



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 27
“ALFREDO BADALLO GARCIA”

**“ASOCIACION DEL MALTRATO EN EL ANCIANO MAYOR DE 75
AÑOS CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 27”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRIA

PRESENTA
DRA. SARAI GARCÍA YÉPEZ

ASESOR:
DRA. VERONICA DURAN GOMEZ
DRA. FLOR MAGDALENA LOZANO VILLALBA



CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DRA. FLOR MAGDALENA LOZANO VILLALBA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 27
“ALFREDO BADALLO GARCIA”**

**DRA. MARÍA MAGDALENA CRUZ TOSCANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN GERIATRIA
EN HOSPITAL GENERAL ZONA NO.27**

**DRA. VERONICA DURAN GOMEZ
MÉDICO NO FAMILIAR
ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
GENERAL ZONA NO.27**

INDICE

	Página
1. Índice.....	3
2. Relación de cuadros y gráficos.....	4
3. Glosario.....	5
4. Abreviaturas.....	7
5. Resumen.....	8
6. Summary.....	9
7. Introducción.....	10
8. Antecedentes.....	11
9. Justificación.....	21
10. Objetivo.....	23
11. Hipótesis.....	24
12. Material y Métodos.....	25
a) Descripción general del estudio.....	25
b) Lugar de realización.....	25
c) Tipo de estudio.....	25
d) Criterios de inclusión, no inclusión, exclusión.....	26
e) Tipo de muestra.....	26
f) Definición de Variables.....	27
g) Plan de análisis.....	32
13. Aspectos éticos.....	33
14. Resultados.....	35
15. Discusión.....	41
16. Conclusiones.....	44
17. Perspectivas.....	45
17. Bibliografía.....	46
18. Anexos.....	51

RELACIÓN DE CUADROS Y GRÁFICOS

		Página
Tabla 1	Características Sociodemográficas de los adultos mayores de 75 años.	35
Tabla 2	Características Sociodemográficas de los cuidadores primarios de los adultos mayores.	36
Tabla 3	Maltrato en los adultos mayores de 75 años.	38
Grafico 1	Porcentaje de Maltrato en adulto mayor de 75 años.	36
Grafico 2	Tipos de maltrato en el adulto mayor de 75 años.	37
Grafico 3	Porcentaje de sobrecarga del cuidador.	38
Tabla 4	Tabla cruzada Maltrato del anciano mayor de 75 años / sobrecarga de cuidador.	39
Tabla 5	Pruebas de Chi cuadrada.	39

GLOSARIO

Adulto mayor. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a la persona de 65 años o más en los países desarrollados y 60 años o más en los países subdesarrollados.

Envejecimiento: Es el proceso de senescencia celular de los tejidos adultos resultando una respuesta al estrés comprometida, complicando el mantenimiento de la homeostasis y un elevado riesgo de enfermedad y muerte.

Maltrato. Las acciones intencionales que causan daños o crean un grave riesgo de daño a un anciano vulnerable por un cuidador u otra persona que está en una relación de confianza con el anciano," o "fracaso por un cuidador para satisfacer las necesidades básicas del anciano o para protegerse a sí mismo de cualquier daño.

Abuso. Un acto único o repetido o la falta de adecuada acción que ocurre dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor o viola su derechos humanos y civiles. Existen diferentes tipos:

- **Abuso físico:** El uso de la fuerza física que puede resultar en lesiones corporales, dolor físico o deterioro
- **Abuso sexual:** Cualquier forma de actividad sexual o contacto sin consentimiento, incluso con aquellos que no pueden dar su consentimiento.
- **Abuso emocional / psicológico:** La imposición de angustia, dolor o sufrimiento a través de actos verbales o no verbales.
- **Abuso financiero / explotación:** El uso ilegal o indebido de un anciano de fondos, propiedad o activos

Negligencia. Es la negativa o incumplimiento de cualquier parte de las obligaciones o deberes de una persona a un anciano. La negligencia puede

también incluir un rechazo o incumplimiento por parte de una persona que tiene responsabilidades fiduciarias para la atención de un anciano.

Cuidador. Es aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. El cuidador principal asume las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica, y este papel es aceptado por el resto de los familiares.

Cuidador tradicional: es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el paciente y se ha encargado de su cuidado. En este caso, al paciente se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad creado a lo largo de muchos años de convivencia donde el intercambio de apoyo fue más o menos recíproco (esposa, hija, etcétera).¹⁴

Cuidador en la sociedad moderna: es el que ha asumido ese rol obligado por las circunstancias, es decir, cuando la aparición de la enfermedad en la familia obliga a crear una relación cuidador-cuidado que no existía previamente. En este caso además, el cuidador (hija, nuera, sobrina,..) suele tener una actividad laboral fuera del domicilio, lo que acarrea más tensiones al tener que coordinar su papel socio-laboral con el de cuidador.¹⁴

Sobrecarga del cuidador. Es el resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la carga objetiva de la asistencia.

Geriatric Mistreatment Scale (GMS): es el primer instrumento creado para evaluar el maltrato a las personas de más edad en una población de habla española.

Escala de Zarit. Instrumento que mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de anciano.

ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
SEGG	Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
EASI	Elder Abuse Suspicion
GMS	Index Geriatric Mistreatment Scale
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
HGZ	Hospital General de Zona

RESUMEN

Antecedentes: México presenta un envejecimiento poblacional acelerado, lo cual incrementa el problema de maltrato, después de los 80 años el riesgo de maltrato aumenta, también se ha relacionado con mayor mortalidad, incluso en ausencia de condiciones crónicas o enfermedad. El Maltrato son acciones intencionales que causan daños a un anciano vulnerable por un cuidador u otra persona. La sobrecarga del cuidador resulta de la combinación de estrés, tensión física y presión emocional relacionada con carga objetiva de la asistencia. No se cuentan con estudios en México que valoren asociación entre sobrecarga del cuidador y maltrato del anciano.

Objetivo: Identificar la asociación del maltrato con la sobrecarga del cuidado.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, prospectivo, analítico. Se determinó la sobrecarga del cuidador con escala de Zarit en el cuidador y Maltrato con el cuestionario Geriatric Mistreatment Scale (GMS) en ancianos mayores de 75 años de Medicina Interna del HGZ 27. Se realizó un análisis descriptivo y prueba χ^2 .

Resultados: Se encontró que 56.8% de los adultos mayores de 75 años padecían maltrato, el más prevalente fue el maltrato psicológico en 36.5%, algunos adultos mayores son víctimas de más de un tipo de maltrato. Reportando los hijos como las principales personas que ejercen maltrato en un 27%, seguido de la pareja en 10.8%, se demostró sobrecarga del cuidador en el 27.1% de los cuidadores. Sin embargo el maltrato en el anciano mayor de 75 años en el Hospital General de Zona Numero 27 no está asociado con la sobrecarga del cuidador.

Conclusiones: La prevalencia de maltrato en el anciano mayor de 75 años, se encuentra muy por arriba de lo reportado por la literatura a nivel mundial. Indagar sobre este fenómeno es una tarea complicada, puesto que los adultos mayores no quieren reconocerse como víctimas de maltrato o en ocasiones ignoran que la situación en la que viven es una situación de maltrato.

Palabras clave: maltrato, adulto mayor, sobrecarga, cuidador.

SUMMARY

Background: Mexico has an accelerated population aging, which increases the problem of abuse, after the age of 80, the risk of mistreatment increases, has also been related to higher mortality, even in the absence of chronic conditions or disease. Maltreatment is intentional actions that cause harm to a vulnerable elder by a caregiver or other person. Caregiver overload results from the combination of stress, physical stress and emotional pressure related to the objective burden of care. There are no studies in Mexico that assess the association between caregiver overload and elder abuse.

Objective: To identify the association of abuse with care overload.

Material and Methods: Observational, transversal, prospective, analytical study. Caregiver overload with Zarit scale in caregiver and Maltreatment was determined with the Geriatric Mistreatment Scale (GMS) questionnaire in elderly over 75 years of HGZ Internal Medicine 27. A descriptive analysis and X2 test were performed.

Results: It was found that 56.8% of the adults over 75 years old suffered abuse, the most prevalent was psychological abuse in 36.5%, some older adults are victims of more than one type of abuse. Reporting children as the main abusers in 27%, followed by the couple in 10.8%, showed a caregiver overload in 27.1% of caregivers. However, abuse in the elderly older than 75 years in the General Hospital Zone No. 27 is not associated with the caregiver's overload.

Conclusions: The prevalence of abuse in the elderly older than 75 years is well above that reported by the literature worldwide. Inquiring about this phenomenon is a complicated task, since older adults do not want to recognize themselves as victims of mistreatment or sometimes ignore that the situation in which they live is a situation of mistreatment.

Key words: maltreatment, elderly, overload, caregiver.

INTRODUCCIÓN

La información sobre la magnitud del abuso de la población de ancianos es escasa. Actualmente, este fenómeno aún es poco reconocido e informado, a pesar de su impacto en la salud y calidad de vida de quien lo padece. Para los adultos mayores, las consecuencias del maltrato son importantes, provocando el ingreso frecuente al sistema hospitalario o la demanda constante de atención médica.

Un número de situaciones aparece para poner a los ancianos en riesgo de violencia. En algunos casos, las relaciones familiares tensas pueden empeorar como consecuencia del estrés y frustración debido a que la persona mayor se vuelve más dependiente. En otros, la dependencia de alojamiento o financiera puede ser una fuente de conflicto. ⁴

Dentro de los factores de riesgo se encuentra la presencia de cuidadores agotados, con un promedio de cinco años cuidando al anciano, cuidador único sin ayudas familiares ni oficiales, cuidador poco preparado, cuidadores con problemas personales: laborales, de pareja, problemas psíquicos en el cuidador, cuidador con adicción a drogas, alcohol, cuidador con dependencia económica del anciano, mala relación previa entre el cuidador y el anciano.¹⁰

No se cuentan con estudios en México o Latinoamérica que evalúen la asociación entre la sobrecarga del cuidador y maltrato del anciano, si bien existen múltiples estudios en los que se ha menciona la probable asociación con sobrecarga del cuidador, esta no ha sido establecida.

ANTECEDENTES

El aumento de la expectativa de vida, los cambios en la mortalidad general y la disminución de los nacimientos, ha generado un aumento importante del número de personas adultas mayores en el país, este mayor número de ancianos en nuestra sociedad provocará una mayor demanda de necesidades, tanto en lo social, como en los servicios de salud.¹

A medida que la población de adultos mayores crece, también lo hace el problema oculto de maltrato, la explotación y el abandono.

Fue en la década de 1970 que el problema del maltrato de los ancianos era dado a conocer y una década más tarde el tema provocó el interés de la comunidad científica. Desde entonces, varios estudios que nos permite comprender mejor este fenómeno se han llevado a cabo. Ya que se ha convertido en un problema vinculado a la salud pública y la justicia penal, así como a la violación de los derechos humanos.²

En México, como en otros países de América, no hay datos sobre este indicador; sólo hay unas pocas estimaciones sobre la base de estudios locales o denuncias presentadas en los servicios jurídicos y sociales.²

Su incidencia está en aumento como resultado de la población envejecida y la invisibilidad del fenómeno, conduce a la ausencia de medidas preventivas y de intervención.

Actualmente, este fenómeno aún es poco reconocido, a pesar de su impacto en la salud, aspecto social, la calidad de vida de la gente así como en la morbilidad y mortalidad.²

Estudios previos han encontrado que los médicos no están familiarizados con las leyes de notificación obligatoria e identificación de los casos de maltrato de

las personas de edad avanzada. Una búsqueda en la literatura de cinco años limitada a las revistas principales en el Index Medicus bajo el tema "abuso de ancianos" dio 26 artículos, sólo 4 de los cuales contenían datos primarios.³

Adultos no sólo mayores, que tienen mala salud física o deterioro cognitivo son vulnerables a abuso. Incluso aquellos que no tienen estos factores de riesgo evidentes pueden encontrarse en situaciones y relaciones abusivas. El maltrato afecta a hombres y mujeres de edad a través de todos grupos socioeconómicos, culturas, razas, y etnias.⁴

Es un problema complejo que puede deberse a múltiples causas, como factores de estrés de la familia, el estrés debido a prestación de cuidados, y de la sociedad y cuestiones culturales.⁴

Un número de situaciones aparece para poner a los ancianos en riesgo de violencia. En algunos casos, las relaciones familiares tensas pueden empeorar como consecuencia del estrés y frustración debido a que la persona mayor se vuelve más dependiente. En otros, la dependencia de alojamiento o financiera puede ser una fuente de conflicto. El aislamiento social es un factor de riesgo significativo para una persona mayor de sufrir malos tratos. Muchos ancianos están aislados debido a enfermedades físicas o mentales, o por la pérdida de familiares y miembros de la familia.⁴

Los factores culturales y socioeconómicos que pueden contribuir con el riesgo de maltrato a personas mayores incluyen: la representación de las personas mayores como frágil, débil y dependiente, erosión de los lazos entre generaciones de la familia. Los hombres mayores están en riesgo de abuso en aproximadamente la misma proporción que las mujeres. Pero en las culturas

donde las mujeres tienen una condición social inferior que el hombre, están en riesgo especial de ser abandonadas.^{4,5}

Dentro de los estresores familiares que pueden contribuir a mayor abuso incluyen patrón o historia de interacciones violentas dentro de la familia, ajustes de estilo de vida y alojamiento para una vida en un hogar multigeneracional.^{4,5}

En algunos casos, el abuso de ancianos es simplemente una continuación de los abusos que se viene produciendo en la familia durante muchos años. En algunos casos, las cargas financieras de hogares multigeneracionales o que viven en hacinamiento pueden provocar estrés que desencadena maltrato a personas mayores.^{4,5}

Estudios recientes han reportado que después de los 80 años de la edad, la posibilidad de maltrato aumenta en hombres y mujeres. Por lo tanto, la edad podría aumentar el riesgo de experimentar maltrato. Las diferencias de sexo, a su vez, son más relacionada con el tipo de maltrato, ya que las mujeres son las que experimentan los peores casos de violencia física y maltrato psicológico / emocional, y son la principales víctimas de abuso sexual. Otro estudio mostró que una mayor proporción de mujeres se someten a maltrato emocional, físico y financiero, mientras que los hombres experimentan abandono con más frecuencia, seguido por maltrato físico y emocional.^{2,6}

Cuantificar la prevalencia del fenómeno no es una tarea sencilla. Por un lado, entre los estudios disponibles se evidencia una carencia de trabajos con base poblacional ya que mucha de la información sobre el tema proviene de las instituciones. Aunque importantes, estas aproximaciones identifican solo una parte (potencial o real) de personas mayores víctimas que han llegado a conocimiento público, lo que puede implicar una subestimación de las tasas

reales de maltrato existentes. Por otro lado, la cuantificación del maltrato a las personas mayores arroja resultados dispares dependiendo de los diferentes estudios que tomemos como referencia. Una de las razones que se encuentra en la base de esa disparidad reside en la diferente forma de aproximación al fenómeno, así como del mismo concepto de maltrato manejado.⁷

El Grupo de Trabajo sobre Abuso de Ancianos (2002) adoptó la definición de maltrato a personas mayores, que se basa en la utilizada por Acción sobre el Abuso de Ancianos (1995) en el Reino Unido, y que también ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud (2002). Se define el término.⁸

Maltrato : "Las acciones intencionales que causan daños o crean un grave riesgo de daño a un anciano vulnerable por un cuidador u otra persona que está en una relación de confianza con el anciano," o "fracaso por un cuidador para satisfacer las necesidades básicas del anciano o para protegerse a sí mismo de cualquier daño."⁸

Abuso: Un acto único o repetido o la falta de adecuada acción que ocurre dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor o viola su derechos humanos y civiles. Existen diferentes tipos:

- Abuso físico: El uso de la fuerza física que puede resultar en lesiones corporales, dolor físico o deterioro^{9,10}
- Abuso sexual: Cualquier forma de actividad sexual o contacto sin consentimiento, incluso con aquellos que no pueden dar su consentimiento.^{9,10}
- Abuso emocional / psicológico: La imposición de angustia, dolor o sufrimiento a través de actos verbales o no verbales.^{9,10}

- Abuso financiero / explotación: El uso ilegal o indebido de un anciano de fondos, propiedad o activos ^{9,10}

Negligencia: es la negativa o incumplimiento de cualquier parte de las obligaciones o deberes de una persona a un anciano. La negligencia puede también incluir un rechazo o incumplimiento por parte de una persona que tiene responsabilidades fiduciarias para la atención de un anciano. ^{11, 12}

El abandono de los ancianos, el fracaso de un cuidador designado para satisfacer las necesidades de una persona mayor dependiente, es generalmente aceptado como una forma de maltrato. La negligencia puede ser intencional, cuando un cuidador deliberadamente deja de cumplir con sus responsabilidades con el fin de dañar o castigar a la persona de edad avanzada, o involuntaria, derivada de ignorancia o de una genuina incapacidad para proporcionar cuidado. ³

Cuidador: es aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. El cuidador principal asume las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica, y este papel es aceptado por el resto de los familiares. Existen 2 tipos culturales de cuidadores: cuidador tradicional y cuidador en la sociedad moderna. ¹³

Cuidador tradicional: es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el paciente y se ha encargado de su cuidado. En este caso, al paciente se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad creado a lo largo de muchos años de convivencia donde el intercambio de apoyo fue más o menos recíproco (esposa, hija, etcétera). ¹⁴

Cuidador en la sociedad moderna: es el que ha asumido ese rol obligado por las circunstancias, es decir, cuando la aparición de la enfermedad en la familia obliga a crear una relación cuidador-cuidado que no existía previamente. En este caso además, el cuidador (hija, nuera, sobrina,..) suele tener una actividad laboral fuera del domicilio, lo que acarrea más tensiones al tener que coordinar su papel socio-laboral con el de cuidador.¹⁴

Dentro de los factores de riesgo responsable del maltrato, se han mencionado: cuidadores agotados, con un promedio de cinco años cuidando al anciano, cuidador único sin ayudas familiares ni oficiales, cuidador poco preparado, cuidadores con problemas personales: laborales, de pareja, problemas psíquicos, cuidador con adicción a drogas, alcohol, cuidador con dependencia económica del anciano, mala relación previa entre el cuidador y el anciano.¹⁰

Una de las iniciativas más recientes llevadas a cabo en España realizada por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud fue la Capacitación de los Servicios de Atención Primaria y la adaptación de instrumentos de tamizaje para la detección de malos tratos a persona mayores y su aplicación en diferentes países.¹⁵

Publicaciones a nivel mundial muestran la creación de varios instrumentos, protocolos y directrices encaminadas a detectar y evaluar maltrato en el anciano, la mayoría de ellos fueron creados para ser utilizados en hospitales, clínicas o en atención domiciliaria, ninguno de estos instrumentos eran creado específicamente para la población de habla española y, hasta ahora, sólo se sabe acerca de la adaptación lingüística al español del instrumento de España

(Índice de Sospecha de Maltrato hacia la Persona Mayor (Elder Abuse Suspicion Index, EASI).

Recientemente se publicó un instrumento para evaluar el maltrato de personas mayores. El Geriatric Mistreatment Scale (GMS) es el primer instrumento creado para evaluar el maltrato a las personas de más edad en una población de habla española. El cual fue diseñado para medir cinco tipos de maltrato, constituido por 22 ítems, cada pregunta permite una respuesta de tipo dicotómico (0 = no ocurrencia, 1 = ocurrencia). Considerando cada pregunta si ocurrió en el último año, obteniendo resultados satisfactorios en términos de propiedades psicométricas. Su punto de partida es una definición resultante de contextualización del fenómeno dentro de la población mexicana.²

La sobrecarga del cuidador también llamada síndrome de agotamiento o síndrome de burnout es el resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la carga objetiva de la asistencia. La sobrecarga que supone cuidar puede provocar en el cuidador estados de ansiedad, estrés y depresión, además la existencia de un aumento de en los gastos derivados de la enfermedad es un factor que se asocia a la sobrecarga personal y que influye en el papel del cuidador dificultando su actividad.¹⁶

Las funciones del cuidador dependen del grado de discapacidad del paciente y están ligadas a la evolución de la enfermedad, por ello las necesidades del cuidador también cambiaran a medida de la evolución de la enfermedad.¹⁶

Para analizar esta problemática es necesario mencionar las principales causas de la sobrecarga del cuidador. Estas son el impacto del cuidado del enfermo al cuidador, es decir, la falta de tiempo libre del cuidador, falta de intimidad,

deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre la vida, deterioro de la salud, actualmente se reporta una prevalencia de 32,9%.¹⁶

Es difícil evaluar la sobrecarga del cuidador por ello distintos autores como Zarit, Gwyther, Stone y Mallach investigaron factores comunes y realizaron escalas de medición. El cuestionario más extendido y el más citado en los estudios es el de Zarit, esta escala se compone de 22 ítems con un sistema de respuesta de 5 puntos y un rango de puntuación de 22 a 110 puntos y es un cuestionario autoadministrable, con medidas subjetivas.

Según la evidencia científica se recomienda el uso de la escala de Zarit para valorar la carga del cuidador y utilizar instrumentos específicos adaptados y validados para valorar otros aspectos que puedan estar afectados por la carga del cuidador, tiene una consistencia interna de 0.91 y una fiabilidad test-pretest a los tres meses de 0.86.¹⁷

Investigación existente en el campo de abuso de ancianos se ha centrado en: la definición de maltrato a personas mayores (Mc Creadie 1996), los factores de riesgo (Lachs et al., 1997) y, más recientemente, en la prevalencia de maltrato a personas mayores (O'Keeffe et al., 2007; Acierno et al. 2010; Naughton et al. 2010). Los estudios de maltrato a personas mayores informaron desde la perspectiva de profesionales y el personal (McGreevey 2004; Rodríguez et al. 2006; Rinker 2009).^{6, 8}

Los principales estudios sobre el tema se han desarrollado en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia y en menor medida en otros países europeos y Hong-Kong. Entre los más relevantes, se encuentra el estudio realizado en Canadá, en el que Podniesks et al, en 1989 encontró una tasa de maltrato de un 4%, a su vez en Estados Unidos, Pillemer y Finkelhorn en 1988,

determinaron una tasa de maltrato de un 3.2%, siendo los agresores en un 58.7% la pareja, 30.2% los hijos, 17.5% otros familiares.⁷

En la revisión sistemática realizada por Cooper y colaboradores en 2008, se encontró que el 6% de las personas mayores reportaron abusos significativos en el último mes y el 5,6% de las parejas reportaron violencia física en el último año.

En estudios que utilizaron instrumentos válidos que incluían a ancianos vulnerables, casi una cuarta parte reportó niveles significativos de abuso psicológico.

Dieciséis por ciento del personal de atención de salud admitió un abuso psicológico significativo, por lo que se puede concluir que uno de cada cuatro ancianos vulnerables está en riesgo de abuso y sólo una pequeña proporción de esto se detecta actualmente.¹⁸

Otro estudio elaborado en Irlanda por Naughton y colaboradores en 2010, en el que se aplicaron entrevistas a 2.021 adultos mayores, reportó que 37% de la población estudiada era Rural, 20% vivía en la ciudad o condado de Dublín, la mayoría de la población eran mujeres 55% y 45% hombres, la edad media fue de 74 años, su cuidador principal tenía 65 años o más. La prevalencia general del maltrato en los 12 meses previos fue de 2,2%, el abuso financiero en el 1,3% fue el tipo de abuso más frecuente reportado, seguido por abuso psicológico 1,2%, abuso físico 0,5% y abandono 0,3%. El abuso sexual al 0,05% fue el menor. Las mujeres eran más propensas que los hombres con una incidencia de 2,4% en comparación con 1.9%, el nivel más alto de maltrato fue en personas divorciadas o separadas, los casados informaron el nivel más bajo de maltrato. Existe una relación inversa entre el nivel de Maltrato y nivel de

educación. Todos los participantes que sufrieron maltrato, requirieron algún tipo de servicio formal de salud o social dentro de los seis meses previos (más de dos visitas en seis meses). El 50% identificó a su agresor, el 24% fueron parientes y cónyuge / pareja, la edad promedio del agresor fue de 30 y 64 años y los factores de riesgo identificados fueron vivir con el perpetrador 37%, situación de desempleo 51%, abuso de alcohol 19%.¹⁹

La evidencia científica afirma que los cuidadores informales que suelen padecer sobrecarga, su perfil es el de una mujer (64% de los casos) de 52-56 años de media, respecto al grado de parentesco entre el enfermo y el cuidador, el 54-56% de los casos son sus hijas, el grado de escolarización del 48,6% de los cuidadores informales son de estudios primarios y el 36,3% además de cuidar a un enfermo realizan un trabajo remunerado. Los estudios que hablan del nivel de sobrecarga en el cuidador afirman que la media es de un 55,18% de los cuidadores que la padece Alzheimer.²⁰

No se cuentan con estudios en México o Latinoamérica que evalúen la asociación entre la sobrecarga del cuidador y maltrato del anciano.

JUSTIFICACIÓN

La información sobre la magnitud del abuso de la población de ancianos es escasa. Los pocos estudios que se han realizado sugieren que entre el 4% y el 6% de las personas de edad avanzada han experimentado algún tipo de abuso en el hogar.²⁰

Investigaciones sugieren que las personas de más edad que han sido abusadas tienden a morir antes que aquellos que no han sido abusados, incluso en la ausencia de condiciones crónicas o enfermedad potencialmente mortal.⁴

Actualmente, este fenómeno aún es poco reconocido e informado, a pesar de su impacto en la salud, en el aspecto social y calidad de vida, así como en la morbilidad y la mortalidad. Por cada caso de abuso y negligencia en un anciano, los expertos estiman 23 casos que no se detectan. La calidad de vida de las personas mayores que experimentan abuso se ve gravemente amenazada.⁶

En México, como en otros países de América Latina, no existen datos sobre este indicador; sólo hay unas pocas estimaciones sobre la base de estudios locales o quejas presentadas en los servicios legales y sociales. En el año 2006 la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, que incluyó 618 adultos mayores, reportó una prevalencia de algún tipo de maltrato en este grupo de edad del 16.2%, maltrato psicológico 12.7%, abuso sexual 0.9%, económico 3.9% físico 3.7%, negligencia y abandono 3.5%.⁶

Sin embargo los estudios realizados en nuestro país acerca de esta problemática son escasos. A veces los ancianos no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte los familiares o cuidadores no van a dar facilidades en la detección ya que en la mayoría de los casos ellos son quienes realizan el maltrato.^{20, 21}

Para los adultos mayores, las consecuencias del maltrato son importantes, una lesión física relativamente leve puede causar daños graves y permanentes. Los daños psicológicos favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte. Lo anterior provoca el ingreso frecuente de los adultos mayores al sistema hospitalario, o la demanda constante de atención médica por la presencia de distintas enfermedades.²²

Por lo anterior es de vital importancia determinar si el maltrato en ancianos derechohabientes del Instituto Mexicano del seguro social está relacionado a la sobrecarga de sus cuidadores con el fin de identificarlo oportunamente y establecer estrategias para prevenirlo.

OBJETIVO

GENERAL:

- Se identificó la asociación entre maltrato en los ancianos mayores de 75 años y la sobrecarga del cuidador.

PARTICULARES:

- Se determinó la prevalencia de maltrato en el anciano mayor de 75 años en Hospital General de Zona 27
- Se determinaron los tipos de maltrato en la población de ancianos mayores de 75 años del HGZ 27

OBJETIVOS SUCEDANEOS

- Se determinaron los factores de riesgo del anciano mayor de 75 años y de su cuidador relacionados al maltrato.

HIPÓTESIS

Si la sobrecarga del cuidador está asociada con el maltrato en el anciano mayor de 75 años, entonces los ancianos mayores de 75 años que se encuentran hospitalizados en el HGZ 27 con algún tipo de maltrato tendrán un cuidador con puntuación positiva para sobrecarga en la escala de Zarit.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar donde se realizará el estudio.

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona N.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual se encuentra ubicado en Lerdo 311, Colonia Unidad Tlatelolco, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06900. México, Ciudad de México.

Se trata de una unidad de segundo nivel. Para recibir atención se requiere: Estar dado de alta en la unidad, contar con Cartilla de Salud y Citas Médicas con fotografía y sello de vigencia y acudir a recibir atención médica mediante urgencias o consulta externa.

Tipo de diseño de estudio:

- Estudio de asociación cruzada.

Características del estudio

- Finalidad del estudio: Analítico
- Secuencia temporal: Transversal
- Control de la asignación de los factores de estudio: Observacional
- Cronología de los hechos: prospectivo.

Grupo de estudio: adultos mayores de 75 años derechohabientes del HGZ 27 que se encuentren hospitalizados y sus cuidadores.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores hombres y mujeres de más de 75 años derechohabientes del Hospital General de Zona 27 que se encuentren en hospitalización del servicio de medicina interna/ geriatría que acepten participar en el estudio, durante el periodo comprendido de Julio a octubre de 2017 y que se encuentre presente el cuidador primario.

Criterios de exclusión

- Sujetos cuyo estado de salud no les permita realizar la evaluación
- Pacientes que no cuenten con un cuidador primario presente.
- Pacientes que se encuentren con deterioro neurológico y que presenten afasia que les impida contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación

- Protocolo incompleto
- Retiro voluntario del participante.

Tamaño de la muestra.

N= total de la población (35,621 adultos +75 años)

Z α =constante 1.96 (ya que la seguridad es de 95%)

P=proporción esperada (en este caso 5%=0.05)

q= 1- p (en este caso 1-0.05= 0.95)

d=precisión (en ese caso 5%)

$$N = \frac{N * Z\alpha^2 p * q}{d^2 * (N-1) + Z\alpha^2 p * q}$$

$$n = \frac{35621 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 (35621-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = \frac{35621 (0.1824)}{0.0025 (35620) + 0.1824} = \frac{6497.2}{89.2324} = \mathbf{72.8}$$

Tipo de muestreo

Se realizará muestreo no probabilístico de casos consecutivos, de adultos mayores de 75 años que se encuentren hospitalizados en Medicina interna, hasta completar el tamaño de muestra necesario, que se encuentren en disposición de contestar la encuesta, considerando a este grupo una muestra representativa para la población en la institución.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente

MALTRATO EN EL ANCIANO MAYOR.

Definición conceptual. Las acciones intencionales que causan daños o crean un grave riesgo de daño a un anciano vulnerable por un cuidador u otra persona que está en una relación de confianza con el anciano," o "fracaso por un cuidador para satisfacer las necesidades básicas del anciano o para protegerse a sí mismo de cualquier daño.

Definición operativa. Se determinará con escala Mistreatment Scale (GMS), en la cual una puntuación mayor de 1 = si tiene y menor 1= no tiene.

Tipo de Variable. Cualitativa

Escala de medición. Nominal dicotómica,

Unidades de medición. 1. Si 2.NO

Variable independiente.

Sobrecarga del cuidador.

Definición conceptual. Es el resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la carga objetiva de la asistencia.

Definición operativa. Mediante la escala de Zarit, la puntuación de 56 o más identifica sobrecarga de cuidador.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de medición: ordinal

Escala de medición. Puntuación de igual o menor a46 ausencia de sobrecarga, 47 y 55 puntos sobrecarga ligera. Mayor o igual a 56 sobrecarga intensa.

Covariables.

Edad

Definición conceptual. Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Definición operativa. Número de años vividos.

Tipo de Variable. Cuantitativa

Escala de medición. Continua

Unidades de medición. Años.

Ocupación

Definición conceptual. Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.

Definición operativa. Preguntar la ocupación que desempeña el paciente y su cuidador.

Tipo de Variable. Cualitativa

Escala de medición. Nominal

Unidades de medición. 1, trabajo. 2, no trabaja.

Genero

Definición conceptual. Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para hombre y mujeres.

Definición operativa. Según las características fenotípicas hombre y mujer.

Tipo de Variable. Cualitativa

Escala de medición. Nominal

Unidades de medición. 1, femenino y 2, masculino.

Escolaridad

Definición conceptual. Periodo de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

Definición operativa. Preguntar al paciente y cuidador el número de años que acudió a la escuela.

Tipo de Variable. Cuantitativa

Escala de medición. Continua

Unidades de medición. Años de estudios.

Persona quien ejerce violencia

Definición conceptual. Persona, ente racional consiente de si mismo y que ostenta una identidad propia y única, que ejerce algún tipo de violencia sobre el adulto mayor.

Definición operativa. Persona que de acuerdo a los resultados de la encuesta se determine como el que maltrata al paciente.

Tipo de Variable. Cualitativa

Escala de medición. Nominal

Unidades de medición. 1. Conyugue/pareja, 2. Hijo, 3. Nieto. Hermanos, 5. Sobrino, 6. Yerno, 7. Nuera, 8. Otros, 9. Cuidador informal, 10. Cuidador formal, 11. Vecino, 12. No hay relación, 13. No responde, 14. No sabe.

Tipo de maltrato

Definición conceptual. Efecto nocivo que se ocasiona al adulto mayor.

Definición operativa. Según el resultado de la encuesta de maltrato, físico, psicológico, negligencia, económico, sexual,

Tipo de Variable. Cualitativa

Escala de medición. Nominal

Unidades de medición. 1 físico, 2, psicológico, 3, negligencia.4, económico. 5, sexual.

Descripción General del estudio.

A todos los ancianos mayores de 75 años que se encontraban hospitalizados en medicina interna y geriatría, durante el periodo que duro la investigación se les solicito que participaran en el presente estudio, se les pidió su aceptación voluntaria, y que firmaran el consentimiento informado (VER ANEXO 1); una vez que aceptaron, se les aplicó un cuestionario Mistreatment Scale (GMS), el cual es auto aplicable (VER ANEXO 3). También se les solicitó a los cuidadores primarios que participaran en el estudio. A los cuidadores primarios se les pidió que firmaran el consentimiento informado (VER ANEXO 2) y se les aplico el cuestionario de Zarit para sobrecarga de cuidador (VER ANEXO 4).

Para valorar la sobrecarga del cuidador se aplico la Escala de Zarit. La cual se compone de 22 ítems con un sistema de respuesta de 5 puntos, asignando si la respuesta es nunca = 1 punto, raras veces = 2 puntos, algunas veces = 3 puntos, bastantes veces = 4 puntos, casi siempre = 5 puntos. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga si la puntuación es menor o igual a 46 puntos, sobrecarga ligera si se encuentra entre 47 y 55 puntos y finalmente mayor o igual a 56 puntos si la sobrecarga es intensa.

Para detectar el maltrato o el riesgo de maltrato el cuestionario Mistreatment Scale (GMS). El cual fue diseñado para medir cinco tipos de maltrato constituido por 22 ítems, correspondiendo los primeros 5 reactivos al maltrato

físico, del reactivo 6 al 11 maltrato psicológico, del 12 al 15 negligencia, del reactivo 16 al 20 maltrato de tipo económico, y finalmente el reactivo 21 y 22 corresponden a la evaluación de maltrato sexual, cada pregunta permite una respuesta de tipo dicotómico (0 = no ocurrencia, 1 = ocurrencia), así como la frecuencia con que ocurre dicho acto, correspondiendo 1 si es una vez, 2 pocas veces, 3 muchas veces y 99 si no respondió a la pregunta, considerando cada pregunta si ocurrió en el último año. Así como el parentesco con quien ejerce maltrato así como el género del mismo. Si una persona contestó “ sí” a por lo menos una pregunta, se considera maltrato.

Además se captó la información de algunas características socio demográficas tanto del adulto mayor como del cuidador; edad (en años), el sexo (masculino, femenino) y estado civil (sola, viuda /viudo, divorciado, separado; casado, unión libre); escolarización se determinó por el número de años de la educación; en lo que se refiere a la actividad económica, se realizó la siguiente pregunta ¿Usted trabajó la semana pasada?, fueron definidos como económicamente inactivo o activos. Finalmente se determinó la asociación entre las variables.

En caso de encontrar maltrato en el adulto mayor se realizó solicitud a trabajo social para su valoración y seguimiento. Así mismo se informó, en caso de que el paciente autorizara al médico encargado del paciente en caso de abuso físico para que se indique el tratamiento necesario.

Después de aplicar los cuestionarios, se detectaron a los pacientes con y sin maltrato y los cuidadores que tengan o no sobrecarga del cuidador, para posteriormente hacer el análisis estadístico y establecer si existe relación entre estas variables.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Los datos se captaron en hoja de datos en programa estadístico SPSS.

Se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 22 y se realizó el siguiente plan de análisis estadístico.

Estadística descriptiva para caracterizar la muestra, mediante medidas de tendencia central en caso de variables cuantitativas y distribución normal media con desviación estándar, y en caso de distribución no normal mediana con rangos intercuartílicos.

En el caso de variables cualitativas mediante porcentajes y proporciones.

Para establecer asociación entre las variables maltrato de cuidador y sobrecarga se realizó prueba Chi cuadrada y cálculo de OR.

Se plantearon las siguientes hipótesis: H_A . El maltrato en el anciano mayor de 75 años en el Hospital General de Zona No. 27 está asociado con la sobrecarga del cuidador. H_0 El maltrato en el anciano mayor de 75 años en el Hospital General de Zona No. 27 no está asociado con la sobrecarga del cuidador.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apega a los estudios en la declaración de Helsinki de 1974, su modificación en Tokio y su enmienda en 1983 con relación a los trabajos de biomédica en los seres humanos.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud, título quinto en Materia de Investigación para la Salud, y de acuerdo al mismo y basados en el artículo 16, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, se sujeta a su reglamentación ética por lo que se entregara un consentimiento informado esto de acuerdo a los artículos 20 y 21, el cual representa el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Garantizando la discreción de los resultados, así como la utilización de los mismos, solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.²³

De acuerdo al artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que

no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél. En adultos mayores se debe poner que si se encuentra deterioro cognitivo o demencia se deberá solicitar autorización a familiares o tutor legal. Una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes; El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y respecto a quien realice investigación en seres humanos el artículo 101 establece, en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

De acuerdo al artículo 17 de dicho reglamento, se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo.²³

RESULTADOS

Se estudiaron 74 pacientes adultos mayores de 75 años del Hospital General de Zona número 27 del IMSS, la edad media de la muestra fue de 83.3 años con una desviación estándar de ± 5.97 años, respecto al género 50% correspondieron al sexo femenino y 50% al masculino, el 87.3% de los adultos mayores no trabajaba, siendo el estado civil mas prevalente la viudez en un 45.9%, presentaron una escolaridad de 5.3 años con una desviación estándar de ± 3.3 años. **Tabla 1.**

Características Sociodemográficas de los adultos mayores de 75 años. N=74	
Edad x \pm DE	83.3 \pm 5.97
Genero	n (%)
- Masculino	37 (50%)
- Femenino	37 (50%)
Ocupación	n (%)
- Trabaja	9 (12%)
- No Trabaja	65 (87.3%)
Estado civil	n (%)
- Soltero	5 (6.8%)
- Casado	32 (43.2%)
- Unión libre	2 (2.7%)
- Separado	1 (1.4%)
- Viudo	34 (45.9%)
Escolaridad x \pm DE	5.36 \pm 3.31

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los adultos mayores de 75 años.

Se encontró que las principales características de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores de 75 años del Hospital General de Zona número 27 del IMSS, son las siguientes: la edad media es de 53.1 años con una desviación estándar de ± 13.6 años, respecto al género 73% eran del sexo femenino y 20% masculino, el 56.8% de los cuidadores primarios trabajan, el estado civil mas prevalente fue casado con un 51.4%, en cuanto a la escolaridad el 27% contaban con secundaria completa y preparatoria con un 25.7%. **Tabla 2.**

Características Sociodemográficas de los cuidadores primarios de los adultos mayores de 75 años. N=74	
Edad x ± DE	53.1 ± 13.6
Genero	n (%)
- Masculino	20 (27%)
- Femenino	54 (73%)
Ocupación	n (%)
- Trabaja	42 (56.8%)
- No Trabaja	32 (43.2%)
Estado civil	n (%)
- Soltero	18 (24.3%)
- Casado	38 (51.4%)
- Unión libre	9 (12.2%)
- Separado	3 (4.1%)
- Viudo	3 (4.1%)
- Divorciado	3 (4.1%)
Escolaridad	n (%)
- Primaria	16 (21.6%)
- Secundaria	20 (27%)
- Carrera comercial	4 (5.4%)
- Preparatoria/ Bachillerato	19 (25.7%)
- Licenciatura	15 (20.3%)

Tabla 2. Características Sociodemográficas de los cuidadores primarios de los adultos mayores.

Principales tipos de maltrato.

Se encontró que 56.8% de los adultos mayores de 75 años padecían algún tipo de maltrato. **Grafico 1.**

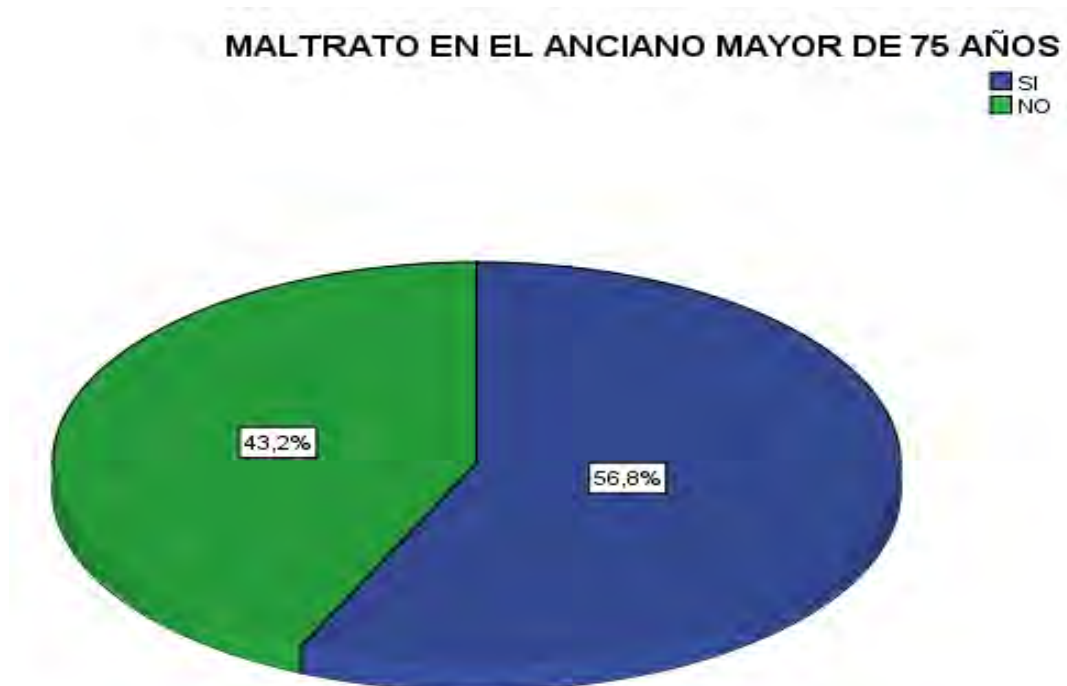


Grafico 1. Porcentaje de Maltrato en adulto mayor de 75 años.

Respecto al tipo de maltrato, el más prevalente fue el psicológico con un 36.5% y además se encontró que algunos adultos mayores son víctimas de más de un tipo de maltrato, presentando 5.4% maltrato psicológico y económico, y en algunos adultos mayores coexistieron hasta tres tipos de maltrato siendo los principales el maltrato psicológico, negligencia y económico y el psicológico, físico y económico con un 2.7% respectivamente. **Grafico 2.**



Grafico 2. Tipos de maltrato en el adulto mayor de 75 años.

Se descubrió que los hijos son las principales personas que ejercen maltrato en un 27%, seguido de la pareja con un 10.8%. **Tabla 3.**

Maltrato en los adultos mayores de 75 años. N=74		n (%)
Maltrato		
-	Si	42 (56.8%)
-	No	31 (41.9%)
Tipo		
-	Físico	1 (1.4%)
-	Psicológico	27 (36.5%)
-	Negligencia	0 (0%)
-	Económico	1 (1.4%)
-	Sexual	0 (0%)
-	Psicológico y Físico	2 (2.7%)
-	Psicológico, Negligencia y económico	2 (2.7%)
-	Psicológico y económico	4 (5.4%)
-	Psicológico y sexual	1 (1.4%)
-	Psicológico y Negligencia	2 (2.7%)
-	Psicológico, físico y económico	2 (2.7%)
Quien ejerce maltrato		
-	Pareja	8 (10.8%)
-	Hijos	20 (27%)
-	Nietos	1 (1.4%)
-	Hermanos	1 (1.4%)
-	Yerno	1 (1.4%)
-	Nuera	1 (1.4%)
-	Otros no familiares	6 (8.1%)
-	Rehúsa decirlo	4 (5.4%)

Tabla 3. Maltrato en los adultos mayores de 75 años.

Con respecto a la sobrecarga del cuidador el 72.9% de los cuidadores no presentaba sobrecarga, y 27.1% de los cuidadores presentaba sobrecarga, correspondiendo 13.5% a sobrecarga ligera y 13.5% a sobrecarga intensa.

Grafico 3.

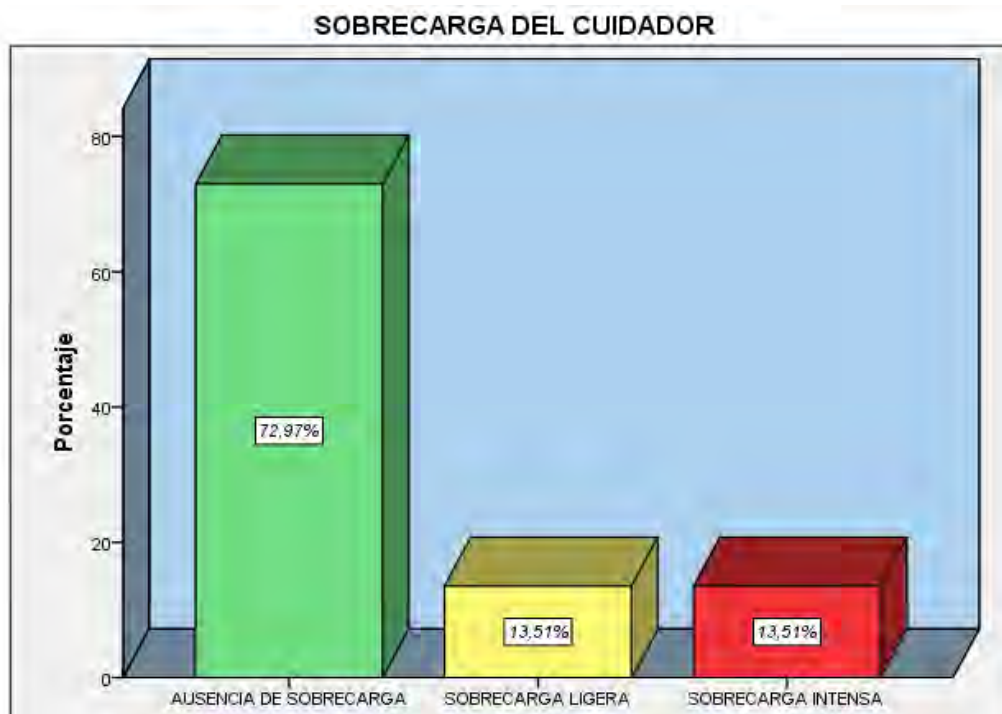


Grafico 3. Porcentaje de sobrecarga del cuidador.

Para establecer si la sobrecarga de los cuidadores es un factor de riesgo para maltrato de ancianos mayores de 75 años se dicotómizo la variable, estableciéndose con y sin sobrecarga. **Tabla 4**

Tabla de contingencia MALTRATO EN EL ANCIANO MAYOR DE 75 AÑOS * SOBRECARGA CUIDADOR

		SOBRECARGA		Total
		SI	NO	
MALTRATO EN EL ANCIANO MAYOR DE 75 AÑOS	SI	29	13	42
	NO	25	7	32
Total		54	20	74

Tabla 4. Tabla cruzada Maltrato del anciano mayor de 75 años / sobrecarga de cuidador

Se calculo Chi-cuadrada con un nivel de significancia de 5% y con 1 grado de libertad, de acuerdo a la tabla de valores de Chi cuadrado, tenemos un valor límite de 0.384, mientras que con el Chi cuadrado calculado es de 0.759. **Tabla 5**

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.759 ^a	1	.384	.438	.274
Corrección por continuidad ^b	.368	1	.544		
Razón de verosimilitudes	.769	1	.380		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	.749	1	.387		
N de casos válidos	74				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.65.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 5. Pruebas de Chi cuadrada

De acuerdo al resultado anterior encontramos que no hay diferencia entre grupos.

Se calculo el OR y la prevalencia de expuestos y no expuestos, encontrando una prevalencia de expuestos de 14 y una prevalencia de no expuestos de 8.

Con una razón de momios de 0.62, por lo que al ser menor a uno consideramos que la sobrecarga de los cuidadores no constituye un factor de riesgo para el maltrato de los adultos mayores de 75 años.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio el 56.8% de los adultos mayores de 75 años padecían algún tipo de maltrato y respecto al tipo de maltrato, el más prevalente fue el psicológico con un 36.5%, además se encontró que algunos adultos mayores son víctimas de más de un tipo de maltrato, presentando 5.4% maltrato psicológico y económico, y en algunos otros coexistieron hasta tres tipos de maltrato en un solo individuo, siendo los principales el maltrato psicológico, negligencia y económico y el psicológico, físico y económico con un 2.7% respectivamente. Lo cual corresponde con lo reportado por Laumann en una encuesta realizada a 3005 individuos residentes en la comunidad entre las edades de 57 a 85 años, encontrando una prevalencia del 9.0% para abuso verbal o psicológico, seguido del maltrato financiero con 3.5% y físico 0.2%.²⁴ Al igual que en el estudio realizado por Acierno, quien en una muestra de 5777 encuestados de 60 años de edad y mayores que vivían en la comunidad, encontró una prevalencia en un año de 4.6% para el abuso emocional, 1.6% para el abuso físico, 0.6% para el abuso sexual, 5.1% para potencial negligencia y 5.2% por abuso financiero.²⁵

Si bien nuestros resultados se correlacionan respecto al tipo de maltrato más frecuente es importante comentar que la prevalencia en nuestra población es mucho mayor alcanzando más del 50% de los adultos mayores lo cual supera lo reportado por los otros autores.

Dentro de los principales factores de riesgo que se identifican en el adulto mayor de 75 años en este estudio, se encontró que la edad media de la

muestra fue de 83.3 ± 5.97 años, sin ningún predominio de género ya que el 50% correspondió al sexo femenino y 50% al masculino, la mayoría de los adultos mayores no trabajaba, el estado civil mas prevalente fue la viudez y la mayoría tenía escolaridad básica en promedio de 5.3 ± 3.3 años. Nuestros resultados contrastan con lo encontrado por Naughton y colaboradores en 2010, quien reporto que las mujeres eran más propensas que los hombres con una incidencia de 2.4% en comparación con 1.9% en hombres, el nivel más alto de maltrato fue en personas divorciadas o separadas, los casados informaron el nivel más bajo de maltrato y este autor afirmo que existe una relación inversa entre el nivel de Maltrato y nivel de educación.¹⁹

En cuanto a las características de los cuidadores, en nuestro estudio los cuidadores primarios tenían en promedio 53.1 ± 13.6 años, predominando el género femenino, el 56.8% de los cuidadores primarios trabajaban, el estado civil mas prevalente fue casado, en cuanto a la escolaridad el 27% contaban con secundaria completa y preparatoria. Se corrobora que los hijos son las principales personas que ejercen maltrato en un 27%, seguido de la pareja con un 10.8%, nuestros resultados son concordantes con lo reportado en la literatura. La evidencia científica afirma que el perfil de los cuidadores informales que suelen padecer sobrecarga es el de una mujer (64% de los casos) de 52-56 años de media, respecto al grado de Parentesco entre el enfermo y el cuidador, el 54-56% de los casos son sus hijas, el grado de escolarización del 48,6% de los cuidadores informales son de estudios primarios.^{19, 20}

En cuanto al objetivo principal del estudio el cual fue identificar la asociación entre maltrato en los ancianos mayores de 75 años y la sobrecarga del cuidador, encontramos que el 27.1% de los cuidadores presentaba sobrecarga, correspondiendo 13.5% a sobrecarga ligera y 13.5% a sobrecarga intensa. Lo cual no corresponde con un estudio realizado en 2011 por Mahmoud y colaboradores en el cual se estudiaron 150 personas mayores de 60 años, los cuales se encontraban en residencias geriátricas y se incluyeron 50 cuidadores que trabajaban en el mismo lugar, en donde se corroboró que más del 60% de los cuidadores se sentían emocionalmente agotados y hasta el 70% de los adultos mayores reportaron haber sufrido algún tipo de abuso psicológico, afirmando que existen fuertes asociaciones positivas entre los niveles agotamiento emocional de los cuidadores y los niveles de abuso psicológico de ancianos.²⁶

Para realizar la asociación entre las variables se dicotomizó la variable con y sin sobrecarga del cuidador, posteriormente mediante la prueba de Chi cuadrado, se concluyó que no hay diferencia estadísticamente significativa. Finalmente se realizó un cálculo de OR con un valor de 0.62; por lo anterior concluimos que en este estudio no encontramos relación entre el maltrato en el anciano mayor de 75 años en el Hospital General de Zona Numero 27 no está asociado con la sobrecarga del cuidador.

CONCLUSIÓN

Actualmente la información sobre la magnitud del maltrato en la población de ancianos es escasa, sobre todo en este país. En este estudio pudimos corroborar que en nuestra población derechohabiente la prevalencia de maltrato en el anciano mayor de 75 años, se encuentra muy por arriba de lo reportado por la literatura a nivel mundial. Durante el estudio nos percatamos que indagar sobre este fenómeno es una tarea complicada, puesto que los adultos mayores no quieren reconocerse como víctimas de maltrato o en ocasiones ignoran que la situación en la que viven es una situación de maltrato. Resulta un hallazgo relevante puesto que se sabe que el maltrato puede aumentar la morbi-mortalidad en esta población.

Dentro de la literatura se ha descrito como factor de riesgo para maltrato del adulto mayor la presencia de cuidadores agotados, sin embargo lo anterior no pudo ser demostrado en este estudio.

Durante la realización del estudio se identificaron únicamente dos adultos mayores en situación de abuso físico, el cual fue informado y oportunamente atendido por trabajo social de esta institución.

PERSPECTIVA

Considero que este estudio aportó valiosa información sobre el maltrato en la población derechohabiente de nuestra unidad. Dentro de las limitantes de este estudio fue que se enfocó únicamente a la sobrecarga del cuidador como factor de riesgo para el maltrato. Ahora que se conoce el alta prevalencia del maltrato en los adultos mayores de la institución, considero deberán realizarse más protocolos de estudio dirigidos a identificar otros factores que están contribuyendo al maltrato de esta población vulnerable con el fin de implementar estrategias para su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Research Council, Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Bonnie RJ, Wallace RB, editors. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Washington (DC): National Academies Press; 2003. Disponible en:
[www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98802/doi: 10.17226/10406](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98802/doi:10.17226/10406)
2. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Original article: Social Research, Planning and Practice. Development and psychometric properties of the geriatric mistreatment scale. Geriatr Gerontol Int; 13: 466-474.2013.
3. Lachs MS, Pillemer K: Abuse and neglect of elderly persons. N.Engl.J.Med. February 16; 332(7):437- 43. 1995
4. Elder abuse and neglect in search of solutions. The American Psychological Association. Washington, DC. 2012 disponible en:
<http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf>
5. Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España [Neglect and maltreatment of older people in Spain]. Revista Española Geriátría y Gerontología, 36:8–14. 2001.
6. Guía de Práctica Clínica.Detección Y Manejo Del Maltrato En El Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

7. García IJ. El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas. *Oñati Socio-Legal Series*, 1:[8]1-26. 2011.
8. Lafferty A, Treacy MP, Fealy G, Drennan J, Lyons I. Older people's experiences of mistreatment and abuse, National Center for the Protection of Older People, University College Dublin, 2012.
9. National Health Policy Forum. The Elder Justice Act: Addressing Elder Abuse, Neglect, and Exploitation. November 30, 2010. Disponible en: www.nhpf.org/library/the-basics/Basics_ElderJustice_11-30-10.pdf
10. Arellano PM, Garreta BM, Cervera AA. Capítulo 12. Negligencia, abuso y maltrato. En: Sociedad española de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Ed. Madrid; Martes; p. 133-140. 2011.
11. Gibbs LM, Mosqueda L. Confronting elder mistreatment in long-term care. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 12[4]:30-35, 2004.
12. Terry F, Gregory P, Carla V, Fairchild S, Guadagno L, Bolton-BlattM. Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *Gerontologist*; 45 (4): 525-534, 2005. DOI: 10.1093/geront/45.4.525

13. Guía de Práctica Clínica. Atención Integral A Las Personas Con Enfermedad De Alzheimer Y Otras Demencias. Cataluña, España: Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad; 2010.
14. Peón Sánchez MJ. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el "síndrome del cuidador". *Enfermería Científica*; marzo-abril:264-265, 2004.
15. Pérez Rojo G, Chulian A. Marco Conceptual De Los Malos Tratos Hacia Las Personas Mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 127-167, 2013.
16. López-Centeno ML. Capítulo 13: Maltrato. En: Rodríguez-García R, Lazcano-Botello G. *Práctica de la Geriátría*. 3ª edición. México, McGraw-Hill; 88-93, 2011.
17. Zarit SH, Reever KE, Bach Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist*; 20, 649-655. 1980.
18. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. Marzo 37(2):151-60. 2008.
19. Naughton C, Drennan J, Treacy P, Lafferty A, Lyons L, Phelan A, Quin S, et al. *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: report of the national study*

of elder abuse and neglect. National Centre for the Protection of Older People at University College Dublin. Dublin, 2010: Disponible en:

<http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf>

20. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores, Nota descriptiva. Ginebra; Centro de prensa OMS; Septiembre de 2016.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>

21. Acierno R. Elder Mistreatment: Epidemiological Assessment Methodology.

In: National Research Council. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Bonnie RJ, Wallace RB, editors. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. 10. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98804/>

22. Dirección de Atención Geriátrica. Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores. Instituto Nacional de las personas adultas Mayores, departamento de Enseñanza, Investigación e información.

Disponible en:

http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf

23. Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud [En línea]. México: Diario Oficial De La Federación. 1986. (fecha de

acceso 12 Mayo 2016). Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

24. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States.

J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 63:S248–S254.2008.

25. Acierno R, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual,

financial abuse and potential neglect in the United States. Am J Public Health. 100:292–297. 2010.

26. Mahmoud M. F, Hanan A.E, Hanaa H. A. Correlation between Caregivers'

Burnout and Elderly Psychological Abuse. Journal of American Science; 7(1):206-214. 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ANCIANO MAYOR DE 75 AÑOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación del maltrato en el anciano mayor de 75 años con la sobrecarga del cuidador en el hospital general de zona n. 27"
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Hospital General de Zona No. 27, a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar cuál es la asociación entre maltrato en los ancianos mayores de 75 años y la sobrecarga del cuidador.
Procedimientos:	Se le aplicará un cuestionario a usted y a su cuidador de opción múltiple que permitirá determinar si existe maltrato y sobrecarga del cuidador.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no implica ningún riesgo para el adulto mayor ni para el cuidador primario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	De acuerdo a la OMS existe evidencia sobre los efectos que el maltrato tiene sobre la salud de los ancianos, por lo que al detectarlo permitirá instaurar medidas para prevenirlo y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Tanto usted como paciente, como su cuidador pueden solicitar información sobre los resultados de los cuestionarios. Solo en caso de que se detecte algún tipo de maltrato hacia el anciano, se solicitará intervención por psicólogo o trabajo social con el fin de prevenir y brindar estrategias al cuidador primario
Participación o retiro:	Si usted acepta participar en el estudio deberá firmar el consentimiento, no se modificara el tratamiento que requiera. En caso de no aceptar continuar con el estudio el adulto mayor o el participante podrán retirar su consentimiento sin que esto repercuta sobre la atención que recibe en el hospital.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que usted proporcione son confidenciales únicamente los investigadores conocerán los resultados, y en caso de que se encuentre maltrato y siempre y cuando usted lo acepte se solicitará la intervención del especialista en psicología o trabajo social.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si usted lo requiere puede intervenir trabajo social y psicología.
Beneficios al término del estudio:	Se diagnosticara el maltrato en caso de que exista y se determinara la presencia de sobrecarga del cuidador ambas requieren tratamiento lo cual mejora la calidad de vida tanto del paciente como de su cuidador.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Verónica Durán Gómez medico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZ No. 27.
Colaboradores:	Dra. Saraí García Yopez. Residente de Geriatria del HGZ No. 27. Dra. Flor Magdalena Lozano Villalba coordinadora de enseñanza en HGZ 27.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADOR PRIMARIO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación del maltrato en el anciano mayor de 75 años con la sobrecarga del cuidador en el hospital general de zona n. 27"
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Hospital General de Zona No. 27, a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar cuál es la asociación entre maltrato en los ancianos mayores de 75 años y la sobrecarga del cuidador.
Procedimientos:	Se le aplicará un cuestionario a usted y al adulto mayor que se encuentra a su cuidado, de opción múltiple que permitirá determinar si existe maltrato y sobrecarga del cuidador.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no implica ningún riesgo para el adulto mayor ni para el cuidador primario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	De acuerdo a la OMS existe evidencia sobre los efectos que el maltrato tiene sobre la salud de los ancianos, por lo que al detectarlo permitirá instaurar medidas para prevenirlo y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Tanto usted como cuidador como su paciente, pueden solicitar información sobre los resultados de los cuestionarios. Solo en caso de que se detecte algún tipo de maltrato hacia el anciano, se solicitará intervención por psicólogo o trabajo social con el fin de prevenir y brindar estrategias a usted como cuidador primario
Participación o retiro:	Si usted acepta participar en el estudio deberá firmar el consentimiento, no se modificara el tratamiento de su paciente. En caso de no aceptar continuar con el estudio podrá retirar su consentimiento sin que esto repercuta sobre la atención que recibe en el hospital.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que usted proporcione son confidenciales únicamente los investigadores conocerán los resultados, y en caso de que se encuentre maltrato y siempre y cuando el adulto mayor y usted lo acepten se solicitará la intervención del especialista en psicología o trabajo social.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si usted lo requiere puede intervenir trabajo social y psicología.
Beneficios al término del estudio:	Se diagnosticara el maltrato en caso de que exista y se determinara la presencia de sobrecarga del cuidador ambas requieren tratamiento lo cual mejora la calidad de vida tanto del paciente como de su cuidador.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Verónica Durán Gómez medico adscrito al servicio de Medicina Interna del HGZ No. 27.
Colaboradores:	Dra. Saraí García Yopez. Residente de Geriátría del HGZ No. 27. Dra. Flor Magdalena Lozano Villalba coordinadora de enseñanza en HGZ 27.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Hoja de recolección de datos adulto mayor de 75 años.

Folio: _____

Nombre. _____

Dirección. _____ Teléfono _____

Edad: _____ ocupación: Trabaja ____ No Trabaja _____

Género: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero ____ Casado ____ Unión Libre ____ Separado
____ Viuda _____

Escolaridad: _____

Escala Geriátrica de Maltrato. _____

Hoja de recolección de datos cuidador

Folio: _____

Nombre. _____

Dirección. _____ Teléfono _____

Edad: _____ ocupación: Trabaja ____ No Trabaja _____

Género: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero ____ Casado ____ Unión Libre ____ Separado
____ Viuda _____

Escolaridad: _____

Sobrecarga del cuidador: 1 ausencia de sobrecarga _____

2. Sobrecarga ligera _____

3. sobrecarga intensa _____

Escala de maltrato

	A Si su respuesta es si, pase a B	B ¿Esto ocurrió..	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D ¿Quién fue el responsable?	E ¿Es hombre o mujer?
Durante los últimos 12 meses usted...	0- No 1- Si No respondió	1.una vez. 2.pocas veces 3.muchas veces No respondió	01 un año y menos No recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2.Mujer
Físico					
1. ¿Le han golpeado?					
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?					
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?					
4. ¿Le han aventado algún objeto?					
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?					
Psicológico					
6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?					
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?					
8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?					
9. ¿Le han hecho sentir miedo?					
10. ¿No han respetado sus decisiones?					
11. ¿Le han prohibido salir o que lo visiten?					
Negligencia					
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?					
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?					
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?					
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?					
Económico					
16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?					
17. ¿Le han quitado su dinero?					
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?					
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?					
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna propiedad?					
Sexual					
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?					
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?					

Escala Zarit

Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familiar)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidador de su familiar afecta negativamente la relación que ud tiene con otros miembros de su familiar?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. Siente que su vida se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar lo considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar					