wallis buscando, determinar relaciones significativas entre datos sociodemográficos frente a negligencia y maltrato. Con el fin de realizar un análisis comparativo, la población estudiada fue dividida en tres categorías de acuerdo a los resultados de la escala de Pillerman y Finkelhor: cuidador maltratador, cuidador no maltratador y cuidador con estrés. Para analizar los efectos del tipo de situación del cuidador sobre afrontamiento, sobrecarga, ansiedad, depresión y actividades de la vida diaria, se realizó un análisis de la varianza mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Como se verá en el apartado de conclusiones, esta división será útil para cuestionar algunos modelos sobre el estrés que han sustentado la violencia en el ámbito de los cuidados y atención.

Resultados

Maltrato

Las características sociodemográficas y diagnósticos de la población estudiada por grupos de comparación, cuidador maltratador, cuidador no maltratador y cuidador con estrés, se muestran en la Tabla 1. La prevalencia de negligencia y maltrato reportada por los cuidadores fue de 39% (43 sujetos), siendo más frecuente el maltrato psicológico, en el 35% de la muestra, y el maltrato físico, en el 4%. A pesar de no haber diferencias significativas en algunas variables los cuidadores que maltratan a diferencia de los que no maltratan o se perciben con estrés, se encontró que son más jóvenes en edad con un promedio 46.0 (D.T. =18.7) años ($F(2,2)=1.92$; $p=.151$), y el 70% son cuidados por una sola persona ($X^2(2)=8.1$; $p=.017$), siendo el 74% cuidadores primarios que no cuentan con apoyo económico ($X^2(2)=3.0$; $p=.225$) sucediendo esta falta de apoyo también en el 77% de los pacientes atendidos ($X^2(2)=9.7$; $p=.008$), además se presenta más frecuentemente en enfermos con padecimientos neurodegenerativos, en concreto en el 72% ($X^2(2)=4.7$; $p=.094$). Algo que llama la atención es que tanto en pacientes ($X^2(2)=5.8$; $p=.055$) como en cuidadores ($X^2(2)=7.7$; $p=.021$) se encontraron diferencias significativas en la variable religión siendo la mayoría católicos (100% cuidadores no maltratadores, 84% maltratadores y 91% con estrés).

Otras características no significativas pero de interés por maltrato al paciente muestran que cuidadores de 14 a 40 años de edad (53%), casados o en unión libre (72%), de 7 a 12 años de escolaridad (44%), que tienen como actividad principal el hogar (65%) o están jubilados (14%), que han dejado un empleo por cuidar (35%) o no trabajan (63%), hace más de dos años, que son cuidadores (35%) y perciben dedicar las 24 horas del día al cuidado del paciente (77%), son más propensos a maltratar.

Tabla 1: Características Sociodemográficas de los Cuidadores y Pacientes Agrupadas por Maltrato.

Variable	Cuidador No Maltratador n=44	Cuidador Maltratador n=43	Cuidador con Estrés n=23	Muestra Total Cuidadores n=110	Paciente No Maltratado n=44	Paciente Maltratado n=43	Paciente grupo de estrés n=23	Muestra Total Pacientes n=110
Edad (x d.t.) ^A	50.3±15.3	46.1±15.3	48.3±16.4	48.3±15.5	52.2±18.1	46.0±19.2	55.2±20.0	50.4±19.1
Escolaridad (x d.t.) ^A	10.1±5.4	10.5±4.3	10.9±4.6	10.4±4.8	9.9±5.1	9.5±4.9	8.7±4.8	9.5±4.9
Sexo ^C								
Masculino	7 (15.9)	8 (18.6)	4 (17.4)	19 (17.3)	16 (36.4)	19 (44.2)	6 (26.1)	41 (37.3)
Femenino	37 (84.1)	35 (81.4)	19 (82.6)	91 (82.7)	28 (63.6)	24 (55.8)	17 (73.9)	69 (62.7)
Estado Civil ^C								
Casado/Unión Libre	30 (68.2)	31 (72.1)	15 (65.2)	76 (69.1)	23 (52.3)	25 (58.1)	14 (60.9)	62 (56.4)
Soltero	10 (22.7)	9 (20.9)	6 (26.1)	25 (22.7)	14 (31.8)	17 (39.5)	6 (26.1)	37 (33.6)
Divorciado/Viudo	4 (9.1)	3 (7.0)	2 (8.7)	9 (8.2)	7 (15.9)	1 (2.3)	3 (13.0)	11 (10.0)
Religión ^{C*}								
Católica	44 (100.0)	36 (83.7)	21 (91.3)	101 (91.8)	44 (100.0)	38 (88.4)	20 (87.0)	102 (97.2)
Otra	0 (0.0)	7 (16.3)	2 (8.7)	9 (8.2)	0 (0.0)	5 (11.6)	3 (13.0)	8 (7.3)
Recibe apoyo económico ^{B*}								
No	25 (56.8)	32 (74.4)	15 (65.2)	72 (65.5)	24 (54.5)	33 (76.7)	9 (39.1)	66 (60.0)
Si	19 (43.2)	11 (25.6)	8 (34.8)	38 (34.5)	20 (45.5)	10 (23.3)	13 (60.9)	44 (40.0)
Cuida al Paciente Solo ^{B*}								
NO	26 (59.1)	13 (30.2)	8 (34.8)	47 (42.7)				
Si	18 (40.9)	30 (69.8)	15 (65.2)	63 (57.3)				
Enfermedad ^C								
Enf. Neurodegenerativa ^D					38 (86.4)	31 (72.1)	21 (91.3)	90 (81.8)
Enf. Neurológica ^E					6 (13.6)	12 (27.9)	2 (8.7)	20 (18.2)

A Kruskal-Wallis

B Prueba Chi-cuadrada

C Prueba F-Fisher

D Ataxia 21 (19.1), esclerosis múltiple 20 (18.2), esclerosis lateral amiotrófica 18 (16.4), demencia 17 (15.5), evento vascular cerebral 9 (9.0), Parkinson 5 (4.5).

E Crisis convulsivas 6 (5.5), tumores cerebrales 9 (8.2), otros padecimientos neurológicos 5 (4.5) (esquizofrenia, neurocisticercosis, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, parálisis facial, compresión radicular).

* Significación > .05

Respecto al parentesco del victimario se reporta al esposo o esposa (42%), madre (23%), hijo o hija (19%), o hermana (14%), como los más frecuentes. Otro dato de interés es que el 47% de los cuidadores que maltratan (20 de 43) tienen alguna enfermedad actualmente: hipertensión (30%), diabetes (25%), problemas gástricos (15%), problemas de espalda (15%) y otros padecimientos (15%). En el 70% de los casos anteriores, la enfermedad apareció después de brindar cuidados (14 de 20).

Respecto a los padecimientos de los pacientes maltratados se reporta que la Ataxia, Esclerosis Múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica son los enfermos en quien más frecuen-

te está presente el maltrato (16%), seguidos por Demencia y Crisis Convulsivas (12%). En general las mujeres sufren mayor maltrato que los hombres 56% contra 44%.

Estado emocional y sobrecarga del cuidador

El análisis de la varianza mediante la prueba de Kruskal-Wallis, realizado para analizar los efectos del tipo de cuidador sobre los factores de las escalas de afrontamiento, sobrecarga, ansiedad, depresión y actividades de la vida diaria se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Medias y desviaciones estándar en cuidadores de pacientes neurológicos maltratados, con estrés *versus* no maltratados sobre estrategias de afrontamiento, sobrecarga, ansiedad y depresión.

	Muestra Total n= 110	Cuidador No Maltratador n=44	Cuidador Maltratador n=43	Cuidador con Estrés n=23	KW	p
Estrategias de afrontamiento						
Afrontamiento centrado en la emoción / Apoyo social	9.1 ± 4.2	8.8 ± 4.1	8.7 ± 4.4	10.2 ± 4.0	2.644	.267
Distanciamiento cognitivo	5.1 ± 3.4	4.8 ± 3.5	5.4 ± 3.6	5.1 ± 3.0	0.800	.670
Afrontamiento centrado en el problema	4.9 ± 2.9	4.9 ± 3.2	4.6 ± 2.8	5.3 ± 2.9	0.419	.811
Sobrecarga						
Impacto Negativo	13.0 ± 6.5	10.5 ± 5.5	14.7 ± 6.4	14.6±7.3	10.501**	.005
Sentimientos de rechazo	5.7 ± 3.1	4.5 ± 2.3	6.7 ± 3.5	6.0±3.2	10.494**	.005
Competencia y expectativas	10.3 ± 3.8	9.6 ± 4.2	11.4 ± 3.1	9.7±3.8	4.966	.084
Ansiedad	7.6 ± 5.3	6.6 ± 5.7	9.3 ± 4.6	6.4±5.2	7.656*	.022
Depresión	6.5 ± 5.3	6.0 ± 5.8	7.1 ± 5.3	6.4±4.8	1.111	.574
Escala de actividades de la vida diaria						
Actividades básicas	14.0 ± 6.3	12.6 ± 5.3	13.8 ± 6.3	17.0±7.4	7.134*	.028
Actividades instrumentales	10.2 ± 3.8	9.6 ± 4.0	9.9 ± 3.7	11.9±3.2	5.896	.052

Nota.- KW: estadístico Kruskal-Wallis, *p < .05, ** p < .01. Los valores son M ± D.T.

Al hacer la sumatoria por factor en “afrentamiento” no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de cuidadores. En “sobrecarga”, el *impacto negativo* muestra un promedio de 13.0 (D.T. =6.5) y diferencias significativas ($KW=10.501$; $p=.005$) entre los tres grupos de cuidadores. El grupo de cuidador no maltratador fue el que presentó el menor promedio con 10.5 (D.T. =5.5); el cuidador maltratador obtuvo un promedio de 14.7 (DE=6.4) y el grupo de cuidador con estrés 14.6 (D.T. =7.3). En lo referente al factor *sentimientos de rechazo* se observa un promedio de 5.7 (D.T. =3.1) con diferencias significativas ($KW=10.494$; $p=.005$); las cuales se dieron en el grupo de cuidador no maltratador que presenta el menor promedio con 4.5 (D.T. =2.3); el grupo de cuidador maltratador obtuvo un promedio de 6.7 (D.T. =3.5) y el de cuidador con estrés 6.0 (D.T. =3.2). En cuanto a la medición general de sobrecarga el 67% de los cuidadores que maltratan perciben una sobrecarga de moderada a extrema.

En la escala de “ansiedad y depresión”, al hacer la sumatoria del factor *ansiedad* se muestra un promedio de 7.6 (D.T. =5.3) y diferencias significativas ($KW=7.656$; $p=.022$), entre los tres grupos de cuidadores. El grupo de cuidador no maltratador fue quien presentó el menor promedio con 6.6 (D.T. =5.7); el grupo de cuidador con estrés 6.4 (D.T. =5.2) y el grupo de cuidador maltratador obtuvo un promedio de 9.3 (D.T. =4.6). En la escala de depresión no se encontraron diferencias significativas y un 44% de cuidadores muestra puntajes para ser considerados con depresión.

En cuanto a la escala de “actividades de la vida diaria”, el factor actividades básicas muestra un promedio de 14.0 (D.T. =6.3) y diferencias significativas ($KW=7.134$; $p=.028$) en los tres grupos de cuidadores. El grupo de cuidador no maltratador fue el que presentó el menor promedio con 12.6 (D.T. =5.3); el de maltratador obtuvo un promedio de 13.8 (DE=6.3) y el grupo de cuidador con estrés 17.0 (D.T. =7.4). Por lo que respecta al factor actividades instrumentales muestra un promedio de 10.2 (D.T. =3.8) y tendencia significativa ($KW=5.896$; $p=.052$) en los tres grupos de cuidadores. El grupo de cuidador no maltratador fue el que presentó el menor promedio con 9.6 (D.T. =4.0); el de cuidador maltratador obtuvo un promedio de 9.9 (D.T. =3.7) y el grupo de cuidador con estrés 11.9 (D.T. =3.2).

Discusión

El maltrato en enfermos neurológicos y neurodegenerativos es una realidad que hay que analizar y profundizar, el aumento en estas enfermedades es cada vez mayor y de acuerdo al crecimiento de la población en el futuro se espera una prevalencia más alta. Su desarrollo dependerá de la urgencia de atender a las víctimas de la violencia, y de la manera que se evidencie la importancia social y política de la problemática y de pugnar por generar marcos teóricos, jurídicos y políticas públicas adecuadas (Castro y Riquer 2003). Estos cambios requieren, entre otras medidas, que los servicios de salud se

especialicen y enfoquen sus esfuerzos en enfrentar y resolver las nuevas circunstancias, en otras palabras: “analizar la magnitud del proceso salud enfermedad desde la perspectiva del incremento de la prevalencia” (Castro, 2002), atendiendo y previniendo el aumento de costos por el incremento de servicios de salud altamente especializados, incluidos la tecnología que implica el cuidado. Aún cuando esto no es exclusivo de México, ya que en países industrializados es un escenario que viene refiriéndose desde hace algunos años atrás. En tales regiones los servicios de salud se han enfocado en la implementación de políticas públicas tendientes a mejorar la calidad de vida de la población, tanto de los pacientes como de sus familiares; los mecanismos financieros de las instituciones de salud pública consisten en reducir los costos hospitalarios dando de alta lo más tempranamente posible a los pacientes, transfiriendo el cuidado a la familia, para lo cual han establecido estrategias tendientes al fortalecimiento de la interfase de las instituciones hospitalarias, la comunidad y la familia; de tal forma que aunque el paciente no se encuentre institucionalizado exista una corresponsabilidad en su atención.

Nuestro país, a diferencia de los anteriores, se encuentra en una etapa de reconocimiento y aceptación del problema, de tal suerte, que hay una creciente necesidad no sólo de abordar los distintos problemas médicos y de carácter social que resultan del escenario que implican las modificaciones demográficas y epidemiológicas, sino profundizar en ellos, tomando las herramientas teóricas y metodológicas de la interdisciplina y Intradisciplina (Nigenda, *et. al.*, 2007).

Algunos autores han comparado el proceso de cuidado con una carrera de maratón (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990), y realmente este proceso largo, en algunos casos, y agotador en la mayoría de ocasiones, puede llegar a afectar no sólo al bienestar físico del cuidador, sino que también afecta a su bienestar psicológico (Navaie-Waliser, *et. al.*, 2002) pudiendo ser (en algunos casos) una fuente potencial de posible maltrato y negligencia (Anetzberger 2000). Los datos que se presentan en esta investigación muestran las situaciones que se viven al cuidar de un paciente con enfermedad neurológica o neurodegenerativa abordando la problemática del maltrato en este tipo de padecimientos de los cuales hay pocos reportes en la literatura, estos constituyen la forma de violencia intrafamiliar menos conocida y con seguridad la que más se oculta.

La constatación vale para las acciones u omisiones de cuantos intervienen en el domicilio, en quienes a menudo se produce cierta confusión entre lo rutinario y lo anormal, lo normal y lo prohibido. A pesar de existir evidencia suficiente que corrobora la existencia de la violencia contra los enfermos en el ámbito teórico, no se ha desarrollado un andamiaje conceptual que refiera las condiciones particulares en que se gesta el fenómeno, tal como se ha desarrollado en el tema el maltrato infantil, la violencia de pareja o el maltrato hacia las personas mayores. El concepto de diada de cuidador-paciente ha sido muy útil en el estudio de los modelos sobre

sistemas familiares e intervenciones en violencia familiar (Paveza, *et. al.*, 1992). Este acercamiento considera bidimensionalmente el fenómeno de la violencia en el contexto referido y abordar la problemática desde la condición del cuidador y del enfermo, ambos como sujetos probables de agresión (como víctimas y agresores) ya sea entre ellos mismos o del medio que les rodea. Aunque en el presente estudio sólo evaluamos a los cuidadores es necesario en posteriores aproximaciones analizar a los dos actores para dar un panorama más completo.

Conclusiones

En base a los análisis se encuentra como déficit más significativos en los cuidadores las siguientes características: "percepción de falta de habilidades para el cuidado; escaso conocimiento de las etapas evolutivas de la enfermedad; y expectativas distorsionadas de las capacidades del enfermo; escasa comprensión de las formas adecuadas de manifestación del afecto; pobres habilidades en el manejo de conflictos y conocimiento insuficiente" (Moreno-Manso, 2006), afectando la autoestima del cuidador y generando frustración ante la enfermedad. Donde se involucran; la escasa capacidad de empatía, ansiedad y depresión del cuidador, dificultad para controlar impulsos y para expresar y reconocer emociones, así como la ausencia de recursos económicos, asociados a una inestabilidad del comportamiento positivo de parte del paciente.

Estos datos son similares a lo reportado por Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Nuevo (2008), donde señalan que el riesgo de maltrato hacia una persona mayor con demencia por parte del cuidador aumenta a medida que la calidad de la relación actual empeora, siendo el resultado de la combinación entre características de la persona cuidada, el cuidador y el contexto de la situación. Se sabe que los pensamientos negativos auto-máticos que los cuidadores mantienen acerca del cuidado estarán asociados con su nivel de depresión y de otras emociones negativas, que pueden llevar al cuidador a comportarse de manera inadecuada ante las exigencias del cuidado (Losada, Montorio, Knight, Márquez, y Izal; 2006). Cabe mencionar que en ocasiones se ejerce el poder y la autoridad sobre las personas cuidadas y no se quiere ceder el control o aceptar la responsabilidad de estas acciones (Ramsey-Klawnsnik, 2000). Si bien consideramos a la violencia y a la agresión como actos o conductas del individuo, suponemos, también, que son medios o mecanismos de expresión de percepciones, necesidades, deseos, afectos y sentimientos que quizá no pueden ser verbalizados y actuados por vías que no dañen a otro e incluso al propio agresor (Castro y Riquer, 2003).

Aunadas a las condiciones subjetivas del cuidado, están presentes los efectos en las personas (sobre todo en la población femenina que en general realiza trabajos de media jornada, con escasos o nulos derechos) y un aumento de enfermedades neurológicas en una población cada vez más longeva, en la que prevalece una importante carencia de re-

ursos económicos, que afectan el ingreso familiar, por la pérdida del empleo remunerado y la tendencia hacia la exigencia de prestación de cuidados, el costo de los medicamentos, y la necesidad de otros servicios médicos. Un sistema de salud poco preparado para atender padecimientos crónicos, debido a las enfermedades que en su mayoría suelen ser desastrosas (*Neurological disorders: public health challenges*, 2006).

Creemos que los datos son lo suficientemente importantes como para alertar acerca de un problema de salud infravalorado, donde las mujeres son quienes asumen la responsabilidad principal de la atención, desempeñando un papel fundamental para mantener la salud del enfermo. La complicación en las actividades diarias del cuidado a estos pacientes puede generar maltrato emocional o negligencia en la vigilancia que requieren; sin embargo esto es algo que difícilmente se reconocerá y que sólo valorándolo de forma indirecta se podrán explorar estos problemas.

De tal manera, las instituciones deben prestar especial atención a construir modelos que vinculen a la comunidad, las instituciones y los cuidadores para que la carga de este tipo de padecimientos no recaiga únicamente en la familia y se exacerbén las inequidades que existen hoy en día en la diada cuidador-paciente. Las propuestas actuales se enfocan en representar el sistema institucional y trabajar en un nivel general la descripción de la respuesta social organizada en el hogar y la comunidad, pero no se ocupan de detallar la oferta de servicios no institucionales, los cuales brindan el soporte a este tipo de problemas.

Cabe mencionar que para poder realizar este trabajo interfirió el que existen pocos estudios respecto al tema. El realizar una encuesta autoaplicada limita el estudio, por lo que sólo podremos hablar de sospecha de maltrato. A pesar de que la prevalencia de maltrato es similar a otros estudios del tema (Díaz Olavarrieta y Sotelo, 2002; Ruiz, Altet, Porta, Duaso, Coma y Requesens, 2001), donde las personas más susceptibles de maltrato son quienes presentan discapacidad grave. Asimismo, se puede apreciar de manera más importante la presencia femenina como cuidadoras, coincidiendo con la encuesta del uso del tiempo donde se revela que las mujeres se dedican al cuidado de enfermos, en muchos casos se ocupan del cuidado contando con muy poca o nula ayuda de otra persona (Nigenda *et. al.*, 2007).

Respecto al estrés, es importante apuntar que de acuerdo a los resultados del estudio no necesariamente los participantes que maltratan a sus pacientes están estresados y tampoco es contundente que todos los cuidadores estresados recurran al maltrato para desahogar su frustración o como una reacción ante la sobrecarga. Este punto es muy importante porque algunas agencias u organizaciones dedicadas principalmente a la defensa contra la violencia doméstica, han sugerido que el factor más importante en el maltrato contra ancianos y contra enfermos es el estrés, producto de la sobrecarga que produce el cuidado, sin considerar que posiblemente existan otros motivos que los llevan al ejercicio de la violencia, específicamente las dinámicas de control y poder

(Brandl, 2002). La atención limitada a otros factores además del estrés puede traer como consecuencia que el agresor encuentre una justificación moral de sus actos y que la víctima sienta menos posibilidades de denunciar la agresión, de tal suerte que la violencia se convierta en un método aceptable de desahogo, aunque no tenga relación alguna con el exceso de carga u otro factor relacionado con el cuidado. En consecuencia, las víctimas siguen conviviendo con el agresor y al carecer de apoyo social y familiar puede presentar una mayor gravedad psicopatológica (Amor, Echeburúa, Paz de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002).

Lo que ha quedado claro es la necesidad de realizar una investigación mucho más profunda, considerando que la violencia es un fenómeno multifactorial, es necesario construir un marco que sustentante el desarrollo de investigaciones más controladas y dirigidas. El ejercicio de reflexión que aquí pre-sentamos es un esfuerzo limitado, pero evidencia que el con-texto de las enfermedades crónicas degenerativas puede ser propicio para la existencia de violencia, tal como se ha visto en otras experiencia donde puede prevalecer dinámicas de dependencia y poder (violencia familiar, en el noviazgo, etc.), las complicaciones que presentan los padecimientos (enfermedades neuropsiquiátricas asociadas, el deterioro familiar, económico y social, la duración y dependencia que se generan por el tipo de padecimiento, etc.) son un reto que no deben minar la intención de abundar en las investigaciones. Es un espacio rico en análisis social, justamente por la variedad de factores asociados. Para empezar a trabajar en la violencia en la relación cuidador-paciente, debe incluirse en las agendas de las instituciones académicas y asistencia como un problema de salud pública que si no es

atendido a largo plazo, promete un enorme costo económico y humano.

Agradecimientos.- Este trabajo ha sido posible gracias a una ayuda para la investigación concedida por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México en los Fondos Sectoriales CONACYT-SALUD (SALUD2-2003-C01-35/A1).

Notas

1. Esta investigación se llevó a cabo en forma paralela al proyecto SALUD-2003-C01-35/A1 donde se propuso analizar las “características y necesidades del cuidador primario en enfermedades neurodegenerativas”, para lo cual se aplicó una encuesta a cuidadores de pacientes con el fin de detectar las consecuencias de brindar cuidado. Dentro de esta investigación. Los datos recabados arrojaron información sobre el maltrato infligido por cuidadores a pacientes. Los primeros resultados del proyecto se incluyeron en documentos ya publicados (Paz-Rodríguez 2005; Paz-Rodríguez, Andrade-Palos y Llanos-Del Pilar, 2005), donde quedaron expresados los objetivos del estudio y están dedicados a dimensionar cualitativa y cuantitativamente diversos aspectos del problema del cuidado a pacientes con padecimientos neurodegenerativos. La información de esos documentos complementa la que aquí se presenta y, en ciertos casos, señala magnitudes en algunas etapas de los procesos descritos. Actualmente se realizan trabajos con análisis más específicos, que se publicarán en breve; mientras tanto, el lector interesado podrá recurrir a los documentos publicados en 2005.

2. Para efectos de la investigación consideramos que la diferencia principal de las enfermedades neurodegenerativas y las neurológicas, es que las primeras tienen como atributo común el curso progresivo, situación que no necesariamente se presentan en las segundas. En la clasificación de las llamadas “enfermedades neurodegenerativas” incluimos: ataxia, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, evento vascular cerebral, demencia y parkinson. En la segunda categoría, denominada “enfermedades neurológicas” consideramos: crisis convulsivas, tumores cerebrales esquizofrenia, neurocisticercosis, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, parálisis facial, y compresión radicular.

Referencias

- Amor, P.J., Echeburúa, E., Paz de Corral, Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse. *Generations*, 24(2), 46-51.
- Beach, S.R., Schulz, R., Williamson, G.M., Miller, L.S., Weiner, M.F. y Lance, C.E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 255-261.
- Bédard, M., Molly, W., Squire, L., Dubois, B.A., Lever, A.J. y O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist*, 41, 652-657.
- Brandl, B. (2002). Power and control: understanding domestic abuse in later life. *Generations*, 24, 39-45.
- Castro, V., Gómez-Dantés, H., Negrete-Sánchez, J. y Tapia-Conyer R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública de México*, 38, 438-447.
- Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, R. y Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 135-146
- Cooney, C., Howard, R. y Lawlor B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those most at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564-571.
- Copper, C., Selwood, A., y Livigston, G. (2008). The prevalence of elder and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37, 151-160.
- De la Cuesta-Arzamendi, J.L. (2006). El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. *Instituto Vasco de Criminología. Hurkoa Fundazioa*, 7-213.
- Diario Oficial de la Unión Europea. (2008). *Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema: Malos tratos infligidos a las personas de edad avanzada*. (2008/C 44/24). C44: 109-114. URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:044:0109:0114:ES:PDF>. Fecha última consulta: 12.9.2008.
- Díaz-Olavarrieta, C., Campbell, J., García de la Cadena, C., Paz, F. y Antonio, R.V. (1999). Domestic Violence against patients with chronic neurological disorders. *Archives of Neurology*, 56, 681-685.
- Díaz-Olavarrieta, C. y Sotelo, J. (1996). Domestic violence in Mexico. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1937-1941.
- Giraldo, M.C. y Franco, A.G. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichán*, 6 (1), 38-53.
- Iborra, M.I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, 45, 49-57.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: 4ª Ed. Mc Graw Hill Interamericana.
- Losada, A., Montorio, I., Knight, B.G., Márquez, M. y Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: the role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual*, 14(1), 115-128.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. y Taussig M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga

- del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Gerontología*, 6, 338-346.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.
- Moreno-Manso, JM. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11, 271-292.
- Nadien, M. (2006). Factors that influence abusive interactions between Aging Women and their Caregivers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 158-169.
- National Center of Elder Abuse. (2002). *Preventing Elder Abuse by Family Caregivers*. Instituted on Aging, San Francisco California. NCEA.
- Navaie-Waliser, M., Feldman, PH., Gould, AD., Levine, C., Kuerbis, AN. y Donelan, K. (2002). When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health*, 92, 409-13.
- Neurological disorders: public health challenges, World Health Organization, Zwitterland. (2006). URL: http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf. Fecha última consulta: 16/10/07
- Nigenda, G., López-Ortega, M., Matarazzo, C. y Juárez-Ramírez, C. (2007). La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 49, 286-94.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas.
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreddie, C., Scholes, S., Con-stantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. y Erens, B. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People. Prevalence Survey Report*. London, National Centre for Social Research and King's College London.
- O'Rourke, N. y Tuokko, H. (2003). Psychometric proprieties of an Abridged version of the Zarit burden interview within a representative Canadian caregiver sample. *Gerontologist*, 43, 121-127.
- Paveza, GJ., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, JW., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. y Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *Gerontologist*, 32(4), 493-497.
- Paz-Rodríguez, F., Andrade-Palos, P. y Llanos-Del Pilar, AM. (2005). Consecuencias emocionales del cuidado de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. *Revista de Neurología*, 8, 459-464.
- Paz-Rodríguez, F. (2005). *Características y necesidades del cuidador primario en enfermedades neurodegenerativas. Diseño y evaluación de un programa de intervención*. México: Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. y Skaff, MM. (1990) Caregiving and stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pérez Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Nuevo, R. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 1, 105-117.
- Pérez-Rojo, G. (2008) Factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario. *Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, 43, 19-31
- Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.
- Quintana, JM, Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221.
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). Elder-abuse offenders: A typology. *Generations*, 24(2), 17-22.
- Ruiz-Sanmartín, A., Altet-Torner, J., Porta-Martí, N., Duaso-Izquierdo, P., Coma-Solé, M. y Requesens-Torrellas, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27, 331-4.
- Thomas, VS., Rockwood, K. y McDowell, I. (1998). Multidimensionality in instrumental and basic activities of daily living. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 315-21.
- Zarit, SH., Reeve, KE. y Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zigmond, AS. y Snaith, RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

(Artículo recibido: 2-3-2009; aceptado: 9-8-2010)