

Enric Rehues Grau

La sobrecarga del cuidador según la sintomatología neuropsiquiátrica de las personas con deterioro cognitivo mayor.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Margarita Torrente Torné

Grado de psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2022

Índice

Resumen	1
Abstract.....	2
Justificación.....	3
Marco teórico.....	4
Envejecimiento	4
Cambios neurológicos asociados a la edad	6
Deterioro Cognitivo Leve (DCL)	8
Trastorno cognitivo mayor	10
Prevalencia	12
Clasificación.....	12
Síntomas neuropsiquiátricos y su evolución	14
La figura del Cuidador	16
Estrés del cuidador	17
Afrontamiento.....	18
Intervención	18
Hipótesis y Objetivos	20
Objetivo principal:	20
Objetivos específicos:.....	20
Hipótesis:.....	20
Metodología.....	21
Participantes.....	21
Instrumentos	21
Escala Zarit.....	21
Test Barcelona 2: Escala neuropsiquiátrica	22

Instrumento de recogida de datos	23
Procedimiento	23
Análisis de datos	24
Resultados	25
Discusión	30
Conclusiones	31
Bibliografía	32
Anexos	41
Anexo 1. Escala Zarit utilizada	41
Anexo 2. Escala neuropsiquiátrica del TB-2	43
Anexo 3. Consentimiento informado	48

Resumen

La sociedad está envejeciendo cada vez más y más, este proceso conlleva de manera inherente una alta probabilidad de desarrollar un trastorno cognitivo mayor. Esto es una problemática que afecta a nivel social, familiar, económico y sanitario. Esta investigación va dirigida a todos los cuidadores informales, se espera que pueda llegar a ser de gran ayuda, para poder prevenir la sobrecarga del cuidador a partir de la identificación de los síntomas neuropsiquiátricos y conductuales que más sobrecarga generan.

En el presente estudio, participa una muestra de 38 cuidadores informales, la mayor parte mujeres (92,1%) y la media de edad es de 54,61 años. El objetivo principal es: investigar si realmente los síntomas neuropsiquiátricos medidos mediante la escala neuropsiquiátrica del test Barcelona 2, y las puntuaciones de la escala Zarit ampliamente utilizada para cuantificar la sobrecarga del cuidador, tienen algún tipo de relación. Además, investigar que síntomas afectan a la sobrecarga del cuidador en mayor o menor medida y si hay relación entre la edad del cuidador y la sobrecarga.

Los resultados han indicado que la correlación entre los síntomas neuropsiquiátricos y la sobrecarga del cuidador es media-alta ($,714$), asimismo, se concluyó que la agresividad y labilidad emocional, son los síntomas que más correlacionan con altas puntuaciones en la escala Zarit, y la lentitud, y la falta de atención los que menos. Finalmente, no se extrajo una relación lineal entre la edad de los cuidadores y el nivel de sobrecarga.

Palabras clave

Cuidador, estrés, envejecimiento, Zarit, Barcelona 2, demencia, escala neuropsiquiátrica.

Abstract

Society is aging more and more, and this process inherently entails a high probability of developing a major cognitive impairment. It is a social, an economical, a health, and a family issue. This research is aimed at all informal caregivers, and it is hoped to be used as a great help to prevent any burdens for them by identifying the patients' neuropsychiatric and behavioural symptoms which cause the most stressful situations.

A sample of 38 caregivers participated in this study, most of them women (92.1%) with an average age of 54.61. The main purpose of this study is to investigate whether the neuropsychiatric symptoms measured by the neuropsychiatric scale of the Barcelona 2 test and the scores of the Zarit scale, widely used to quantify caregivers' stress, are related. In addition to that, another purpose is to identify which symptoms have a greater or lesser impact on a caregiver's burden and whether there is a relationship between a caregiver's age and his/her levels of stress.

The results have indicated that the correlation between neuropsychiatric symptoms and caregivers' burden is medium-high (.714), and it was also concluded that aggressiveness and emotional lability are the most correlated symptoms with highest scores on the Zarit scale, whereas slowness and inattention were discovered to be the least common ones. In the end, no linear relationship was found between the age of the caregivers and their levels of burden.

Key words

Caregiver, stress, aging, Zarit, Barcelona 2, dementia, neuropsychiatric scale.

Justificación

Mi paso por la Associació d'Alzheimer de Reus i Baix Camp en las prácticas de estimulación cognitiva me hizo ver la vida con otra perspectiva. Y la verdad, había muchos días que; por intentar dar lo mejor de mí mismo, acababa muy cansado física y mentalmente. Esta situación me hizo empatizar con el estrés que pueden tener los cuidadores, ya sean formales o informales, de las personas con deterioro cognitivo mayor.

No creo que sea el oficio al que quiera dedicar mi futuro y espero no ser nunca cuidador informal. Mi admiración hacia los cuidadores no ha hecho más que aumentar a lo largo de las jornadas de prácticas, su determinación, paciencia y dedicación han generado un notorio impacto en mi persona y han sido los desencadenantes para escoger este trabajo en particular.

La presente investigación está ideada con el propósito de la prevención, o lucha contra el síndrome del cuidador a través de los resultados obtenidos entre dos escalas. La escala Zarit, ampliamente utilizada para medir la sobrecarga del cuidador y la escala de evaluación neuropsiquiátrica que utiliza el test Barcelona 2 (TB-2), siendo esta relativamente nueva, especializada en la evaluación de síntomas neuropsiquiátricos.

Quiero estudiar, a través de las puntuaciones que obtenga mediante un cuestionario de *Google forms*, qué síntomas psicológicos o conductuales del paciente afectan más o menos en este estrés típico de los cuidadores.

Y así, al diagnosticar cualquier tipo de sintomatología presente al paciente afectado por el trastorno cognitivo mayor, preparar una intervención adecuada para prevenir los problemas físicos, psíquicos, sociales y económicos propios del síndrome del cuidador.

Marco teórico

Envejecimiento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) el envejecimiento es definido como: “el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte”

Cabe destacar, que el envejecimiento no es lineal ni tampoco homogéneo, además no está únicamente ligado con la edad. Es un factor multidimensional en el que no solo los factores biológicos son los que alteran la velocidad en que se produce, también influyen otros factores como los económicos, sociales y psicológicos.

El envejecimiento en las personas genera más probabilidad de contraer una enfermedad neurodegenerativa, por lo tanto, las edades avanzadas son un factor de riesgo. Este tipo de enfermedades, como afectan a las capacidades tanto físicas como mentales de manera progresiva, pueden llegar a provocar que la persona tenga una situación de incapacidad (Lafontaine, 2010).

Como se ha dicho anteriormente, el envejecimiento no es lineal ni homogéneo, ha sido muchas veces asociado con la vejez, fragilidad y, como no, dependencia. Pero, a lo largo de los años esta manera de ver la vejez ha cambiado, se ha demostrado que envejecer “bien” es posible. Y hay muchos estudios dedicados a descubrir cómo envejecer de una manera óptima (Cheng, 2015).

Uno de los modelos pioneros y hoy en día uno de los más influyentes es el de Rowe y Kahn (1987, 1997). Estos investigadores hacen una división entre tres tipos de envejecimiento; el envejecimiento con éxito, el envejecimiento normal y el patológico.

Para poder disfrutar del envejecimiento con éxito, todos disponemos de tres componentes multidimensionales: el alto compromiso con la vida, el alto funcionamiento cognitivo y físico, y una baja posibilidad de presentar discapacidad. La combinación de estos tres componentes genera el envejecimiento con éxito.

Anteriormente, los estudios científicos aseguraban que solamente existía la vejez patológica y la no patológica, pero, tenemos que distinguir entre las personas con: un envejecimiento usual o normal, que son personas que no tienen patologías, pero existe un cierto riesgo de tenerlas, el envejecimiento patológico, personas con patologías que realmente afectan a su vida de manera negativa, y el óptimo, que es la suma de las tres dimensiones anteriormente nombradas (Calero et al., 2018).

Este modelo, desde que se publicó, ya obtuvo serias críticas sobre su validez, alegando que estaba incompleto, porque no se tienen en cuenta aspectos de contexto que influyen directamente en el envejecimiento (Riley, 1998). Ha sido interpretado de muchas maneras, se han añadido componentes y no hay todavía ningún acuerdo uniforme sobre qué es el envejecimiento con éxito (McLaughlin, 2012).

Cambios neurológicos asociados a la edad

Los años pasan, y hay ciertos cambios inevitables dentro del sistema nervioso central. Los cambios son morfológicos y funcionales, lo que provoca, según su magnitud, la posibilidad de generar una situación de dependencia personal (Borson, 2010).

El cerebro disminuye su masa cerebral durante el proceso de envejecimiento. La disminución de la masa cerebral aumenta la dilatación de los ventrículos, lo que produce más líquido cefalorraquídeo y un aumento de las cisuras cerebrales (Preston, 2001).

Estos cambios morfológicos y funcionales, implican un daño a nivel neurológico que afecta en gran medida a las áreas de atención y memoria (Glisky, 2007). Estas áreas, influyen directamente en el bajo rendimiento en las funciones ejecutivas, la inflexibilidad, el procesamiento visoespacial, cambios en la motricidad, la memoria de trabajo, la capacidad de aprendizaje, y el procesamiento de la información, entre otras (López et al., 2009).

Uno de los cambios morfológicos que hay en el envejecimiento, es la alta presencia de la proteína β -amiloide, que se puede observar en los jóvenes en menor cantidad que en personas con edades más avanzadas. La presencia de cantidades excesivas de esta proteína está relacionada con las primeras causas de la enfermedad del Alzheimer (EA) (Menéndez et al., 2002).

De la misma manera, hay otros cambios asociados a trastorno cognitivo mayor de la EA, porque su presencia es imprescindible para el diagnóstico. Estos son: La alteración interneuronal de ovillos neurofibrilares debido a la presencia de proteína Tau, y la alteración extraneuronal de las placas seniles causada por la proteína β -amiloide (Morris et al., 1996).

También, se puede observar la presencia de cambios neuroquímicos como la disminución del neurotransmisor de Acetilcolina (ACh). Existe una relación entre esta reducción y la presencia de alteraciones en la memoria (Ruetti et al., 2009).

Finalmente, es importante mencionar como la disminución de las hormonas sexuales asociada a la edad, tanto en hombres como en mujeres, afectan negativamente a la plasticidad del hipocampo (Korosi et al., 2012).

Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un estado previo al deterioro cognitivo mayor. Es muy heterogéneo porque es muy difícil determinar con exactitud la división que separa la fase sintomática y la asintomática de este deterioro.

Hay diferentes subtipos de DCL según las áreas afectadas del cerebro, por un lado si hay presencia de una alteración en la memoria o no, y por el otro lado, si hay solo un dominio afectado o más. Estos dominios pueden ser el lenguaje, funciones ejecutivas, viso-constructivas, visoespaciales, entre otros. (Petersen, 2003)

Según Nilton et al., (2012), si hay alteración en la memoria, se denomina DCL amnésico, es el más conocido y tiene más probabilidad de tener un pronóstico más benigno.

Y, si hay alteración en la memoria y en otro dominio se conoce como DCL amnésico de dominios múltiples, este es muy posible que derive hacia una demencia tipo EA.

Si la alteración se observa en un área que no es la memoria, se denomina DCL no amnésico de dominio único, es el más relacionado con las demencias no relacionadas con la EA, como la demencia vascular (DV), frontotemporal (DFT), cuerpos de Lewy (DLB) y Parkinson (EP) (Petersen, 2003).

Cuando hay más de un dominio afectado sin alteración en la memoria, se conoce como DCL multidominio no amnésico, además este parece estar asociado con la demencia DV y EA (Petersen, 2003).

Tabla 1. *Criterios diagnósticos del DCL*

A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en las pruebas del rango de una a dos desviaciones estándar por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son insuficientes para intervenir con la independencia (por ejemplo, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, tareas complejas como el manejo de medicación o dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Nota. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5) del American Psychiatric Association's (2013)

Según Plassman et al. (2008), después de ser diagnosticado con un DCL, las personas afectadas desarrollan trastorno cognitivo mayor entre un 8% i 15% de los casos anuales. Además, cuanto más tiempo tengas un DCL, más probabilidad hay de evolucionar hacia un trastorno cognitivo mayor. Según estudios de Petersen (2004), 6 años de DCL generan un 80% de posibilidades de tener algún tipo de deterioro cognitivo mayor.

La evolución hacia un trastorno cognitivo mayor o regresar a valores de normalidad dependerá de la detección precoz, para así, poder hacer una intervención que permita la recuperación o el mantenimiento de las funciones cognitivas. La ausencia de depresión, un alto nivel educativo, no comorbilidad con otras enfermedades, tener un círculo social amplio, estar casado/a, entre otras, son factores protectores para que el DCL no evolucione (Vega Alonso, 2018).

Trastorno cognitivo mayor

De acuerdo con la OMS (2021) "el trastorno cognitivo mayor es un síndrome gradual y crónico caracterizado por el deterioro de más de un dominio cognitivo con más velocidad que el proceso normal de envejecimiento. Esta, afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación."

Para tratar este problema de salud, se necesita un trabajo interdisciplinar. Porque, no solo afecta a la persona en cuestión, también afecta a su familia y cuidadores. Cabe destacar, que los distintos profesionales que tratan a un paciente tienen que estar preparados porque están constantemente relacionándose con él y pueden desarrollar el síndrome de sobrecarga del cuidador (Márquez Alfonso, 2009).

El DCL es el estado transición entre el envejecimiento normal y el trastorno cognitivo mayor en etapas tempranas. En el trastorno cognitivo mayor la disminución en los dominios cognitivos es mucho más rápida que en DCL y

presenta una mayor afectación en la independencia de su día a día (Petersen, 2004).

Tabla 2. *Criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo mayor*

A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en las pruebas del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia de la vida diaria.

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Nota. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5) de la American Psychiatric Association's (2013)

Prevalencia

La prevalencia en España del deterioro cognitivo mayor está entre el 4 y el 9%, en personas mayores de 65, y entre 31-54% a partir de los 90 años. Por encima de los 85 años llega a alcanzar una prevalencia de un 45,3%, pero puede variar según el nivel de estudios y su contexto social (Vega et al., 2018).

Hay diferencias significativas entre sexos, la prevalencia del trastorno cognitivo mayor en mujeres mayores de 65 superior (Villarejo et al., 2021).

La EA es la causa más frecuente de trastorno cognitivo mayor en este país, hasta el 70% de los trastornos cognitivos mayores son de este tipo. Le precede la DV que está entre el 12,5 y 27%. La tercera causa con más prevalencia es la demencia DLB, esta, forma parte del 15-25% de todos los casos.

Le sigue la DFT con una prevalencia de un 5-10%. Finalmente, hay más trastornos cognitivos mayores como la parálisis supranuclear progresiva (PSP), pero la EA, la DV, los DLB y la DFT son las que tienen más prevalencia (Miras et al., 2018).

Un informe del Alzheimer 's Disease Internacional (ADI) publicado el 2019 expone la presencia de más de 50 millones de personas en el mundo con trastorno cognitivo mayor. Además, comenta que al 2015, los gastos a nivel mundial de este tipo de enfermedades fueron de aproximadamente 818.000 millones de dólares. Esto es claramente un problema a nivel social, clínico y económico.

Clasificación

Los trastornos cognitivos mayores o demencias se pueden clasificar de diferentes maneras: De forma anatómica/topográfica (según la zona que afecta), también dependiendo de su etiología, la edad de inicio, su causa, evolución, entre otras (Ibarrola et al., 2016).

La clasificación topográfica se divide entre los trastornos cognitivos mayores corticales y subcorticales.

La sustancia gris, está presente en un área más periférica del encéfalo y la sustancia blanca se encuentra en los tejidos más profundos, esta última, se diferencia fácilmente de la sustancia gris porque está compuesta de fibras nerviosas mielinizadas. Las demencias pueden afectar tanto a la sustancia blanca, como a la gris, y son demencias cortico-subcorticales o mixtas si afectan a las dos a la vez. En el caso de estar más dañada la sustancia gris será una demencia cortical y si está más dañada la blanca será subcortical (Aguilar et al., 2016).

Por un lado, las demencias corticales están asociadas a trastornos de memoria, lenguaje, orientación y atención. Dependiendo de la zona que está afectada, pueden producir otro tipo de problemas como la agnosia y alucinaciones cuando la parte dañada es la corteza sensorial, o trastornos de conducta si está más afectada la corteza frontal y prefrontal. Dentro de las demencias corticales se encuentran: enfermedad de EA, DFT y atrofia cortical asimétrica.

Por otro lado, las demencias subcorticales están asociadas con las estructuras más internas como, por ejemplo: El tálamo, ganglios basales, el cerebelo, los núcleos del tronco cerebral, entre otros. Dependiendo de la estructura afectada, aparecerán diferentes tipos de síntomas. Puede aparecer apatía, temblores, rigidez, caídas, alteración de la marcha, trastornos mnésicos y demás. Las demencias de este tipo son: EP, PSP, demencia por VIH, Neurosífilis, Hidrocefalia, entre muchas otras (Ibarrola et al., 2016).

Finalmente, hay demencias cortico-subcortical o mixtas, como puede ser la DV según el área que afecte, la demencia por DLB y hay evidencia que existe también en la enfermedad de EA aún que en el DSM-5 no esté reconocido (López-Álvarez et al., 2015).

Síntomas neuropsiquiátricos y su evolución

Como se ha indicado en el inicio del marco teórico, el curso del trastorno cognitivo mayor o demencia es progresivo.

En la mayoría de las demencias, pero sobre todo en la EA, las primeras etapas se caracterizan por afectar la memoria a corto plazo y las funciones ejecutivas. Son concurrentes las manifestaciones neuropsiquiátricas de apatía, depresión, irritabilidad y ansiedad. Además, afecta a las AVD, primero disminuyen las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), luego las actividades instrumentales de la vida diaria (AIV) y finalmente, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Paralelamente, y cuando el trastorno cognitivo mayor está más avanzado, son más recurrentes los déficits a nivel motor, hay presencia de temblores, disfagia, trastorno de la marcha, incontinencia de esfínteres, entre otros síntomas. Finalmente, el paciente no puede moverse y acaba falleciendo por alguna complicación clínica.

Las demencias como la PSP, la degeneración corticobasal (DCB), y la enfermedad del Parkinson con demencia (PDD). Juntamente, con la DFT y los DLB presentan un desarrollo que empeora gradualmente hasta la pérdida de autonomía, que es más grave, cuando hay síndrome extrapiramidal, disfagia y disartria. Su sintomatología típica es la inhibición y apatía, en la DLB aparecen alucinaciones visuales, trastorno del sueño REM, y fluctuaciones del nivel de alerta.

Por otro lado, en la DV, no se puede predecir su desarrollo en exactitud porque sus síntomas varían dependiendo de las estructuras cerebrales afectadas, pero tendrá más estabilidad si no se da ningún problema de carácter vascular (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) agravan el deterioro cognitivo, funcional y la autonomía. Estos, crean mucho sufrimiento sobre el cuidador y el paciente. Pueden llegar a aparecer en cualquier momento de su curso, de una manera muy diferente, porque dependen de los factores ambientales, y personales de cada persona (Olazarán-Rodríguez et al., 2012). Además, los SPCD que más sobrecarga del cuidador generan son: la ansiedad, la depresión y los trastornos de sueño (Acosta-Castillo, et al., 2012).

Según Muquebil & Rodríguez (2019) "Las personas con demencia pueden presentar 3 tipos principales de SCPD: trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad y apatía); agitación (agresividad, irritabilidad, inquietud, gritos y deambular errático) y síntomas psicóticos (alucinaciones visuales, auditivas y delirios)"

Finalmente, según la OMS (2020) a ninguna persona le afecta la demencia de la misma manera, dependerá de los rasgos de personalidad y el grado de impacto que le produce la enfermedad. Hay diferentes tipos de signos y sintomatología asociados a este tipo de enfermedades y estos aparecen en diferentes fases de la enfermedad. Estas fases se distinguen en tres etapas:

Etapa temprana: Al principio no hay síntomas claros de un trastorno cognitivo mayor, se asocia a la edad. A medida que evoluciona la enfermedad hay un crecimiento de su sintomatología. Es muy típica la tendencia al olvido, la desorientación espacial y temporal.

Etapa intermedia: Mientras la demencia va evolucionando hacia esta etapa, cada vez se hace más notoria la presencia de la enfermedad, la persona va perdiendo autonomía poco a poco. Se caracteriza por una amnesia anterógrada, anomia, desubicación espacial más visible, precisan ayuda en las AVD y presentan cambios a nivel comportamental.

Etapa tardía: En esta última etapa, la pérdida de autonomía e incluso inactividad son casi totales. La memoria está muy deteriorada. La persona tiene muchas dificultades para reconocer a familiares y amigos, necesitan todavía más ayuda en las AVD, dificultades para caminar y alteraciones conductuales .

La figura del Cuidador

No todos los familiares cercanos al paciente prestan los mismos cuidados. Los responsables de la persona en cuestión se denominan "cuidadores". Según De los Reyes (2001), El cuidador es: *"aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales"*

La figura del cuidador es una gran ayuda. Así, la persona puede hacer las tareas de su día a día, le facilita la alimentación, el ejercicio físico, vestirse, dar medicinas, la higiene personal, etcétera (Ríos y Galán, 2012).

Hay dos tipos de cuidadores, el cuidador informal y el formal. El primero es un cuidador que no obtiene un beneficio económico por prestar ayuda a la persona en cuestión, normalmente forma parte de la familia (hijos o cónyuges en la mayoría de las ocasiones) e invierte mucho tiempo, mucho esfuerzo físico, emocional, y económico. El formal no es parte de la familia, tiene una retribución económica, y puede tener estudios o no para ser cuidador (Lavretsky, 2005).

La mayoría de las veces, quien hace de cuidador informal es una mujer de unos 60 años de media, y normalmente es su hija, esposa o madre. Hay estudios que indican que el 84% de los cuidadores son cuidadoras (Fernández et al., 2020).

Estrés del cuidador

Según Robine et al., (2007) la demencia provoca una gran sobrecarga de la familia, porque tienen que reestructurar su vida e invertir mucho tiempo para cuidar de la persona con esta patología.

Hay estudios que evidencian como el cuidador tiene cargas objetivas y subjetivas:

Las cargas objetivas son las que se pueden cuantificar, como, por ejemplo: El número de horas que se dedican a la atención de la persona, cuánto dinero se gasta con el paciente y la alteración de rutinas.

Las cargas subjetivas son los sentimientos, reacciones emocionales y esquemas cognitivos disfuncionales hacia su rol de cuidador. Esto produce incongruencias emocionales, todos los intereses que tenías antes quedan olvidados porque los antepones el cuidado de la otra persona y esto acaba produciendo el estrés del cuidador (Cerquera Córdoba et al., 2012).

Este síndrome, se produce a nivel físico, psíquico y social. El cuidador, en la mayoría de las ocasiones, no está preparado para cambiar hacia hábitos tan demandantes que requieran una gran inversión de energía y tiempo para el cuidado de otra persona. Este estrés continuado acaba causando una multitud de síntomas.

Sus síntomas más frecuentes a nivel psíquico son: Angustia, depresión, ansiedad y trastornos del sueño. A nivel físico son: Dolores de cabeza, dolor de abdomen, dolores crónicos, palpitaciones, temblores, vómitos, entre otros. Finalmente, a nivel social, este síndrome afecta en el trabajo, llegando incluso a tener que

dejarlo, también afecta a nivel familiar, tienes ausencia de tiempo libre, disminución de la economía, entre otras cosas (Viale et al., 2016).

Afrontamiento

Por otro lado, el afrontamiento es una pieza clave en la sobrecarga del cuidador, porque, si la persona encargada de cuidar del paciente tiene los suficientes recursos y mecanismos de afrontamiento, puede cambiar completamente su perspectiva sobre la situación. Si se adapta de esta manera, puede llegar a cambiar de ser una persona con problemas emocionales, sociales o físicos a una persona que se siente gratificada por su rol adoptado (López y Crespo, 2007).

Hay personas que están dentro de una situación estresante como la tarea de cuidar a una familiar con poca autonomía. En este caso los cuidadores informales, para no tener estrés, se lo toman como una forma de compensar a sus familiares por el trabajo, los cuidados, y el afecto que han recibido durante su vida. Además, es una labor muy ética bajo su punto de vista (Cerquera y Galvis, 2013).

Según Cerquera y Galvis (2014), como más satisfacción hay en un cuidador, su grado de ansiedad, ira y depresión disminuyen. Existen diferentes tipos de factores que podrían llegar a predecir el nivel de satisfacción de una persona. Estos son, por ejemplo: una buena relación entre el cuidador y la persona dependiente, haber sido voluntario para ser cuidador o seguir teniendo el mismo tiempo para sí mismo. Por este mismo motivo, son muy importantes las estrategias de afrontamiento de los cuidadores para no tener un nivel alto de estrés y poder realizar con actitud optimista su rol de cuidador.

Intervención

Según Viale et al., (2016) los programas que más se utilizan para la intervención en cuidadores son los de autoayuda, los psicoeducativos y psicoterapéuticos. Es recomendable que las intervenciones de este tipo sean con un equipo multidisciplinar. En la mayoría de las ocasiones, estos programas de intervención son en grupo y tratan todo tipo de problemáticas como: el manejo de la carga

psicológica y física, estimular la propia autonomía, la comunicación, la reestructuración cognitiva, y la estimulación de la actividad física.

Según un estudio de Andrade y Margarita (2009), se observó que las intervenciones psicoeducativas mejoraron los signos y síntomas psicológicos, reduciendo los esquemas cognitivos negativos por parte de la persona responsable de los cuidados. Pero, no eran suficientes para los cambios socioeconómicos tales como: tener tiempo libre, una buena economía, conflictos familiares y laborales. En este caso es recomendable una intervención psicosocial también.

Asimismo, la intervención basada en la terapia de solución de problemas, ha dado claras muestras de funcionar óptimamente en la reducción de los problemas sociales relacionados con el estrés del cuidador, como el aislamiento, la sobrecarga psicológica, la probabilidad de desarrollar depresión y la depresión en sí.

No todas las intervenciones que funcionan para la reducción de este síndrome son en grupo. He aquí dos ejemplos:

Por un lado, Cerquera y Pabón (2017) proponen practicar yoga y meditación en casa, 3 veces al día, durante 6 semanas. Esto será realizado con unas cintas de audio proporcionadas por un profesional encargado de la prevención, para lograr reducir los síntomas propios de la depresión y ansiedad.

Por otro lado, Kally et al., (2014) utilizaron un CD con un programa psicoeducativo que consistía en un curso de 12 horas con el objetivo de enseñar conocimientos, habilidades y actitudes para mejorar el manejo de su estrés como cuidador. Este tipo de formación virtual ayudó a mejorar la sintomatología de la depresión, su autoeficacia y su tolerancia a la frustración.

Hipótesis y Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar la relación entre los síntomas neuropsiquiátricos en personas con deterioro cognitivo mayor y la sobrecarga de su cuidador.

Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de aparición de los diferentes síntomas neuropsiquiátricos propios del deterioro cognitivo mayor.
2. Analizar la relación entre la sintomatología neuropsiquiátrica observada en las personas cuidadas y el nivel de sobrecarga experimentado por el cuidador.
3. Analizar qué sintomatología neuropsiquiátrica afecta en mayor o menor medida a la sobrecarga de los cuidadores.
4. Analizar la relación entre la edad del cuidador y el nivel de sobrecarga experimentado.

Hipótesis:

Se espera constatar que a mayor sintomatología neuropsiquiátrica más sobrecarga presentará el cuidador, asimismo, la edad influenciará en esta relación. Además, los síntomas neuropsiquiátricos de carácter psicótico y agresivo son los que más estrés generarán.

Metodología

Participantes

Las personas que forman parte de esta investigación son 38 cuidadores informales de entre 22 y 79 años. Estos participantes se encargan actualmente del cuidado de un familiar con deterioro cognitivo mayor y cierto grado de dependencia. El 92,1% son mujeres y el 7,9% son hombres. La media de edad es de 54,61 años, con una desviación estándar de 10,82, y la mayor parte de la muestra (42%) se sitúa entre 58 y 61 años.

Instrumentos

Escala Zarit

Esta escala se utiliza para medir la sobrecarga del cuidador. La versión original está en inglés y contiene 22 afirmaciones. Los cuidadores han de exponer las veces que se sienten de una manera u otra con una escala *Likert* de 0-4 (0=nunca, 1=rara vez, 2=algunas veces, 3=bastantes veces y 4=casi siempre). Finalmente, todas las puntuaciones se suman y como más alto sea el número obtenido, más sobrecarga presenta el cuidador. Los resultados de este instrumento se sitúan entre los 0 y 88 puntos. Se expresa la sobrecarga leve entre los 47 y 55 puntos y la sobrecarga intensa a partir de 55 (Ocampo et al., 2007). Esta versión traducida al español y validada por Martín-Carrasco, es la que se empleó para la investigación.

En España, a diferencia de los otros países, hay autores que utilizan la escala *Likert* del 1 a 5 por lo tanto la puntuación de este instrumento se sitúa entre los 22 hasta 110 puntos, y esto se debe tener en cuenta a la hora de hacer la interpretación, no utilizar las puntuaciones ni comparar los resultados con estudios de otros países (Álvarez et al., 2008).

Según Martín-Carrasco et al., (2010) la fiabilidad de su escala en la segunda validación presenta un alfa de Cronbach de 0,92. Además, esta versión evalúa

tres factores en concreto. Uno es la carga, que es el impacto psicológico del cuidador. El otro, la dependencia, asociada a la percepción que tiene el cuidador sobre como de dependiente es la otra persona. Y, finalmente, tenemos la competencia, esta es la visión que tiene el cuidador sobre sí mismo de la aptitud para seguir cuidando a la persona.

Finalmente, Albarracín Rodríguez et al., (2016) comentan que la versión de esta escala de Martín-carrasco es un instrumento con confiabilidad y validez, para medir sobrecarga de cuidadores informales de personas con demencia dependientes en España.

Test Barcelona 2: Escala neuropsiquiátrica

Uno de los inventarios sobre sintomatología neuropsiquiátrica más famoso del mundo es el Inventario neuropsiquiátrico de Cummings (NPI). Este, mide la frecuencia y la intensidad de 12 signos y síntomas de los trastornos cognitivos mayores como la depresión, la euforia, apatía y el grado de actividad motora entre otras. La puntuación de esta prueba se sitúa desde el 1 hasta el 144, como más alto sea ese número, más deterioro cognitivo o neuropsiquiátrico hay (Fernández Torralbo et al., 2020).

El NPI es un inventario bastante largo y en este trabajo de fin de grado, se empleó la escala de evaluación neuropsiquiátrica y de la conducta que utiliza el TB-2: escala neuropsiquiátrica porque es más corta y al ser relativamente nueva, no se ha estudiado tanto. La prueba está constituida por 21 ítems con diferentes sintomatologías y después de cada ítem se mide su gravedad (leve, moderado, grave). Para poder ser administrado, se pide una observación por parte del evaluador, el paciente, y un informador externo durante unas dos/tres semanas. En este caso se obtuvo información únicamente del cuidador informal.

Las variables de la evaluación neuropsiquiátrica y de la conducta se dividen en dos grupos. En el primero, están incluidas las alteraciones neuropsiquiátricas más habituales, la depresión, ansiedad, apatía, delirios, falta de atención, entre otras.

En el segundo, las manifestaciones clínicas más propias de lesiones focales como la ataxia óptica, anosognosia de la ceguera, hipersexualidad, etcétera.

La puntuación de esta prueba la obtenemos con la suma de todos los ítems, cada ítem significa un tipo de síntoma neuropsiquiátrico. En primer lugar, se pregunta sobre la presencia o no de un síntoma. Si hay ausencia de un síntoma, lo que equivale a un rango "normal", se da la puntuación de 0. En caso de estar presente, hay que valorar y responder según las definiciones que da la prueba si es un síntoma leve = 1 punto, moderado = 2 puntos, o grave = 3.

Instrumento de recogida de datos

Se utilizó la herramienta de *Google* llamada *Google forms* para poder recoger los datos de los participantes. Y para hacer el análisis estadístico de manera cuantitativa, la aplicación *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* (Versión 27).

Procedimiento

En primer lugar, la metodología y los instrumentos elegidos para poder responder todas las hipótesis y preguntas del inicio del trabajo se escogieron previa investigación del marco teórico.

Para poder crear el cuestionario online se escogió una versión traducida al español que esté validada de la escala Zarit. Para el TB-2: escala neuropsiquiátrica se obtuvo su versión física.

Una vez extraídos todos los ítems de las pruebas, se procedió a la creación del cuestionario online de ambas escalas. Finalmente, se obtienen 65 preguntas, a las que hay que sumarle la edad, el sexo de los participantes, y su consentimiento informado. Por lo tanto, la cantidad final de preguntas del cuestionario online es 68.

Se envió el enlace de *Google forms* mediante el uso de redes sociales tales como Instagram o WhatsApp, y las personas lo respondieron de manera completamente online y anónima, con su consentimiento informado. Finalizó el estudio cuando se obtuvo la muestra de 38 participantes.

Las respuestas, se convirtieron en una hoja de cálculo de *Microsoft Excel* para poder trasladarlas a la aplicación SPSS y empezar con el análisis de datos.

Análisis de datos

Primeramente, se extrajo la frecuencia de aparición de la sintomatología neuropsiquiátrica y se elaboró el gráfico de barras para poder relacionarlo con la primera hipótesis.

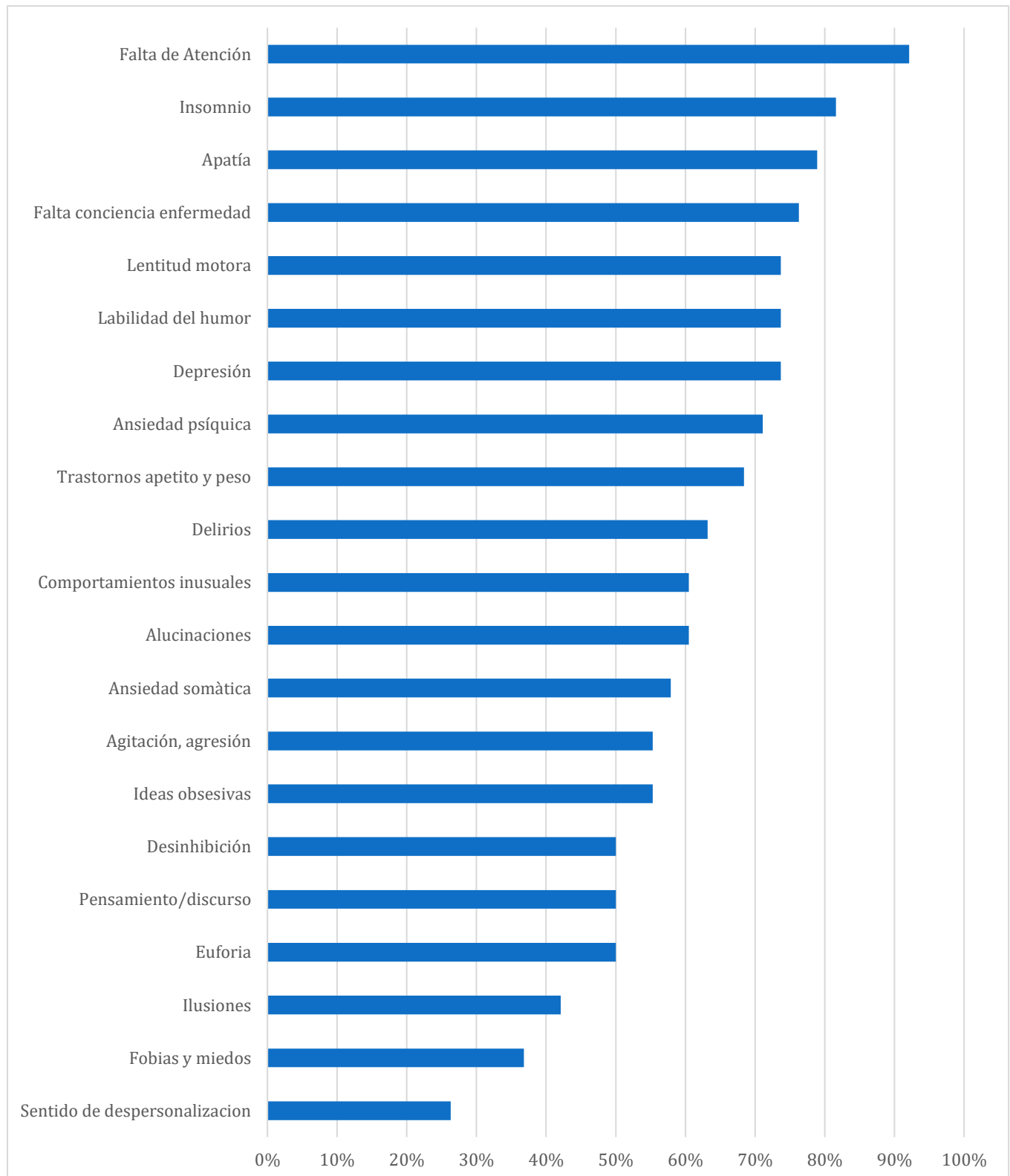
A continuación, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para relacionar las puntuaciones del TB-2: escala neuropsiquiátrica y la escala Zarit, porque presentaron distribución normal según el resultado obtenido de la prueba Shapiro-Wilk para dar respuesta a la hipótesis principal del estudio.

Después, se realizó la correlación de Pearson para poder dar respuesta al cuarto objetivo, que es, encontrar algún tipo de relación lineal entre la edad y la sobrecarga.

Finalmente, para dar respuesta a la segunda parte de la hipótesis principal y al resto de objetivos del trabajo, se correlacionaron los síntomas neuropsiquiátricos y conductuales con la sobrecarga que presentaban los cuidadores. Se utilizó, la correlación de Spearman porque la gravedad de la sintomatología es una escala ordinal de 0 a 3 puntos.

Resultados

Tabla 3. Presencia de síntomas en la muestra estudiada



En el gráfico de barras se puede observar cómo los síntomas neuropsiquiátricos con más prevalencia son la falta de atención, el insomnio, la apatía, y la falta de conciencia de la enfermedad y los que menos el sentido de despersonalización y desrealización, fobias y miedos, e ilusiones.

Tabla 4. *Correlaciones entre las puntuaciones del test Barcelona: escala neuropsiquiátrica y la escala Zarit*

Variable 1	Variable 2	Correlación	Límite inferior del intervalo de confianza	Límite superior del intervalo de confianza
Puntuaciones Zarit	Puntuaciones test Barcelona	,714	,510	,841

Nota. La correlación de Pearson es ,714 significativa al 0,01 además, es positiva y la fuerza de la correlación es moderada-alta. Con un 95% de posibilidades el intervalo de confianza se moverá entre ,510 y ,810.

Tabla 5. El grado de sintomatología neuropsiquiátrica y su relación con la sobrecarga.

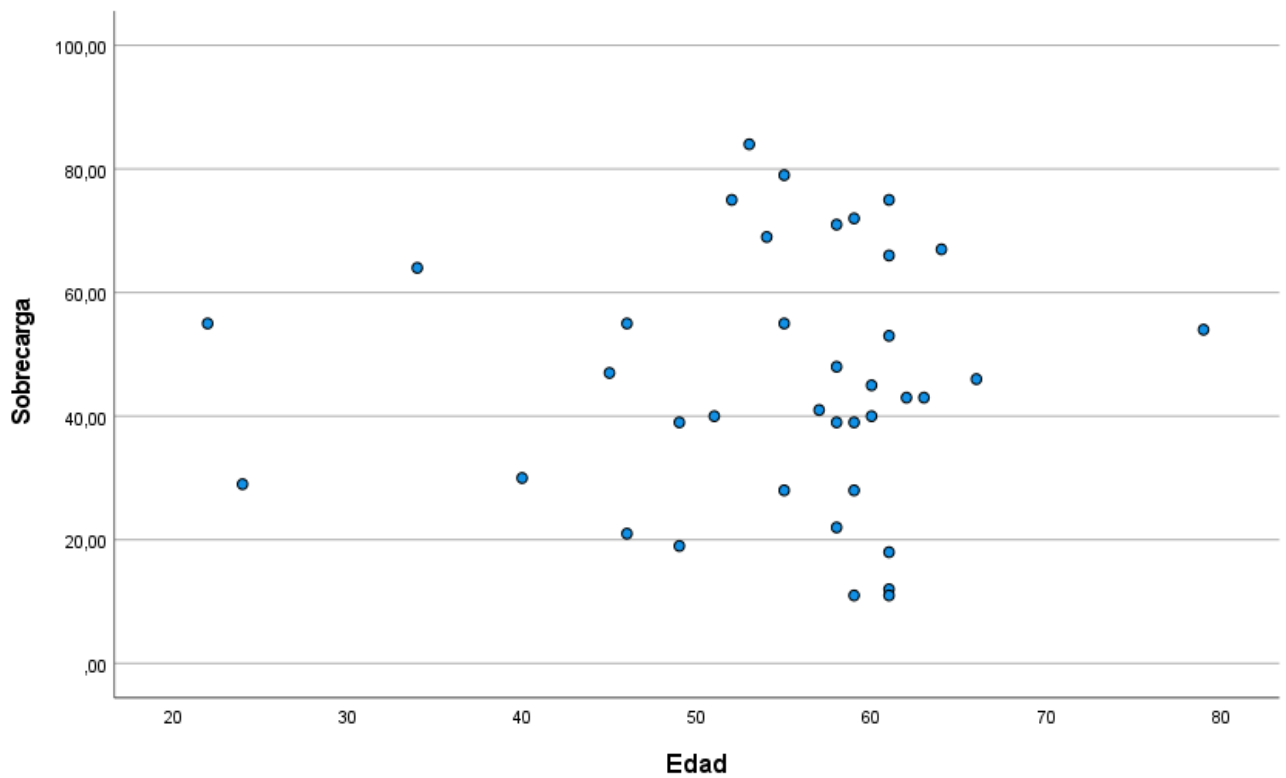
Síntomas	Correlación de Spearman
Agitación, agresión	,624**
Labilidad del humor	,621**
Comportamientos inusuales	,577**
Desinhibición	,575**
Pensamiento/discurso	,538**
Fobias y miedos	,526**
Depresión	,519**
Alucinaciones	,515**
Ansiedad psíquica	,514**
Ilusiones	,495**
Apatía	,482**
Insomnio	,481**
Ansiedad somática	,453**
Ideas Obsesivas	,436**
Delirios	,432**
Euforia	,422**
Falta conciencia enfermedad	,413**
Trastornos apetito y peso	,381**
Sentido de despersonalización	,366*
Atención	,350*
Lentitud motora	,340*

Nota. *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

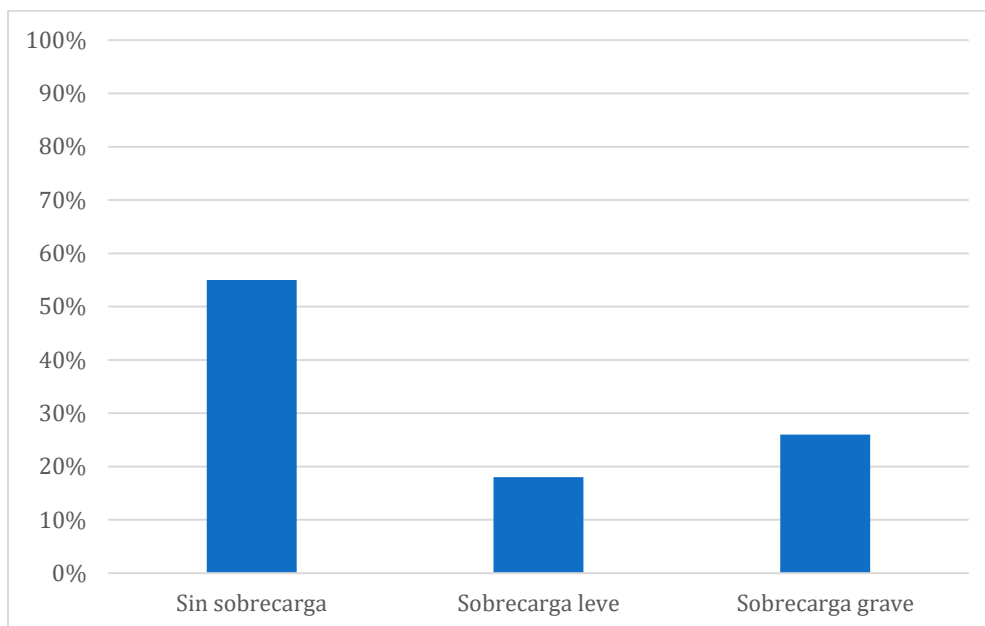
Esta tabla indica la relación que hay entre los síntomas y la sobrecarga del cuidador. Se puede observar como la agitación y la agresión tanto verbal como física y la labilidad del humor/irritabilidad correlacionan más que los problemas atencionales y la lentitud motora.

Tabla 6. Relación entre la sobrecarga y la edad del cuidador



En este gráfico de dispersión, se muestra cómo no hay ningún tipo de relación lineal entre la edad y la sobrecarga.

Tabla 7. Análisis de las puntuaciones obtenidas en la escala Zarit



Este gráfico de barras muestra el porcentaje de sobrecarga que hay distinguiendo tres niveles diferentes. Sin sobrecarga (55,3%), sobrecarga leve (18,4%), sobrecarga grave (26,3%). Dicotomizándolo, existe un 55,3% que no presentan sobrecarga y un 44,7% que sí lo hacen.

Discusión

El propósito de este estudio es, examinar la relación que hay entre la sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en el trastorno cognitivo mayor y la sobrecarga del cuidador. Después de administrar la escala neuropsiquiátrica del TB-2: escala neuropsiquiátrica y la escala Zarit a 38 participantes. Dos escalas que nunca se habían correlacionado en anterioridad. El análisis estadístico concluyó que existe una correlación moderada-alta ($,714$) entre los síntomas neuropsiquiátricos y el estrés.

Para dar respuesta al tercer objetivo, esta investigación ha concluido que los síntomas que más correlacionan con la sobrecarga del cuidador son: La agresión ya sea física y/o verbal y la labilidad del humor/irritabilidad. En cambio, la sintomatología que menos sobrecarga del cuidador genera es: lentitud motora y falta de atención. Estos resultados concluyen con la hipótesis, pero no coinciden con el artículo de Acosta-Castillo et al., (2012).

La sintomatología con más prevalencia en los trastornos cognitivos mayores es la falta de atención, insomnio y apatía. Esto concuerda con la bibliografía consultada. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Al inicio del estudio se creía que habría más personas con sobrecarga grave (26,7%), sin embargo, se puede observar como la problemática existe, porque un 44,7% de los participantes superan el punto de corte (47) para poder considerar que presentan sobrecarga.

Tal y como los estudios de Torralbo et al., (2020) han indicado, el porcentaje de mujeres cuidadoras es muy alto. En la muestra tomada el 92,1% son mujeres y el 7,9% son hombres. Sería interesante obtener en estudios futuros una mayor muestra de hombres para investigar si hay diferencias de sexo en las puntuaciones de la escala Zarit. No obstante, no se ha encontrado ningún tipo de relación entre la sobrecarga y la edad de los participantes tal y como indican estudios anteriores (Torres et al., 2017).

La presente investigación podría servir como advertencia sobre la desigualdad de sexo que hay en los cuidadores, ya que, la mayoría de los participantes son

cuidadoras (92,1%). Asimismo, se espera que funcione como un aviso para todos los cuidadores sobre los peligros de la sobrecarga del cuidador porque en el 44,7% de los participantes había presencia de sobrecarga, lo que puede acarrear a la larga problemas sociales, económicos, físicos y psicológicos a todos los participantes y personas que actualmente están cuidando de una persona con trastorno cognitivo mayor.

Según los resultados obtenidos en la investigación, sería posible hacer una prevención de la sobrecarga del cuidador de una manera rápida y efectiva. La prevención se podría aplicar en los casos donde el TB-2: escala neuropsiquiátrica indica la presencia de una sintomatología alta. En este caso, sería preciso utilizar la escala Zarit, porque habría una elevada probabilidad de producirse sobrecarga del cuidador, o la sobrecarga ya estaría presente.

Conclusiones

A modo de cierre, todos los objetivos e hipótesis de la investigación se pudieron estudiar, por esa razón, se puede señalar por primera vez la gran relación que hay entre la escala Zarit y la escala neuropsiquiátrica del TB-2. Además, se puede observar que síntomas tienen más prevalencia en los trastornos cognitivos mayores y cuáles afectan en mayor o menor medida a propiciar la sobrecarga del cuidador. No obstante, no hay ninguna relación entre la sobrecarga y la edad del cuidador. Por lo tanto, es importante dar a conocer i desestigmatizar el estrés del cuidador porque es una realidad que impacta en los familiares del paciente de una manera integral. En conclusión, se espera que este trabajo de fin de grado sea el precursor de futuras líneas de investigación, que ayuden a prevenir la sobrecarga del cuidador desde un abordaje interdisciplinar.

Bibliografía

Acosta-Castillo, G., Sosa A., Orozco R. (2012) Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores con demencia y su relación con la severidad de la enfermedad. *Revista Investigación Clínica*, 64(4), 354-363. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41336>

Aguilar, C., Martínez, A., & Sosa, A. (2016). Diagnóstico diferencial de las demencias. *Archivos de Neurociencias*, 26-38.

Albarracín Rodríguez, Ángela P., Cerquera Córdoba, A. M., & Pabón Poches, D. K. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 8(2), 87-99. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06>

Álvarez, L., González, A. M., & Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22, 618-619. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(08\)75365-2](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(08)75365-2)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Antonio Ángel Regueiro Martínez; Alberto Pérez-Vázquez; Sonia M. Gómara Villabona; M. Carmen Ferreiro Cruz (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria., 39(4), 185-188. <https://doi.org/10.1157/13100841>

Antonio Miras Ventura, J., Guirado Isla, L., Garrido Márquez, I., Díaz Rubia, L., Milena Muñoz, A., & Pérez Naranjo, P. (2018). "No olvidemos a las demencias":

Diagnóstico diferencial de sus tipos mediante imagen. *Seram*, 2(1). Archivos de Neurociencias, 56 (1999), pp. 303-308 <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/7124>

Borson. Cognition, Aging, and Disabilities: Conceptual Issues. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* (2010) vol. 21 (2) pp. 375-382 <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2010.01.001>

Calero, M. Dolores; Navarro, Elena (2018). *Variables that favour successful ageing / Variables que favorecen un envejecimiento exitoso. Estudios de Psicología*, (), 1-18. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1506307>

Cerquera Córdoba, A. M., Pabón Poches, D. K., & Lorenzo Ruíz, A. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. *Universitas Psychologica*, 16(2), 117-128. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-2.ipip>

Cerquera Córdoba, A. M., Granados Latorre, F. J., & Buitrago Mariño, A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 35-45. <https://doi.org/10.21500/19002386.1169>

Cerquera Córdoba, Ara Mercedes, & Galvis Aparicio, Mayra Juliana. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi12-1.ecpa>

Cerquera-Córdoba, A. M., & Galvis-Aparicio, M. J. (2013). Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. *Persona y bioética*, 17(1), 85-95. <https://doi.org/10.5294/pebi.2013.17.1.6>

Cheng, S.-T., Fung, H. H., Li, L. W., Li, T., Woo, J., & Chi, I. (2015). Successful aging: Concepts, reflections and its relevance to Asia. In S.-T. Cheng, I. Chi, H. H. Fung, L. W. Li, & J. Woo (Eds.), *Successful aging: Asian perspective* (pp. 1–18). *Dordrecht: Springer Science and Business Media*
https://doi.org/10.1007/978-94-017-9331-5_1

Custodio, Nilton, Herrera, Eder, Lira, David, Montesinos, Rosa, Linares, Julio, & Bendezú, Liliana. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. <https://doi.org/10.15381/anales.v73i4.1032>

De los Reyes MC. Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. *Foro de Investigación, Envejecimiento de la población*. Curitiba, Brasil: MERCOSUR; 2001.

Fernández Torralbo, C. M., Cueto Torres, I., & Grande Gascón, M. L. (2020). Diferencias de carga en el cuidado asociadas al género. *Ene*, 14(1). <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000100006>

Glisky E. Changes in Cognitive Function in Human Aging. En: *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms*. Riddle DR, editor. Boca Raton (FL): CRC Press; 2007. <https://doi.org/10.1201/9781420005523-1>

Gra Menéndez, S., Padrón Pérez, N., & Llibre Rodríguez, J. D. J. (2002). Péptido beta amiloide, proteína Tau y enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 21(4), 253-261. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002002000400006&lng=es&tlng=es.

Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS <https://doi.org/10.4067/s0034-98872012001200015>

Ibarrola, M., Contreras, R., & Ortiz, A. L. (2016). Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Archivos de Neurociencias*, 7.

Kally Z, Cote SD, González J, Villaruel M, Cherry DL, Howland S, Higgins M, Connolly L & Hepburn, K. (2014). The Savvy Caregiver Program: Impact of an Evidence Based Intervention on the WellBeing of Ethnically Diverse Caregivers. *J Journal of Gerontological Social Work.*;57(6-7):681-93. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.850584>

Korosi, A., Naninck, E. F., Oomen, C. A., Schouten, M., Krugers, H., Fitzsimons, C. y Lucassen, P. J. (2012). Early-life stress mediated modulation of adult neurogenesis and behavior. *Behavioural Brain Research*, 227, 400-409. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2011.07.037>

Lafontaine, C. (2010). La vieillesse, une maladie mortelle. *Revue internationale de soins palliatifs*, 25(1), 5-9. <https://doi.org/10.3917/inka.101.0005>

Lavretsky, Helen (2005). Stress and depression in informal family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Health*, 1(1), 117-133. <https://doi.org/10.2217/1745509x.1.1.117>

López, Á. G., & Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 44(4), 220-224. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.006>

López, J., & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2231545>

López-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14. <https://doi.org/10.33588/rn.6507.2017170>

Márquez Alfonso, A. (2009). Reflexión sobre la relevancia de la actuación de enfermería en el abordaje terapéutico integral del paciente con demencias. *Hygia De Enfermería: Revista Científica Del Colegio*, (71), 13-18. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i3.289>

Martín-Carrasco, M., Otermin, P., Pérez-Camo., Pujol, J., Agüera, L., Martín, M., Gobart, A., et al. (2010). EDUCA study: Psychometric proprieties of the Spanish version of the Zarit caregiver Burden Scale. *Aging & Mental Health*, 14(6), 705-711. <https://doi.org/10.1080/13607860903586094>

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2005, 65(12), 1863-1872 <https://doi.org/10.1212/wnl.65.12.1992-a>

McLaughlin, S. J., Jette, A. M., & Connell, C. M. (2012). An examination of healthy aging across a conceptual continuum: Prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences y Medical Sciences*, 67, 783-789 <https://doi.org/10.1093/gerona/blr234>

Morris, J.C., Storandt, M., McKeel, D.W., Rubin, E.H., Price, J.L., Grant, E.A. y Bergl, L. (1996). Cerebral amyloid deposition and diffuse plaques in "normal" aging: Evidence for presymptomatic and very mild Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 707-719. <https://doi.org/10.1212/wnl.46.3.707>

Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez, O., & Rodríguez Cameselle, L. (2019). Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias con antidepresivos. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(6), 431-432. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.03.002>

Ocampo, J. M., Herrera, J. A., Torres, P., Rodríguez, J. A., Lobo, L., & García, C. A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38(1), 40-46 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28338107>

Olazarán-Rodríguez J, AgüeraOrtiz LF, Muñiz-Schwochert R. (2012) Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55, 598-608. <https://doi.org/10.33588/rn.5510.2012370>

Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre 2021). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre 2021). Demencia. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Petersen R. (2003) Mild Cognitive Impairment: Aging to Alzheimer's Disease, 1st Ed, *New York: Oxford University Press*, 1-14. <https://psycnet.apa.org/record/2003-04753-000>

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, 256(3), 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>

Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., & Zuddas, C. (2016). Active ageing and success: A brief history of conceptual models. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., & Ofstedal, M. B. (2008). La prevalencia de deterioro cognitivo sin demencia en los Estados Unidos. *Ann Intern Med*, 148, 427-34. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-6-200803180-00005>

Preston JE. (2001). Ageing choroid plexus-cerebrospinal fluid system. *Microscopy Research Technique.*, 52(1), 31-7. [https://doi.org/10.1002/1097-0029\(20010101\)52:1<31::aid-jemt5>3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1097-0029(20010101)52:1<31::aid-jemt5>3.0.co;2-t)

Riley, M. W. (1998). Psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia "Successful Aging". *The Gerontologist*, 38(2), 151-151. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-2.ipip>

Ríos, A. E. R., & Galán, M. G. N. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v11i3.149>

Robine, J. M., Michel, J. P. & Herrmann, F. R. (2007). Who will care for the oldest people in our ageing society? *British Medical Journal*, 334 (7593), 570-571. <https://doi.org/10.1136/bmj.39129.397373.be>

Rodríguez Ávila, Nuria. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2417>

Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

Rueti, E., Justel, N., & Bentosela, M. (2009). Perspectivas clásicas y contemporáneas acerca de la memoria.

T. Vega Alonso, M. Miralles Espí, J.M. Mangas Reina, D. Castrillejo Pérez, A.I. Rivas Pérez, M. Gil Costa, A. López Maside, E. Arrieta Antón, J.E. Lozano Alonso, M. Fragua Gil. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias, *Neurología*, Volume 33, Issue 8, Pages 491-498. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>

Torrades Oliva, S. (2004). Aspectos neurológicos del envejecimiento. *Offarm*, 23(9), 106–109. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5325233>

Torres-Pinto, Xiomara, Carreño-Moreno, Sonia, & Chaparro-Díaz, Lorena. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 330-338. <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017006>

Viale, M., González Palau, F., Cáceres, M., Pruvost, M., Miranda, A. L., & Rimoldi, M. F. (2016). Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia. *Neuropsicología Latinoamericana*, 8(1). https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/239

Villarejo Galende, M. Eimil Ortiz, S. Llamas Velasco, M. Llanero Luque, C. López de Silanes de Miguel, C. Prieto Jurczynska, Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, *Neurología*, Volume (36), Issue 1, 2021, Pages 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>

Anexos

Anexo 1. Escala Zarit utilizada

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	

14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Anexo 2. Escala neuropsiquiátrica del TB-2

SINTOMATOLOGÍA NEUROPSIQUIÁTRICA. TEST BARCELONA-2		
J. Peña-Casanova (2005-2019)		
Objetivo: Recoger datos sistemáticos de los síntomas neuropsiquiátricos principales (21 ítems), y datos complementarios (11 ítems)		
Obtener información a partir de un informador y del propio paciente		
Tiempo evaluado: En torno a las 3-4 semanas previas a la visita		
Procedimiento: Hacer las preguntas indicadas y señalar la presencia del síntoma: «Sí» (presencia del síntoma) o «No» (ausencia del síntoma = normal = 0)		
La presencia del síntoma se gradúa en tres categorías a las que se otorgan puntos: 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Grave		
A. SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS PRINCIPALES		
Atención (este ítem se relaciona con los apartados de «inicio» [datos preliminares de la exploración])		
No	Sí	1. Grado de atención (prosexia). Por observación, entrevista y/o conducta en los test
Notas (especificar)		
1	Leve	Distracción leve o leves dificultades en centrarse en las tareas de la vida diaria (o en los test). A pesar de estas alteraciones se le puede centrar. En los test comete errores leves o mínimos. No se aprecia bradipsiquia o bradicinesia
2	Moderado	Significativas dificultades para focalizar y mantener la atención en el trabajo y/o en las tareas domésticas. En los test requiere estimulación para que se centre y/o continúe la tarea. Se observan errores relacionados con una atención deficiente. Se le tienen que repetir ocasionalmente las instrucciones
3	Grave	Frecuentes y graves errores en las respuestas por fallos en focalizar y/o mantener la atención. Distracción ante estímulos del medio (disprosexia). A menudo se le tienen que repetir las instrucciones
Afectividad, estado de ánimo o humor (ver si existe adecuación al contexto situacional y al contenido de la entrevista)		
No	Sí	2. Humor deprimido. Depresión. Tristeza
¿Se siente triste, decaído o deprimido y con poca energía? ¿Se ha sentido entenebrecido? ¿Disfruta de las cosas de la vida? ¿Ha llorado en algún momento? ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? ¿Se ha notado inútil o desesperado? ¿Ha tenido tendencia a estar peor por las mañanas? ¿Se ha sentido fracasado y sin futuro? ¿Se ha sentido culpable de algo? ¿Le han pasado por la cabeza deseos de morir o de quitarse la vida?		
Notas (especificar)		
1	Leve	Síntomas expresados solamente al preguntar
2	Moderado	Síntomas expresados espontáneamente. Dificil de calmar. Se pueden observar en la expresión facial, la postura, la voz o la tendencia al llanto
3	Grave	Muy limitante, con grave sufrimiento. Los síntomas se comunican tanto verbal como no verbalmente
Afectividad, humor (ver si existe adecuación al contexto situacional y al contenido de la entrevista)		
No	Sí	3. Ansiedad psíquica
¿Se ha sentido preocupado, nervioso o tenso? ¿Le cuesta relajarse? ¿Ha estado preocupado por algo o por su salud? ¿Se ha sentido irritable? ¿Evita ciertas personas, lugares o situaciones en las que se pone más nervioso?		
Notas (especificar)		
1	Leve	Síntomas expresados al preguntar. Tensión subjetiva. Preocupaciones sobre temas menores
2	Moderado	Síntomas expresados espontáneamente. Aprensivo. Se puede observar en la expresión facial o en el habla. Dificil de calmar
3	Grave	Muy limitante, con grave sufrimiento. Expresado sin preguntar
No	Sí	4. Trastornos de ansiedad somática (concomitante con la ansiedad psíquica)
¿Ha presentado algunas de las siguientes manifestaciones: Suspiros, palpitaciones, hiperventilación Sudores, sequedad de boca, mareos Dolores de cabeza o nuca Gases, diarrea Molestias en el estómago, eructos Temblores, hormigueos Frecuencia urinaria		
Notas (especificar)		
1	Leve	Síntomas expresados al preguntar
2	Moderado	
3	Grave	Muy importante. Incapacitante
No	Sí	5. Labilidad del humor/irritabilidad (y cólera)
¿Hay variaciones en su estado de ánimo? ¿Se muestra impaciente e irritable y se enfada por cualquier cosa normal del día? ¿Está de mal humor y discute fácilmente?		
Notas (especificar)		
1	Leve	Afectividad alterada o incongruente con la situación. Cambios en cuestión de horas. Emociones a menudo controladas
2	Moderado	Afectividad inapropiada a la situación. Cambios de humor en cuestión de minutos. Las emociones escapan al control del paciente. Se puede reconducir
3	Grave	Desinhibición grave y significativa de las emociones. Cambios rápidos del afecto, siempre inapropiados a la situación. No responde a los intentos de reconducción

No	Sí	6. Apatía
<p>¿Está apático, indiferente o menos activo? ¿Ha perdido interés en general o en realizar actividades nuevas? ¿Inicia conversaciones?</p> <p>¿Ha perdido el interés por sus cosas, aficiones, familiares o amigos? ¿Ha dejado de colaborar en las tareas domésticas?</p> <p>¿Ha perdido entusiasmo en general? ¿Es menos afectuoso?</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Ausencia de afectación significativa de la vida diaria. Responde si se dan indicaciones
2	Moderado	Trastorno evidente. A menudo puede ser controlada y modificada por el cuidador mediante estímulos importantes. Puede responder espontáneamente en situaciones especiales, como visitas de personas queridas
3	Grave	Muy evidente. A menudo no responde a los estímulos o acontecimientos externos
No	Sí	7. Euforia, liberación
<p>¿Se siente muy alegre o activo sin motivos aparentes? ¿Ha cambiado en este aspecto?</p> <p>¿Encuentra divertidas cosas que no lo son para los demás? ¿Hace chistes o comentarios aparentemente graciosos para él, pero molestos o indiferentes para los demás?</p> <p>¿Actúa haciendo travesuras como un niño? ¿Se ríe inadecuadamente?</p> <p>¿Tiene a exagerar o a hacerse el importante?</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	La euforia es evidente, pero no distorsiona las relaciones ni la vida del paciente
2	Moderado	Claramente anormal y llamativo. Manifestaciones frecuentes
3	Grave	Muy anormal. Euforia constante en todas las situaciones
Procesos perceptivos		
No	Sí	8. Ilusiones
<p>¿Le parece que ve las cosas modificadas en su forma, color, situación o tamaño?</p> <p>¿Le parece oír los sonidos deformados?</p> <p>¿Nota su cuerpo deformado, como, por ejemplo, la sensación de tener las manos más grandes?</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Afectan poco al paciente
2	Moderado	
3	Grave	Importante repercusión en el paciente
No	Sí	9. Alucinaciones
<p>Visuales: ¿Tiene visiones de cosas inexistentes? ¿Hace comentarios o describe cosas que otros no ven?</p> <p>Auditivas: ¿Oye cosas? ¿Actúa como si llevara una conversación con alguien inexistente?</p> <p>Olfativas: ¿Nota olores que otros no refieren?</p> <p>Gustativas: ¿Nota sabores que no tienen un fundamento?</p> <p>Somáticas: ¿Nota sensaciones en la piel o comenta que le tocan?</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Presentes, pero sin que signifiquen un trastorno para el paciente
2	Moderado	Afectan al paciente y le provocan angustia y malestar, pero son toleradas
3	Grave	Afectan mucho al paciente, son causa de problemas de comportamiento y afectan al entorno. Con frecuencia se deben tomar medidas farmacológicas
Pensamiento: contenidos y proceso. Focalización en pensamientos y contenidos, intereses y preocupaciones		
No	Sí	10. Delirios
<p>¿Tiene ideas que no son ciertas?</p> <p>¿Cree que le engañan, le roban, le quieren abandonar o hacerle daño?</p> <p>¿Cree que no está en su casa o que hay personas extrañas en casa? ¿Cree que personajes de la televisión están en su casa?</p> <p>¿Cree que alguien ha sido cambiado por un impostor? ¿Cree que hay cosas o personas duplicadas?</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Afecta poco al paciente. Leve suspicacia o preocupación
2	Moderado	Situación angustiante y molesta
3	Grave	Delirios muy molestos. Generan conductas inadecuadas. A menudo requieren medicación

No	Sí	11. Ideas obsesivas (ámbito del pensamiento). Compulsiones (ámbito de la acción)
<p>¿Le invaden pensamientos desagradables que no puede refrenar? ¿Realiza actividades aun cuando la lógica le dice que no son necesarias? ¿Debe comprobar que ha cerrado el gas, los grifos, etc. aunque ya lo haya hecho? ¿Tiene que hacerlo varias veces? ¿Está preocupado por la limpieza, el orden, y que todo esté en su lugar? ¿Está preocupado por la limpieza de su ropa o de sus manos? ¿Es muy metódico y sistemático?</p>		
Notas (especificar)		
1	Leve	Afectan poco al paciente
2	Moderado	Limitantes, pero en grado moderado
3	Grave	Vida personal gravemente afectada y limitada por obsesiones y/o compulsiones. Se requiere medicación
No	Sí	12. Fobias y miedos
<p>¿Siente temor ante un objeto o situación determinada, sin una base racional? ¿Ha sentido o siente temor a animales, lugares públicos (calles, transportes, almacenes) o actividades sociales? ¿Ha sentido o siente temor a objetos determinados?</p>		
Notas (especificar)		
1	Leve	Afectan poco al paciente
2	Moderado	Son causa de claro malestar y afectan moderadamente a la vida y adaptación del paciente
3	Grave	Muy limitantes para la vida del paciente
No	Sí	13. Sentido de despersonalización y desrealización
<p>Despersonalización: ¿Nota su cuerpo como irreal o extraño? ¿Cómo si estuviera fuera de sí? ¿Cómo si sus objetivos y costumbres no tuvieran sentido o estuviesen mal dirigidos? Desrealización: ¿Nota el mundo como algo irreal o modificado?</p>		
Notas (especificar)		
1	Leve	Reconocido al preguntar. Sentimientos vagos de despersonalización o de desrealización
2	Moderado	Claros sentimientos de despersonalización o desrealización. Referido especialmente al preguntar
3	Grave	Explicado espontáneamente. Importante repercusión en la vida del sujeto
No	Sí	14. Proceso del pensamiento/discurso (anotar si existen síntomas de afasia)
<p>Evaluar en función de las respuestas del paciente a lo largo de toda la entrevista. Ver la existencia de contenidos relacionados con manifestaciones previamente definidas (depresión, manía, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización: prolijo, confuso • Productividad: mínima, excesiva • Flujo: fluido, con paros, pérdida del curso del pensamiento • Foco: fuga de ideas, pérdida de asociaciones, circunstancial, tangencial 		
Notas (especificar)		
1	Leve	Pensamiento tangencial o circunstancial
2	Moderado	Asociaciones ocasionalmente laxas pero mayoritariamente comprensibles
3	Grave	Asociaciones laxas la mayor parte del tiempo
Conducta no verbal: interpersonal		
No	Sí	15. Desinhibición
<p>¿Actúa de forma rápida, impulsiva, sin pensar? ¿Dice cosas que normalmente no se dirían en público y que pueden ofender? ¿Habla tranquilamente de cosas personales o privadas? ¿Hace cosas como hablar con extraños como si los conociera de toda la vida? ¿Trata temas sexuales de forma no esperable de acuerdo con su carácter? ¿Toca o abraza de forma inadecuada y fuera de lo esperable socialmente? • Ver síntomas del ámbito del Síndrome de Klüver-Bucy</p>		
Notas (especificar)		
1	Leve	Afecta poco al paciente. Puede ser redirigido y controlado
2	Moderado	Desinhibición evidente y a menudo difícil de controlar por parte del paciente. Afecta relativamente a las situaciones sociales
3	Grave	No responde a las intervenciones de los familiares. Genera problemas sociales importantes

No	Sí	16. Agitación, agresión verbal y física
<p>¿Ha presentado períodos en los que grita, discute, se enfrenta a los demás, golpea o agrede?</p> <p>¿Resiste en hacer las cosas a su manera, no se quiere dejar ayudar o se resiste a hacer cosas de la vida diaria como lavarse o cambiarse de ropa?</p> <p>Agresión verbal: gritar, criticar, discutir, enfrentamientos, gestos amenazantes</p> <p>Agresión física contra objetos: golpear, golpear con objetos, tirar cosas, dañar propiedades</p> <p>Agresión física contra otros: morder, escupir, arañar, pellizcar, dar codazos, abofetear, tirar del pelo, dar patadas, empujar, blandir un arma</p> <p>Autoagresión: Daño a sí mismo</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Afecta poco al paciente y al entorno. Movimientos exagerados. Nerviosismo leve. Se puede manejar con relativa facilidad
2	Moderado	Conductas verbales y de agresión física difíciles de controlar
3	Grave	Importante agitación y agresividad verbal, física. Se requieren actitudes coercitivas, aislamiento o medicamentos. Riesgo de autolesiones
No	Sí	17. Lentificación motora
<p>¿Está lentificado, con falta de espontaneidad?</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Reducción discreta en la espontaneidad, velocidad y presencia de actos motores. Interfiere levemente en la evaluación y el contacto
2	Moderado	Reducción significativa
3	Grave	Reducción grave con pocos movimientos espontáneos
No	Sí	18. Comportamientos inusuales
<p>¿Hace cosas repetidamente, como pasearse sin motivo, tocar dobladillos, plegar ropa, descoser botones?</p> <p>¿Se viste y desviste continuamente?</p> <p>¿Se dedica a buscar cosas por casa sin un objetivo concreto?</p> <p>¿Hace alguna tarea repetidamente? (por ejemplo, medir la habitación)</p> <p>¿Se mueve constantemente por casa, sin poder estarse quieto?</p> <p>• Valorar: risa excesiva o inapropiada, llanto, gritos, etc.</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Ocasionalmente. Se puede reorientar. Interfiere poco en las actividades diarias
2	Moderado	Claramente anormal. Relativamente molesto. Muchas veces reorientable
3	Grave	Muy importante y molesto. Produce problemas, como lesiones por frotamientos repetidos. No responde o responde muy poco a las intervenciones del cuidador
Introspección: conocimiento que el sujeto tiene de sí mismo (<i>insight</i>)		
No	Sí	19. Falta de conciencia genérica y crítica de la enfermedad
<p>¿Se nota enfermo en el ámbito psicológico o mental, con nervios o preocupaciones? ¿Nota que le falla la memoria o algo en el lenguaje o en el pensamiento?</p> <p>¿Cómo explica usted lo que le pasa?</p> <p>¿Cree que se debería medicar o que le podemos ayudar en el hospital? ¿Tomará medicaciones si se las indicamos?</p> <p>• Valorar la capacidad en reconocer y criticar la propia realidad mental, la del medio y la de los demás</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Afecta poco al paciente. Reconoce parcialmente sus problemas o les resta valor. Acepta ayuda
2	Moderado	Aparentemente reconoce el trastorno, pero posteriormente lo niega. Justifica sus problemas. Refiere estar en el hospital por otros motivos
3	Grave	Negación total del trastorno. Agresividad verbal. Refiere con agresividad que le han engañado al llevarlo al hospital. Quiere interponer demandas. Se niega totalmente a seguir tratamientos
Trastornos de hábitos alimentarios y del sueño		
No	Sí	20. Trastornos del apetito y el peso
<p>¿Ha presentado trastornos del apetito, con cambios de peso?</p> <p>¿Tiene apetito excesivo? ¿Ha perdido apetito? ¿Ha cambiado hábitos de comida?</p> <p>¿Ha ganado peso? ¿Ha perdido peso?</p> <p>Notas (especificar)</p>		
1	Leve	Cambios leves que no se manifiestan en el peso
2	Moderado	Le han de forzar para comer o le llaman la atención por su excesivo apetito. Se manifiesta discretamente en su aspecto o peso
3	Grave	Significativa modificación del apetito con modificación importante del peso. Afecta significativamente el peso y el aspecto del paciente

No	Sí	21. Insomnio. Alteración del sueño
		¿Ha tenido problemas con el sueño? ¿Ha tenido dificultad en conciliar el sueño? ¿Se ha despertado en plena noche? ¿Se levanta de la cama? ¿Se ha despertado temprano sin volverse a dormir? ¿Duerme excesivamente durante el día?
		Notas (especificar)
1	Leve	Ocasionalmente
2	Moderado	Frecuente. Inquietud durante la noche
3	Grave	Muy importante. Todas las noches
Sintomatología neuropsiquiátrica Principal. Puntuación global (0-63): _____		

B. SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS Y CONDUCTUALES COMPLEMENTARIOS				
Puntuación según los criterios generales de gravedad (criterios DSM-IV-TR)				
0 = Normal/Síntoma ausente				
1 = Leve. Son pocos o ninguno, los síntomas que exceden a los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas solo dan lugar a un ligero deterioro de la actividad social o laboral				
2 = Moderado. Existen síntomas o deterioro funcional situados entre «leve» y «grave»				
3 = Grave. Se detectan varios síntomas que exceden los requisitos para formular el diagnóstico; síntomas distintos que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral				
1. Hipersexualidad	0	1	2	3
Notas (especificar)				
2. Hiperoralidad	0	1	2	3
Notas (especificar)				
3. Conducta de utilización	0	1	2	3
Notas (especificar)				
4. Conducta de imitación	0	1	2	3
Notas (especificar)				
5. Anosognosia de la afasia	0	1	2	3
Notas (especificar)				
6. Anosognosia de la hemiplejía	0	1	2	3
Notas (especificar)				
7. Anosognosia de la ceguera	0	1	2	3
Notas (especificar)				
8. Ataxia óptica	0	1	2	3
Notas (especificar)				
9. Mano extranjera	0	1	2	3
Notas (especificar)				
10. Negligencia sensorial (hemiinatencción-inatención)	0	1	2	3
Notas (especificar)				
11. Negligencia motora	0	1	2	3
Notas (especificar)				

Anexo 3. Consentimiento informado

Preguntas Respostes 38 Configuració

Trabajo de fin de grado: Estrés del cuidador

¡Hola! Soy Enric Rehues Grau, actualmente curso 4.º de Psicología, y estoy haciendo un trabajo de fin de grado relacionando la sobrecarga del cuidador con los síntomas propios de los deterioros cognitivos mayores. Este test ayudará en la prevención del estrés y está dirigido únicamente para personas que cuidan pacientes con deterioro cognitivo. ¿Serías tan amable de contestar estas preguntas que hay a continuación? El test no requiere de más de 15 minutos, y a mí me ayudarás un montón.

Todas tus respuestas son confidenciales y anónimas.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Este cuestionario se divide en 2 partes, en la primera, tendrás que responder si hay presencia * de esos síntomas o no. Luego, si tu respuesta es afirmativa, tendrás que responder el grado de presencia del síntoma en cuestión. Luego, al acabar, hay un cuestionario de 22 preguntas que se contesta en 5 minutos o menos sobre la sobrecarga del cuidador. ¿Consientes que tus respuestas sean utilizadas para fines investigativos?

Sí

No