

# FACTORES DE RIESGO, SEVERIDAD Y BIDIRECCIONALIDAD DE VIOLENCIA EN DÍADAS (CUIDADOR-PACIENTE) EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

María Alejandra Sánchez Guzmán\*  
y Francisco Paz Rodríguez\*\*

## Resumen

Se determinaron los principales factores de riesgo para severidad y direccionalidad de violencia en una muestra de 49 díadas de Enfermedad de Parkinson (EP). Se recopiló información demográfica, del contexto del cuidado y violencia, se dividió por severidad y bidireccionalidad. Por severidad los cuidadores reportan un 48,3% violencia y 10,3% violencia severa; Los pacientes 37,5% violencia y 12,5% violencia severa, el 77,6% de díadas reporta violencia mutua. Los factores de riesgo asociados a severidad y direccionalidad son: Sobrecarga, violencia económica, control sobre la persona y hostilidad. Los datos reportados son los primeros en su tipo. Los riesgos coinciden con la literatura sobre díadas, siendo situaciones que deben valorarse rutinariamente, ya que pueden agudizar las conductas violentas.

**Palabras clave:** violencia, severidad, bidireccionalidad, enfermedad de Parkinson, factores de riesgo.

**Key words:** Risk factors, severity, and bi-directionality of violence in dyads (caregiver-patient) of Parkinson's disease.

## Introducción

El maltrato a los ancianos fue identificado hace varias décadas, sin embargo la transición epidemiológica ha hecho que este campo de estudio, hasta ahora poco investigado, tome una dimensión demográfica innegable. Junto al envejecimiento, las enfermedades crónicas son una característica que define las relaciones en esta etapa de la vida. Estudios con poblaciones hospitalarias que abordan el tema se centran en la violencia uni-direccional y describen los factores de riesgo que participan o exacerban la misma. (Díaz-Olavarrieta, Campbell, García, Paz y Villa, 1999; Paz y Sánchez, 2011; Rosen, 2006).

Los aspectos relacionados con la conceptualización e intervención de la violencia están en desarrollo (Touza, García, Prado, Royo y Segura, 2002). Específicamente respecto a la definición del maltrato, Stones (1995) señala tres tipos de definiciones en

la literatura: connotativas (enfatan las consecuencias del maltrato), basadas en criterios estructurales (señalan los criterios que deben considerarse para determinar si un comportamiento es maltrato) y denotativas (listas descriptivas e indicadores).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la violencia como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La reconoce como un problema de salud y considera además del maltrato físico: el psicológico y la negligencia (Tjaden, 2005).

Generalmente se parte de tres posturas sobre el maltrato hacia personas adultas o enfermos: a) La violencia es producto, únicamente, del estrés (sobrecarga) que genera el cuidado (Martin, Peter-Wight, Braun, Hornung y Scholz, 2009); b) El maltrato, es abordado como un fenómeno independiente, únicamente hacia el paciente o el anciano pues éste se encuentra en condiciones de vulnerabilidad. (Paveza, Cohen, Eisdorfer, Freels, Semla, Ashford y cols., 1992); c) Las mujeres son quienes principal-

\* María Alejandra Sánchez Guzmán

\*\* Francisco Paz Rodríguez, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Col La Fama, México D.F.

E-Mail: psic.francisco.paz@gmail.com; fpaz@innn.edu.mx

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 169-178

© 2013 Fundación AIGLÉ.

mente sufren el maltrato y es de parte de varones (Bell y Naugle, 2008).

Existe disparidad en la prevalencia de violencia reportada en la literatura internacional 17,4% (Paveza y cols., 1992) a 48,1% (Cooper, Selwood y Livigston, 2008), esto puede deberse a que se concede el mismo peso a la violencia ocasional y a la crónica. Por ello es necesario operacionalizar la violencia de forma tal 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 (Castro, 2004).

#### *Enfermedad de Parkinson (EP): crónica y degenerativa*

Las enfermedades crónicas son experiencias vitales que reestructuran la vida cotidiana de los pacientes y personas a su alrededor. Dependiendo de la severidad y discapacidad que generen pueden constituir un contexto propicio para los conflictos que deriven en maltrato. Se ha demostrado que las enfermedades neurodegenerativas pueden favorecer la violencia doméstica (Díaz-Olavarrieta y cols., 1999; Paz y Sánchez, 2011). En dñadas (paciente-cuidador), la Demencia es donde se tienen datos reportados, pero no es el único padecimiento donde se puede presentar este problema. La EP encuadra en este tipo de patología, afecta 2% de la población general y en nuestro país se manifiesta en 50 de 100.000 habitantes, siendo más frecuente en varones (Mena, 2009). Además se ha demostrado que la severidad, específicamente la dificultad del andar, las fluctuaciones motoras y la incontinencia urinaria son estresores importantes en las relaciones maritales y familiares (TANJI, Anderson, Gruber-Baldini, Fishman, Reich, y cols., 2008), al igual que los síntomas psiquiátricos como la depresión (de pacientes y cuidadores), la tensión y estrés entre los cuidadores.

#### *Estudio en Dñadas*

El estudio en dñadas ha servido para conocer las características y percepciones de cada miembro de forma independiente y cómo esto podría derivar en maltrato o negligencia (Fulmer, Paveza, VandeWeerd, Fairchild, Guadagno, y cols., 2005). Se parte del concepto de que un par de personas en una situación de interacción pueden ejercer y recibir violencia (Paveza y cols., 1992). Se ha reportado que a mayor conflicto en una dñada, mayor prevalencia de violencia existe (Cacerez, 2007).

#### *Factores de Riesgo (FR)*

Identificar los FR que aumentan la ocurrencia de maltrato permitirá diseñar intervenciones más eficaces. Los FR 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 (Paz y Sánchez, 2011). Actualmente los FR se centran fundamentalmente en aspectos individuales de la víctima, del maltratador o de su interacción, sin embargo los FR socioculturales y económicos comienzan a ser estudiados (Touza y cols., 2002).

De acuerdo al tipo de investigación es como se han identificado los FR asociados. Por ejemplo; Paveza y cols., (1992) en 184 pacientes con Demencia y sus cuidadores encontraron 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 y cols., (2005) mediante un modelo de riesgo y vulnerabilidad, establecieron predictores de negligencia hacia el adulto. Para el riesgo: estado funcional del cuidador, maltrato infantil, y rasgos de personalidad. Vulnerabilidad: estado cognitivo de los ancianos, estado funcional, depresión, apoyo social, maltrato infantil, y rasgos de la personalidad, resultaron predictores significativos. Pérez-Rojo y cols., (2009) 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) en un estudio longitudinal, probaron la hipótesis de que el aumento de la ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con Demencia conlleva un aumento de conductas violentas.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es determinar los FR significativos para la severidad y direccionalidad de violencia en dñadas de EP. La pregunta que guió la investigación fue las siguiente: ¿Hay diferencias en cuanto a severidad y/o direccionalidad de violencia entre pacientes y cuidadores, en términos de sus características demográficas, de estado funcional, depresión y ansiedad, sobrecarga, calidad de vida, estado cognitivo, apoyo social, percepción de control y hostilidad, violencia económica, y maltrato en la infancia?

## **Método**

Estudio ex post facto mediante encuestas (Montero y León, 2007), 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 selec-

cionaron díadas de paciente-cuidador de EP y mediante entrevista cara a cara se recogieron diversas variables con el fin de recabar datos para conocer las características de severidad y direccionalidad de violencia en la díada.

### *Participantes*

En total, 49 de 73 (67%) encuestados elegibles formaron la muestra de díadas. El 33% (24) no elegible son pacientes y cuidadores que no conformaron una díada, es decir sólo una persona participó, de estos 14 son pacientes y 10 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 Mujeres (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. (Valdez-Santiago, Híjar-Medina, Salgado de Snyder, Rivera-Rivera, Ávila-Burgos y Rojas, 2006).

Short Portable Mental Status Questionnaire -Test de Pfeiffer-, (1975). Es un test de screening de deterioro cognitivo. Es útil en personas de edad avanzada y analfabetas. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,82 y 0,85. Consta de 10 ítems que hacen referencia a cuestiones generales o personales. Se interpreta contabilizando los errores en los 10 ítems del test. De 0 a 2 se considera normal; de 3 a 4 deterioro intelectual leve; de 5 a 7 moderado y de 8 a 10, severo. El punto de corte para demencia se establece en 5 errores. La sensibilidad, varía del 68 al 82 % y la especificidad del 92 al 96%. (Martínez-Martín,

Fernández-Mayoralas, Frades-Payo, Rojo-Pérez, Pettidier, Rodríguez- Rodríguez y cols., 2009).

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 ítems 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 [IC]: 0,98 a 0,99), (Higginson, Gao, Jackson, Murray y Harding, 2010).

La Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (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. (Paz-Rodríguez, 2010).

Escala de Calidad de Vida (GHQ-12). Consta de 12 ítems, 6 positivos y 6 negativos. En población Mexicana presenta un alfa de Cronbach de 0,82 (Carraveo, 1998). Los resultados de validación del GHQ-12 realizada en 15 países del mundo son buenos, con resultados de curva ROC que varían entre 0,83 y 0,85. Es una de las escalas auto-administradas más utilizadas para detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general. (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011)

Cuestionario de Apoyo Social Percibido (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. (Calvo y Ruíz, 2006)

Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (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 reproductividad inter e intraobservador alto en población de habla hispana (0,94) (Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Mejjide-Míguez, 2011).

Se elaboró ad hoc para la investigación el Índice de Percepción de Control y Hostilidad (IPCH). Siguiendo las recomendaciones de Moreno, Martínez y Muñoz (2004). 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 10 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 aislan 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 Clínica de Movimientos Anormales del INNN. Los criterios de selección fueron: díadas de paciente-cuidador que acudieran a consulta y tener diagnóstico de EP, 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 mayor de 16 años, por cada paciente con EP, que hubiera estado 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 a 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 a la metodología de la ENVIM (Valdez y cols., 2006) por ello se reporta la prevalencia de violencia por severidad, tanto para paciente como para cuidador. Se realizó una varian-

te 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 a la metodología de la EMVIM no alcanzaban un puntaje para ser considerado "caso de violencia". Castro (2004) 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. Además se creó la categoría direccionalidad de la violencia de acuerdo a la orientación que presenta dentro de la estructura de la díada (a cuidador, a paciente y mutua).

#### *Análisis estadístico*

Se determinó la relación de la violencia con los FR 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  $\chi^2$  cuadrada 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 aplicó una prueba de contraste no paramétrica análoga (H de Kruskal-Wallis).

## **Resultados**

#### *Características Demográficas*

Las díadas y no díadas no mostraron diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ) en las variables demográficas, del contexto de la situación de cuidar y violencia. La muestra intencional seleccionada de 49 díadas de paciente-cuidador usuarios de la consulta externa, mostró las siguientes características. El 40% de pacientes son mujeres, 65% estaban casados o en unión libre y presentaron una edad media de 60,7 años (DT = 10,9). En cuanto al cuidador el 82% son mujeres, 71% casadas o en unión libre y con una edad media de 50,0 años (DT = 15,7); brindan cuidados en promedio desde hace 6,6 años (DT = 4,0), 31% lo realizan por más de 8 horas diarias y tenían una media de 10,6 años (DT = 4,1) de escola-

ridad. La relación que mantenían en la díada era de esposo/a o pareja en el 41% de los casos, en el 37% era el padre o la madre, en el 10% los hermanos, en el 6% eran los hijos y 6% mantenían entre ambos otro grado de parentesco. En cuanto a la relación de sexo que forma la díada encontramos que: el 35% son mujeres que cuidan de mujeres, 47% mujeres que cuidan a hombres, 14% hombres que cuidan a mujeres y 4% hombres que cuidan de hombres.

#### Caracterización de la Violencia

Los cuidadores reportan 59,2% (29) de prevalencia de violencia. Por severidad: el 41,4% (12) se encuentra en riesgo de violencia. El 48,3% (14) sufre violencia y 10,3% (3) reporta violencia severa. En los pacientes existe 65,3% (32) de prevalencia de violencia. Por severidad: 50,0% (16) se encuentra en riesgo de violencia. 37,5% (12) sufre violencia y 12,5% (4) reporta violencia severa. En cuanto a la dirección que presenta dentro de la díada, se reporta un 77,6% (38) de prevalencia donde: 23,7 % (9)

reporta violencia al paciente. El 15,8% (6) violencia al cuidador y, 60,5% (23) violencia mutua.

#### Severidad y Direccionalidad

En la tabla 1 y 2 se reportan las diferencias entre severidad y bidireccionalidad de la violencia con variables sociodemográficas. Para severidad: la escolaridad del paciente, estar pensionado, las horas que dediquen a cuidar y el ingreso del cuidador, mostraron significancia estadística. Mientras que para la direccionalidad: el tiempo de evolución de la enfermedad, las horas que dediquen a cuidarlo y el ingreso del cuidador resultaron estadísticamente significativos.

#### Factores de Riesgo

En lo referente a los FR reportados en la literatura, en la tabla 3 y 4, se muestran las variables asociadas a la severidad. Para cuidadores son significativas: sobrecarga, violencia económica, control sobre su persona y conducta agresiva del paciente.

**Tabla 1. Variables demográficas por severidad de violencia de acuerdo a la ENVIM en díadas de Enfermedad de Parkinson**

	SIN VIOLENCIA	EN RIESGO	VIOLENCIA	VIOLENCIA SEVERA	F <sup>a</sup>	VALOR p
Paciente	n=17	n=16	n=12	n=4		
Escolaridad					14,02	0,029
0-9 años	13 (76,5)	10 (62,5)	5 (41,7)	3 (75,0)		
10 a 12 años	3 (17,6)	3 (18,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		
13 años o mas	1 (5,9)	3 (18,8)	7 (58,3)	1 (25,0)		
Cuidador	n=20	n=12	n=14	n=3		
Pensionado					8,366	0,039
Sí	6 (30,0)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		
No	14 (70,0)	10 (83,3)	14 (100,0)	3 (100,0)		
Horas de Cuidado					12,630	0,049
-de 4 horas	9 (45,0)	5 (41,7)	4 (28,6)	1 (33,3)		
4 a 8 horas	9 (45,0)	4 (33,3)	2 (14,3)	0 (0,0)		
+ de 8 horas	2 (10,0)	3 (25,0)	8 (57,1)	2 (66,7)		
Ingreso					25,652	0,012
Ninguno	10 (50,0)	7 (58,3)	5 (35,7)	0 (0,0)		
Irregular <sup>c</sup>	0 (0,0)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Menos de \$225 USD	2 (10,0)	2 (16,7)	6 (42,9)	3 (100,0)		
De \$226 a \$370 USD	7 (35,0)	1 (8,3)	1 (7,1)	0 (0,0)		
Mas de \$371 USD	1 (5,0)	0 (0,0)	2 (14,3)	0 (0,0)		

Nota. <sup>a</sup>Test Fisher. Sólo se muestran los resultados estadísticamente significativos. <sup>b</sup>Datos obtenidos mediante las repuestas de la ENVIM (Encuesta Nacional sobre Violencia en México) 2006. <sup>c</sup>No gana un sueldo fijo. <sup>d</sup>Un trabajador gana en promedio en México cerca de \$91 USD al mes.

**Tabla 2. Variables demográficas por bidireccionalidad de violencia de acuerdo a la ENVIM en díadas de Enfermedad de Parkinson**

	SIN VIOLENCIA <sup>b</sup>	VIOLENCIA A CUIDADOR <sup>b</sup>	VIOLENCIA A PACIENTE <sup>b</sup>	VIOLENCIA MUTUA <sup>b</sup>	F <sup>a</sup>	VALOR p
	n=11	n=6	n=9	n=23		
Cuidador						
Tiempo de Cuidado					14,794	0,022
1-5 años	6 (54,5)	4 (66,7)	6 (66,7)	5 (21,7)		
6-10 años	5 (45,5)	2 (33,3)	1 (11,1)	14 (60,9)		
Mas de 10 años	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	4 (17,4)		
Horas de Cuidado					13,131	0,041
-de 4 horas	6 (54,5)	2 (33,3)	3 (33,3)	8 (34,8)		
4 a 8 horas	4 (36,4)	3 (50,0)	5 (55,6)	3 (13,0)		
+ de 8 horas	1 (9,1)	1 (16,7)	1 (11,1)	12 (52,2)		
Ingreso <sup>d</sup>					25,309	0,013
Ninguno	6 (54,5)	3 (50,0)	4 (44,4)	9 (39,1)		
Irregular <sup>c</sup>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,7)		
Menos de \$225 USD	2 (18,2)	1 (16,7)	0 (0,0)	10 (43,5)		
De \$226 a \$370 USD	3 (27,3)	2 (33,3)	4 (44,4)	0 (0,0)		
Mas de \$371 USD	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	2 (8,7)		

Nota. <sup>a</sup>Test Fisher. Sólo se muestran los resultados estadísticamente significativos. <sup>b</sup>Datos obtenidos mediante las repuestas de la ENVIM (Encuesta Nacional sobre Violencia en México) 2006. <sup>c</sup>No gana un sueldo fijo. <sup>d</sup>Un trabajador gana en promedio en México cerca de \$91 USD al mes.

En pacientes: depresión y ansiedad, deterioro en actividades de la vida diaria, violencia económica, control sobre su persona, hostilidad y falta de apoyo del cuidador.

Para la bidireccionalidad, la tabla 5 muestra las variables asociadas. En cuidadores fueron significativas: sobrecarga, violencia económica y control sobre su persona. En el paciente: violencia económica y hostilidad del cuidador.

## Discusión

La presente investigación es pionera en reportar datos referentes a la prevalencia, severidad, bidireccionalidad (ejercicio-recepción) y factores de riesgo del maltrato en el contexto de la EP. Encontramos violencia en pacientes y en cuidadores, no obstante, los primeros sufren mayor violencia severa. Además el 60,5% de la violencia reportada es mutua. Esto implica que se acepta que se recibe y ejerce maltrato en la díada. De acuerdo con el Informe Mundial de Violencia (2002) en Estados Unidos los ingresos no fueron significativos en el maltrato hacia ancianos, sin embargo, los problemas económicos de los agresores fueron un factor de riesgo importante. En esta investigación las variables sociodemográficas: escolaridad del paciente, estar pensionado, tiem-

po de evolución de la enfermedad, horas dedicadas a cuidar y bajos ingresos, fueron significativos ya sea para la severidad y/o direccionalidad de la violencia. Esto sugiere que una parte importante de nuestros entrevistados viven en condiciones desfavorables, en parte por la inestabilidad laboral y las condiciones precarias en el empleo o la falta de éste, impidiéndoles cubrir necesidades básicas y mínimas para el desarrollo humano. Aislándolos de las fuentes de información, oportunidades y estímulo, adecuadas a su situación actual. A esto habrá que agregar los altos costos que se generan en la atención de un padecimiento neurológico y los problemas asociados como: mayor necesidad de asistencia sanitaria (tanto por el padecimiento como por la violencia sufrida), depresión y ansiedad.

En lo referente a los factores de riesgo se reportan resultados similares a los encontrados en varias investigaciones (Paveza y cols., 1992; Fulmer y cols., 2005; Pérez-Rojo y cols., 2009; Cooper y cols., 2010), mostrándose como una variable que discrimina para la severidad y bidireccionalidad de la violencia a la sobrecarga. Así mismo se pudo observar que el control percibido y la conducta hostil o agresiva (paciente/cuidador), así como el maltrato económico (ejercicio del control a través del dinero) pueden considerarse factores de riesgo y que se encuentran asociados a la severidad y bidireccionalidad de la

Tabla 3. Factores de riesgo detectados por severidad de violencia en Enfermedad de Parkinson

PACIENTES		M	DT	RANGO PROMEDIO	X <sup>2</sup>	P
Depresión	SV	7,18	4,75	23,85	11,18	0,011*
	RV	4,88	4,40	17,38		
	V	10,50	5,49	32,67		
	VS	12,00	4,16	37,38		
Ansiedad	SV	7,35	4,49	22,94	9,06	0,028*
	RV	6,06	3,84	18,91		
	V	10,33	4,66	32,04		
	VS	12,50	3,70	37,00		
Calidad de vida	SV	8,94	1,88	25,38	6,92	0,075
	RV	9,50	2,53	31,19		
	V	7,42	3,37	19,63		
	VS	7,00	2,16	14,75		
Actividades de la vida diaria	SV	6,35	1,54	30,68	9,84	0,020*
	RV	5,81	1,97	27,19		
	V	5,00	1,35	19,00		
	VS	3,00	2,58	10,13		
Violencia económica	SV	8,00	0,00	19,50	25,99	0,001**
	RV	8,19	0,54	22,25		
	V	8,75	1,06	29,00		
	VS	14,50	3,42	47,38		
Control sobre su persona	SV	3,59	2,18	21,44	16,72	0,001**
	RV	3,06	0,25	18,22		
	V	4,75	2,01	36,92		
	VS	6,00	2,94	27,50		
Hostilidad del cuidador	SV	3,29	0,99	17,82	19,71	0,001**
	RV	3,56	0,96	21,44		
	V	5,25	1,71	34,79		
	VS	5,75	0,96	40,38		
Falta de Apoyo	SV	5,18	1,74	22,38	14,22	0,003*
	RV	4,69	1,25	18,22		
	V	7,50	2,47	36,92		
	VS	5,75	2,22	27,50		

Nota. SV = sin violencia; RV = riesgo de violencia; V = violencia; VS = violencia severa.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

violencia (Castro, 2004; Freysteinson, 2010). Aunque estos dos factores no han sido medidos con frecuencia en escalas de maltrato, hay evidencia que la violencia económica puede ser antecedente de la física (Castro, 2004), 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 4. Factores de riesgo detectados por severidad de violencia en Enfermedad de Parkinson

CUIDADORES		M	DT	RANGO PROMEDIO	X <sup>2</sup>	P
Sobrecarga	SV	6,40	4,81	19,30	10,07	0,018*
	RV	7,92	6,56	22,88		
	V	14,36	9,72	34,79		
	VS	8,33	6,03	25,83		
Violencia económica	SV	8,00	0,00	21,00	18,91	0,001**
	RV	8,00	0,00	21,00		
	V	9,00	1,47	31,29		
	VS	10,33	2,08	38,33		
Control sobre su persona	SV	2,05	0,22	20,05	17,51	0,001**
	RV	2,33	0,89	23,04		
	V	2,86	1,17	29,43		
	VS	5,33	2,52	45,17		
Conducta agresiva del paciente	SV	3,00	0,00	21,50	11,92	0,008*
	RV	3,08	0,29	23,42		
	V	4,00	1,88	28,82		
	VS	3,67	0,58	36,83		

Nota. SV = sin violencia; RV = riesgo de violencia; V = violencia; VS = violencia severa.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

## Conclusiones

Las enfermedades con un curso crónico (especialmente las que generan dependencia) han demostrado ser un fenómeno social y de salud complejo, representan una ruptura biográfica (Bury, 1982) que pone en entredicho las relaciones de las personas que las padecen y las que deben cuidarlo sin recibir remuneración por ello (Tartaglini, Clemente y Stefani, 2007; Tartaglini, Ofman y Stefani, 2010). Pudiendo generarse maltrato donde antes no lo había, o agudizarse el que ya existía. Al ya de por sí complejo estudio de la violencia, 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 (Touza y cols., 2002). Al recurrir al maltrato se trata de someter u obligar a un comportamiento determinado al paciente o cuidador, que se acompaña de mecanismos psicológicos de manipulación.

Este estudio presenta 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. Otra situación a tomar en consideración es que a diferencia de otras muestras de sujetos en riesgo de ser maltratados en este estudio se pone de manifiesto que para este padecimiento el sufrir maltrato en la infancia no es un factor de riesgo para la presencia de violencia, pero cabe mencionar que el porcentaje de maltrato en la infancia, tanto para pacientes (55,1%), como para cuidadores (77,6%) fue alto.

La severidad de la violencia y la bidireccionalidad de la misma hacen necesaria la elaboración de programas de intervención que contemplen el contexto de las enfermedades. La normalización de la violencia es común y se entreteje en la vida cotidiana y en la emergencia del padecimiento, de ahí la importancia de los datos presentados. Por otro lado, los hallazgos contribuyen a ampliar el conocimiento sobre las características de la población neurológica en México que puede potencialmente sufrir maltrato.



Tabla 5. Factores de riesgo detectados por bidireccionalidad de violencia en Enfermedad de Parkinson

PACIENTES		M	DT	RANGO PROMEDIO	X <sup>2</sup>	P
Test de Pfeiffer	SV	0,64	1,03	28,23	7,349	0,062
	VC	0,00	0,00	18,50		
	VP	0,56	0,53	31,56		
	VM	0,17	0,39	22,59		
Violencia económica	SV	8,00	0,00	19,50	15,39	0,002**
	VC	8,00	0,00	19,50		
	VP	8,00	0,00	19,50		
	VM	9,65	2,74	31,22		
Hostilidad del cuidador	SV	3,36	1,21	17,86	11,15	0,011*
	VC	3,17	0,41	17,75		
	VP	3,78	1,20	22,78		
	VM	4,74	1,63	31,17		
CUIDADORES						
Sobrecarga	SV	4,64	3,72	14,36	9,65	0,022*
	VC	8,17	7,78	23,00		
	VP	8,56	5,29	25,33		
	VM	11,83	8,79	30,48		
Ansiedad	SV	5,09	4,32	22,91	7,64	0,054
	VC	3,67	3,93	17,58		
	VP	3,67	2,69	18,06		
	VM	7,22	3,72	30,65		
Violencia económica	SV	8,00	0,00	21,00	10,49	0,015*
	VC	8,00	0,00	21,00		
	VP	8,00	0,00	21,00		
	VM	8,91	1,47	29,52		
Control sobre su persona	SV	2,00	0,00	19,00	8,90	0,031*
	VC	2,50	1,23	23,58		
	VP	2,11	0,33	21,33		
	VM	3,00	1,54	29,67		

Nota. SV = sin violencia; VC = violencia a cuidador; VP= violencia a Paciente; VM= violencia mutua.

\*p < 0,05; \*\*\* p < 0,01

## BIBLIOGRAFÍA

- Bell, K. y Naugle, A. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual Framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096-1107.
- Bury, M. (1982). Chronic Illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4, 167-182.
- Cáceres, C.J. (2007). Violencia doméstica: Lo que revela la investigación básica con parejas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 104-115.
- Calvo, F. y Ruíz, A. (2006). Validación del cuestionario de apoyo social (CAS): estudio preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 12, 63-74.
- Caraveo, J., Martínez, N., Saldivar, G., López, J., y Saltijera, M. (1998). Performance of the GHQ-12 in relation to current and lifetime CIDI psychiatric diagnosis. *Salud Mental*, 21, 1-11.
- Castro, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. México, Cuernavaca: UNAM Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

- Copper, C., Selwood, A., y Livingston, G. (2008). The prevalence of elder and neglect: a systematic review. *Age Ageing*, 37, 151-160.
- Copper, C., Blanchard, M., Selwood, A., Walker, Z., y Livingston, G. (2010). Family carers' distress and abusive behavior: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 480-485.
- Díaz-Olavarieta, C., Campbell, J., García, C., Paz, F., y Villa, A. (1999). Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Archives of Neurology*, 56, 681-685.
- Freysteinson, M.W. (2010). Opening Pandora's box: a comprehensive approach to home violence prevention. *Home Health Care Management Practice*, 20, 1-7.
- Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M., y Norman, R. (2005). Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *The Gerontologist*, 45, 525-34.
- Higginson, I.J., Gao, W., Jackson, D., Murray, J., y Harding, R. (2010). Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 535-42.
- Martin, M., Peter-Wight, M., Braun, M., Hornung, R., y Scholz, U. (2009). The 3-phase-model of dyadic adaptation to dementia: why it might sometimes be better to be worse. *European Journal of Ageing*, 6, 291-301.
- Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., Frades-Payo, B., Rojo-Pérez, F., Petidier, R., Rodríguez- Rodríguez, V., Forjaz, M.J., Prieto-Flores, M.E., y Cuesta, J.P. (2009). Validación de la Escala de independencia funcional. *Gaceta Sanitaria*, 23, 49-54.
- Mena, R. (2009). *Neurobiología de los trastornos neuropsiquiátricos más prevalentes en México*. México: CONACYT.
- Moreno, R., Martínez, R.J., y Muñiz, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema*, 16, 490-497.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial de la Salud. Washington, D.C. Recuperado el, 2 de abril de 2011, de <http://www.redfeminista.org/documentosA/oms%20resumen.pdf>.
- Paz-Rodríguez, F. (2010). Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 19, 25-33.
- Paz-Rodríguez, F. y Sánchez-Guzmán, M.A. (2011). Maltrato en pacientes neurológicos. *Anales de Psicología*, 1, 23-33.
- Paveza, G.J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J.W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D., y Levy P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32, 493-497.
- 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 Health Psychology*, 8, 105-117.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, 433-41.
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del general health questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 11, 125-139.
- Rosen, D. (2006). Violence and exploitation against women and girls with disability. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 170-177.
- Stones, M.J. (1995). Scope and definition of elder abuse and neglect in Canada. En M.J. MacLean (Ed.), *Abuse & Neglect of Olders Canadians: Strategies for Change*. (pp. 111-115). Toronto, ON: Thompson Educational Publishing. Inc.
- Tanji, H., Anderson, K.E., Gruber-Baldini, A.L., Fishman, P.S., Reich, S.G., Weiner, W.J., y Shulman, L.M. (2008). Mutuality of the marital relationship in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23, 1843-9.
- Tartaglini, M.F., Clemente, M.A., y Stefani, D. (2007). Apoyo social y sentimiento de sobrecarga. Un recurso psicosocial diferencial en cuidadoras de cónyuges con demencia en estadio leve y moderado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, (3), 231-237.
- Tartaglini, M.F., Ofman, S.D., y Stefani, D. (2010). Sentimientos de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, (3), 221-226.
- Tjaden, P. (2005). Defining and measuring violence against women: Background, issue, and recommendations. *Statistical Journal of the United Nations ECE*, 22, 217-224.
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., y Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72, 11-16.
- Touza, C., García, M.D., Prado, C., Royo, P., y Segura, P. M. (2002). Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: los malos tratos a las personas mayores. *Pulso*, 25, 69-75.
- Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M.C., Salgado de Snyder, V.N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L., y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48, S221-S231.

Recibido: 19-1-12  
Aceptado: 20-8-12

**Abstract:** Principal risk factors were determined for severity and directionality of violence in a sample 49-dyad of Parkinson's disease (PD). Demographic information was collected, the context of care and violence, and was divided according to severity and bidirectionality. According to severity, caregivers report 48.3% violence and 10.3% severe violence; Patients, 37.5% violence and 12.5% severe violence, 77.6% dyad reports reciprocal violence. The meaningful risk factors for severity and bidirectionality are: burden, economical violence, control over self and hostility. Reported data is the first of its type. Risks match literature reports about dyads, are situations that must be regularly assessed, as they could worsen violent conducts.