

# ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE SINTOMATOLOGÍA NEUROPSIQUIÁTRICA PERCIBIDA SEGÚN EL TIPO DE CUIDADOR PRINCIPAL EN PACIENTES CON DEMENCIA EVOLUCIONADA\*

**Félix Moreta Lora**

Médico Adjunto de Geriatría  
CSS Antic Hospital Sant Jaume – Unidad de Psicogeriatría  
Consorti Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona

*\*Trabajo premiado con el tercer premio de la 18 edición del Máster en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona*

## Resumen

**Objetivo.** Los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes con demencia deterioran la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente e incrementan los problemas mentales (depresión y ansiedad principalmente) en los cuidadores, con disminución de la esperanza de vida para ambos.

El presente estudio intenta encontrar una asociación entre el tipo de sintomatología neuropsiquiátrica percibida según el tipo de cuidador principal en pacientes con demencia evolucionada, y la dificultad de estos cuidadores para asumir los cuidados en el domicilio, para beneficiar tanto a pacientes como a los cuidadores de estos.

**Método.** Se incluyeron cuidadores de pacientes que ingresaron por cualquier causa en una Unidad de media estancia de Psicogeriatría y que padeciesen una demencia de cualquier etiología, en una fase moderada a

severa y se valoraban la carga sintomática de los pacientes dementes mediante la escala de Cornell de depresión en demencia y el NPI-Q en su versión en castellano, y las características de los cuidadores.

**Resultados.** Se analizaron los datos de 34 pacientes y sus familiares. No se encontró diferencias ni estadísticamente significativas ni objetivas entre el grupo de los pacientes que tenían un cuidador particular ni en los que tenían un cuidador familiar. La mayor parte de los pacientes presentaban sintomatología depresiva mayor asociada a la demencia según la escala cornell y el NPI-Q.

Ambos grupos tenían unos valores elevados de NPI-Q, escala de cornell y un deterioro funcional muy importante. El síntoma más frecuente fue la apatía. El síntoma menos frecuente fue la euforia.

**Conclusión.** No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de cuidador y la gravedad de los SCPD percibidos.

**Palabras clave:** Demencia severa, cuidadores, SCPD, depresión en demencia, deterioro funcional, síntomas conductuales.

## Abstract

**Objective.** The neuropsychiatric symptoms of patients with dementia deteriorate the quality of life of both the patient and their caregivers. And increase the mental problems (depression and anxiety mainly) in the caregivers, with the decrease in life expectancy for both.

The present study attempts to find an association between the type of neuropsychiatric symptomatology perceived according to the type of primary caregiver in patients with evolved dementia, and the difficulty of these caregivers for home care, to benefit both patients and caregivers.

**Method.** Family members of patients admitted for any cause to a Psychogeriatric medium stay ward and suffering from dementia due to any aetiology were included. The patients were in a phase ranging from moderate to severe and the symptomatic burden of the patients was assessed through the Cornell depression scale in dementia and the NPI-Q in its Spanish version, and the characteristics of the caregivers.

**Results.** The data of 34 patients and their caregivers were analysed. No statistically significant or objective differences were found between the group of patients who had a particular caregiver and those who had a family relative as their caregiver. Most of the patients presented major depressive symptomatology associated with dementia according to the Cornell scale and the NPI-Q. Both groups had high values of NPI-Q, Cornell scale and very functional deteriorated. The most frequent symptom was apathy.

The less frequent symptom was euphoria.

**Conclusion.** No statistically significant association was found between the type of caregiver and the severity of the BPSD perceived.

**Key words:** Severe dementia, caregivers, BPSD, depression in dementia, functional deterioration, behavioural symptoms.

## Introducción

El enfoque del manejo de las demencias se sigue centrando en el control de los síntomas para mantener el bienestar y la calidad de vida del paciente dada la ausencia de tratamientos curativos. Uno de los principales eslabones del tratamiento de los síndromes demenciales es el control conductual y de síntomas neuropsiquiátricos, ya que es uno de los factores en la calidad de vida del paciente y el cuidador, y que pueden ser un determinante en la decisión de institucionalización de dichos pacientes<sup>1-2</sup>.

Los síntomas neuropsiquiátricos (SCPD), que pueden ser psicóticos (delirios y alucinaciones), afectivos (apatía, depresión, irritabilidad y ansiedad) y conductuales (euforia, desinhibición, agitación, actividades motrices aberrantes, trastornos del sueño y trastorno alimentario), son los principales síntomas de las demencias<sup>3</sup>.

Para la percepción de los síntomas existen varios factores a considerar y que podrían tener una gran relevancia. Entre estos factores se encuentran las características sociodemográficas tanto de los pacientes como de los cuidadores, la relación específica entre el paciente y el cuidador, la frecuencia y gravedad de los síntomas psiquiátricos y trastornos conductuales del paciente, el grado de deterioro cognitivo, la calidad de vida y el estado

funcional, y la cantidad de ayuda requerida para las actividades de la vida diaria.<sup>4</sup>

Hay estudios que ponen en relación la severidad de los síntomas psiquiátricos con el funcionamiento cognitivo y las habilidades funcionales<sup>4</sup>, alteraciones funcionales y las cargas que suponen para el cuidador; pero sin embargo no tantos, y los que hay son inconsistentes en relacionar los trastornos del comportamiento y la calidad de vida de los pacientes con demencia y la percepción de la carga del cuidador<sup>5-7</sup>.

En lo que parecen estar de acuerdo todos los estudios realizados es en que los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes con demencia deterioran la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente, y que incrementan los problemas mentales (depresión y ansiedad principalmente) en los cuidadores, con disminución de la esperanza de vida para ambos.

En nuestro medio, las unidades de Psico-geriatría de los centros sociosanitarios se van abriendo cada vez más espacio ante la realidad que representa el aumento progresivo del número de pacientes con demencia para el control de los síntomas neuropsiquiátricos, contención social y descanso de los familiares.<sup>8</sup>

Entre los pacientes con demencia, el grupo de más difícil dar de alta a su domicilio una vez controlados los síntomas neuropsiquiátricos son aquellos con una demencia más avanzada, y este grupo cada vez se va haciendo más numeroso.

El presente estudio intenta encontrar una asociación entre el tipo de sintomatología neuropsiquiátrica percibida según el tipo de cuidador principal en pacientes con demencia evolucionada, y la dificultad de estos cuidadores para asumir los cuidados en el domicilio, para beneficiar tanto a pacientes como a los cuidadores de estos.

## Objetivos

Analizar la relación entre el tipo de cuidador (particular versus familiar) y la sintomatología psicoconductual percibida con la escala NPI-Q.

Como objetivos secundarios :

- Analizar la asociación entre los psicofármacos que venían utilizando y el NPI-Q.
- Analizar los valores del NPI-Q y la escala cornell de los pacientes que ingresan con mal control de síntomas por la demencia o por deterioro funcional en un centro sociosanitario.

## Hipótesis

La hipótesis del estudio es que los pacientes con cuidadores familiares tienen valoraciones más altas en el NPI-Q que aquellos con cuidadores particulares y que según el tipo de cuidador principal que tenga el paciente se hace una mayor utilización de psicofármacos.

## Material y método

### Diseño

Para responder a la hipótesis del estudio se ha realizado un estudio observacional transversal.

La muestra estuvo comprendida entre aquellos pacientes que ingresaron entre el 1 de diciembre de 2016 al 28 de febrero de 2017 por cualquier causa en la Unidad de media estancia de psicogeriatría y que padeciesen una demencia de cualquier etiología, en una fase moderada a severa (valores 5-7 según la escala GDS-Fast9) y que los familiares estuviesen dispuestos a rellenar los instrumentos de Cornell de depresión en demencia y el

NPI-Q en su versión en castellano<sup>10</sup>.

El momento de la realización de las escalas fue al segundo día de ingreso en la unidad de psicogeriatría.

A los cuidadores se les daba instrucciones específicas para centrar el relleno de las escalas en el momento del inicio de los trastornos de memoria o cambios en la personalidad hasta 2 meses antes del ingreso hospitalario.

### Criterios de exclusión:

- Formas leves de demencia (que no cumplan criterios de demencia y/o GDS <5)
- Ingresos de pacientes en fase final de vida solo para tratamiento paliativo
- Que los cuidadores no accediesen a rellenar las escalas.
- Cuidadores con menos de 2 meses de convivencia con el paciente.

### Muestra

En el tiempo de estudio ingresaron con criterios de inclusión 34 pacientes de los cuales 2 de sus cuidadores principales después de explicarles el objetivo del estudio se negaron a participar.

En total se analizaron los datos de 32 pacientes.

### Variables e instrumentos

#### Variables descriptivas

- Tipo de cuidador: Variable numérica continua. Asistentas particulares, esposo, esposa, hijo, hija.
- Psicofármacos. Variable numérica continua. Se consideraron psicofármacos todos los fármacos que los pacientes estuviesen tomando según sus cuidadores y con ac-

tividad en el sistema nervioso, según las estelas ATC N03, N05, N06<sup>11</sup>.

- Destino al alta: Variable nominal dicotómica. Domicilio o residencia geriátrica.
- Sexo: Variable nominal dicotómica.
- Índice de Barthel<sup>13</sup>. Variable numérica ordinal. Presenta valor predictivo sobre mortalidad e ingreso hospitalario. Es el instrumento más recomendado para evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria en el anciano. Evalúa 10 actividades: Baño, Vestido, Aseo personal, Uso del retrete, Transferencias (traslado cama-sillón), Subir/bajar escalones, Continencia urinaria, Continencia fecal, Alimentación. Se puntúa de 0 a 100, pudiendo clasificar a los pacientes en grados de dependencia:
  - Total: <20.
  - Grave: 20 a 35.
  - Moderada: 40 a 55.
  - Leve: igual o mayor de 60.
- Índice de Charlson<sup>13</sup>. Variable numérica ordinal. Se trata de un índice que valora la comorbilidad y sobre los puntajes obtenidos por el paciente asocia un pronóstico vital (Índice de 0: 12% mortalidad/año; índice 1-2: 26%; índice 3-4: 52%; índice > 5: 85%). En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Ha demostrado predecir mortalidad en seguimientos cortos en menos de 3 años.

#### Variables resultado

- NPI-Q<sup>10</sup>. Variable numérica ordinal. Analiza los mismos 12 síntomas neuropsiquiátricos que el NPI original (delirios, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora anómala, sueño, apetito/alimentación), en los aspectos de

la gravedad del síntoma y el agotamiento que produce en el cuidador. La escala de gravedad puntúa de 1 a 3 (leve, si el cambio es evidente, pero no significativo y de fácil manejo = 1; moderada, si el cambio es significativo, pero no drástico, y se hace más difícil controlar la situación = 2; grave, si el cambio es drástico, muy marcado, y no se puede manejar la situación = 3).

La escala de estrés o agotamiento relacionado con el síntoma va del 0 al 5 (si no existe afectación = 0; mínima, poca afectación, no le presenta un problema = 1; leve, sin demasiada afectación, si es de fácil control = 2; moderada, bastante afectación, si no siempre puede controlarlo = 3; grave, si es mucha la afectación y tiene dificultades para arreglárselas = 4; muy grave, si la afectación es extrema y el problema le vence = 5).

La escala NPI-Q tiene un tiempo de aplicación de menos de 10 minutos.

- Escala de cornell<sup>12</sup>. Variable numérica ordinal. Consiste en una escala heteroaplicada (por lo que no supone la limitación de ser necesario un estado cognitivo preservado determinado), de breve aplicación, diseñada específicamente para la evaluación afectivo-conductual por depresión de personas con demencia. Además de la entrevista al cuidador se realizará otra parte de entrevista y observación con la propia persona con demencia para corroborar y completar datos.

Se divide en cinco dimensiones que engloban un total de 19 ítems. Son las siguientes:

- Signos relacionados con el humor, ánimo: ansiedad, tristeza, no reactividad a acontecimientos alegres e irritabilidad.
- Trastornos de conducta: agitación, enlentecimiento, quejas y pérdida de interés.
- Signos físicos: pérdida de apetito, peso y energía.

- Funciones cíclicas: variación diurna de ánimo, dificultad para conciliar el sueño, múltiples despertares o despertar temprano.

- Trastorno ideacional: suicidio, baja autoestima, pesimismo y delirios.

- NPI percibido: Variable numérica continua. Valor total de la suma de todos los síntomas psicológicos/conductuales en una relación de frecuencia y severidad percibidos por el familiar en el paciente con demencia.

- NPI total de estrés: Valor total de la suma de los subítemes del NPI-Q para los valores de estrés percibidos por el cuidador.

- Cada uno de los síntomas de forma aislada de la escala NPI. Variables numéricas continuas. Delirios, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora anómala, sueño, apetito/alimentación en relación a su gravedad/frecuencia percibida por el cuidador y el estrés que generaban.

## Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se ha efectuado con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 24. Se han obtenido las frecuencias y los estadísticos descriptivos básicos. Para el tratamiento de los datos se han utilizado pruebas no paramétricas dado el pequeño tamaño muestral.

Entre las pruebas realizadas se ha utilizado Chi-cuadrado para analizar las diferencias de las distribuciones de las variables nominal (sexo)

Para analizar las diferencias de las medias para el resto de variables se ha utilizado la prueba de Kruskal Wallis.

## Consideraciones éticas

Para el presente estudio se obtuvo el permiso verbal del cuidador principal en caso que este fuese familiar de primer grado o del tutor del paciente.

## Resultados

### Análisis descriptivo

El tipo de cuidador principal más frecuente fueron las esposas (10), seguidos por las cuidadoras privadas (8) y los hijos (6 en el grupo de hijos y 6 en el grupo de hijas).

En cuanto al factor que había desencadenado el ingreso en el centro sociosanitario 23 ingresaron por deterioro funcional y 9 ingresaron por sintomatología conductual y psicológica asociada a la demencia.

La edad era comprendida entre los 66 y 100 años. La edad media de los sujetos del estudio fue de 85.41 años (edades comprendidas entre los 66 y 100 años) gráfico 1, los pacientes con familiares cuidadores eran más jóvenes en relación con los que tenían cuidadores particulares (84 +/-7.4 vs. 87 +/-5.4 años). Ver tabla 1

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, la muestra estuvo conformada por 16 hombres y 16 mujeres aunque en el grupo de cuidadores particulares había más mujeres. Gráficos 2 y 3

Una diferencia entre los grupos de la muestra es que el grupo con cuidadores familiares tenía mayor número de pacientes respecto al número de cuidadores particulares (24 vs. 8 respectivamente).

Se trató de pacientes muy dependientes en general y con una media del Barthel de 23.2

puntos y desviación estándar de 12.5 puntos y en cuanto a grupos no había diferencias significativas entre grupos (21.25 vs 23.96) ver tabla 1

Por tipos de demencia: Alzheimer 17, Parkinson 2, Mixta 6, Cuerpos de Lewy 1, Frontotemporal 1, No filiada 1 (ver tabla 3).

El resumen de variables descriptivas se puede ver en las tablas 1 y 2

Para los cuidadores resultó especialmente difícil discriminar entre ansiedad, agitación y conducta motora anómala siendo los puntos en los que más asesoría necesitaban para la cumplimentación del NPI-Q y algo parecido también en los síntomas de humor-ánimo y trastornos de la conducta del Cornell.

Aunque se encontraron discretas diferencias entre las medias según el tipo de cuidador para los valores del NPI-Q (NPI-Q particular 12,75 versus familiar de 14.73) estas estuvieron lejos de la significancia estadística ( $p=0.777$ ).

En el único aspecto que se encontró diferencias estadísticamente significativas fue en la relación de los días de ingreso hospitalario y NPI según el tipo de cuidador (15.8 vs. 37,  $p=0.018$ ). ver tabla 4

No se encontró una relación entre los valores de NPI-Q, cornell y la utilización de psicofármacos. Ver tabla 5

El NPI tuvo una puntuación media total de 13.93 +/-8.16 DE y para el apartado del estrés del cuidador del NPI-Q fue de 15.78 +/-12.8 DE ver tabla 6

De forma aislada los síntomas valorados por el NPI-Q, el único cercano a la significancia estadística relacionado al tipo de cuidador fueron las alucinaciones ( $p=0.068$ ) y el estrés que generan ( $p=0.028$ ) ver tabla 7 y 8.

El resto de síntomas por cantidad de pacientes en orden decreciente en frecuencia fue: sueño (21), ansiedad (20), irritabilidad

(20), agitación (19), depresión (17), alucinaciones (17), Conducta motora anómala (16), delirios 11, desinhibición (9).

El síntoma que más estrés generaba en el cuidador de media fueron las alteraciones del sueño (2.47 puntos con una desviación estándar de 2.1) ver tabla 1.

El síntoma más frecuente fue la apatía, que lo habían presentado 24 pacientes.

El síntoma menos frecuente fue la euforia (5 pacientes).

Otro aspecto sin llegar a la significancia estadística fue el de la percepción sintomática y el nivel de estrés que era mayor en el cuidador hija.

Un 75% de los pacientes presentaban una escala de cornell mayor de 12 puntos (24 de los 32 pacientes).

Todos los pacientes de la muestra estudiada habían presentado más de un síntoma conductual.

Al analizar la influencia de los psicofármacos en los SCPD de estos pacientes, tampoco se objetivó una asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de fármacos y los niveles en el NPI-Q total, en cada subítem de éste de forma aislada ni en el NPI-Q estrés del cuidador.

De los pacientes que fueron dados de alta de la unidad de psicogeriatría en el tiempo del estudio (N=19) no hubo diferencias ni en cuanto a funcionalidad ni en cuanto a valores de NPI-Q basal ni en cuanto a comorbilidad tabla 8.

En cuanto a Psicofármacos, en total 28 de los 32 pacientes(87.5%) utilizaba al menos un psicofármaco, 1.81 +/- 1.09 de media gráficas 4 y 5. Por tipo de psicofármaco considerado: antidepresivos 14 (43.75%), antiepilépticos 4 (12,5%) y antipsicóticos 26 (81,25%).

## Discusión

Debido al pequeño tamaño muestral, es difícil encontrar significancia estadísticamente significativa en las variables analizadas.

En el presente estudio no se encontró diferencias ni estadísticamente significativas ni objetivas entre el grupo de los pacientes que tenían un cuidador particular ni en los que tenían un cuidador familiar.

Ambos grupos tenían unos valores elevados de NPI-Q, escala de cornell y un deterioro funcional muy importante.

Acorde con otros estudios que han reportado una asociación entre la progresión de la demencia, los SCPD y la funcionalidad en pacientes con demencia leve-moderada,15-17 en el presente estudio hemos encontrado unas puntuaciones elevadas en la frecuencia y severidad de síntomas según las escalas utilizadas tanto de depresión como sintomatología conductual entre estos pacientes dependientes.

El NPI en esta muestra tenía medias de valores elevados, más de lo habitual que en otras poblaciones con demencias menos severas y con mejor funcionalidad<sup>10, 18</sup>.

El síntoma más frecuente fue la apatía, que es un síntoma que se ha asociado con peor nivel funcional en demencias<sup>20,22-23</sup> y también con el desarrollo de la demencia en pacientes con Parkinson<sup>20</sup> y que concuerda con esta muestra de pacientes con demencias graves y dependientes.

El síntoma menos frecuente fue la euforia que concuerda con otro estudio realizado en este sentido pero en pacientes con Alzheimer<sup>23</sup>.

La mayor parte de los paciente presentaron sintomatología depresiva mayor asociada a la demencia según la escala cornell<sup>12</sup>, lo que contrasta con los 17 pacientes que en el subítem de la escala NPI-Q detectaba como

deprimido. Es de notar el posible efecto que la escala de cornell podría tener en pacientes con demencias muy severas en los que no son valorables los aspectos ideacionales presentes en la escala (ideas de suicidio, pesimismo p Ej.) y que los síntomas depresivos se podrían solapar con los síntomas propios de la demencia.

El hallazgo en esta muestra de que la estancia media era menor en los pacientes que tenían cuidadores particulares que en los que tenían cuidadores familiares podría ir en relación a que la decisión última del alta la tienen los familiares de los pacientes de este grupo que no son los cuidadores directos (no podrían tomar un papel más activo en la decisión aunque estén sobrecargados para reasumir los cuidados ya que al ser grupos muy parecidos no se explicaría por funcionalidad, SCPD ni por comorbilidad).

## Conclusiones

En el presente estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de cuidador y la gravedad de los SCPD percibidos. No se objetivaron diferencias entre el uso de psicofármacos (sin importar el tipo) y la severidad sintomática.



## Anexos

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables.

	TIPO DE CUIDADOR	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	Asistenta	87,13	5,489	1,941
	Familiar	84,83	7,476	1,526
	Familiar	14,88	5,937	1,212
NPI PERCIBIDO	Asistenta	12,75	8,049	2,846
	Familiar	14,33	8,334	1,701
NPI ESTRES CUIDADOR	Asistenta	11,88	10,643	3,763
	Familiar	17,08	13,484	2,752

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables.

CHARLSON	Asistenta	6,738	1,2580	,4448
	Familiar	5,942	1,7690	,3611
INDICE DE BARTHEL	Asistenta	21,25	26,826	9,484
	Familiar	23,96	20,798	4,245
PSICOFARMACOS EN TOTAL	Asistenta	2,13	1,356	,479
	Familiar	1,71	,999	,204
ANTIPICÓTICOS	Asistenta	1,63	1,302	,460
	Familiar	1,08	,717	,146
ANTIÉPILÉPTICOS	Asistenta	,25	,463	,164
	Familiar	,08	,282	,058
ANTIDEPRESIVOS	Asistenta	,25	,463	,164
	Familiar	,54	,509	,104
Días de ingreso hospitalario	Asistenta	15,88	10,343	3,657
	Familiar	37,67	22,902	4,675

Tabla 3. Tabla de contingencia.

		TIPO DE CUIDADOR		TOTAL
		Asistenta	Familiar	
TIPO DE DEMENCIA	Enfermedad de Alzheimer	4	13	17
	Vascular	3	7	10
	Disejcutiva	0	4	4
TOTAL	Asistenta	7	24	31

Tabla 4. Prueba de Kruskal-Wallis.

	CHARLSON	INDICE DE BARTHEL	PSICOFARMACO EN TOTAL	ANTIPSI-CÓTICO	ANTIEPI-LÉPTICO	ANTIDE-PRESIVO	Días de ingreso
Chi-cuadrado	2,569	0,527	0,583	1,678	1,476	1,986	5,638
p	0,109	0,468	0,445	0,195	0,224	0,159	0,018

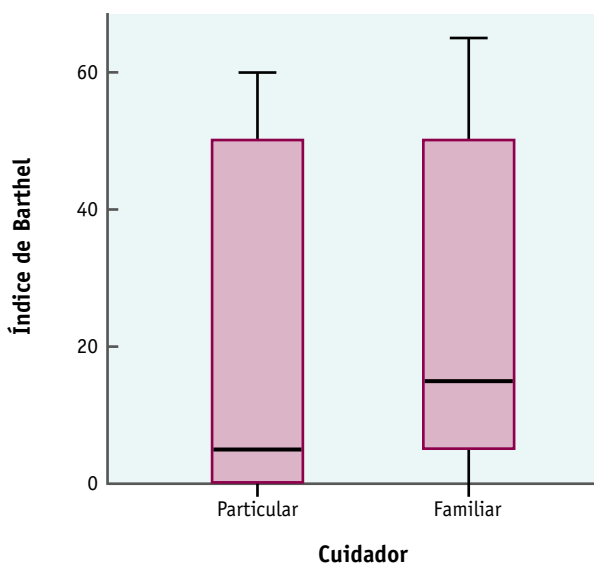
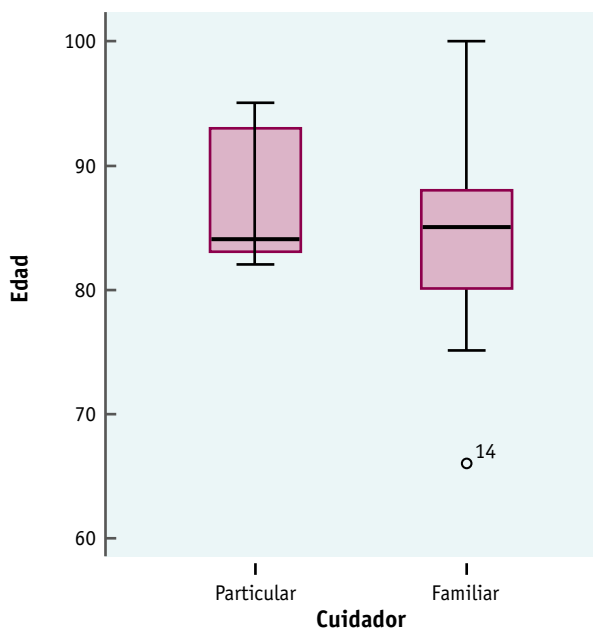


Tabla 5. Tipo de cuidador.

	EDAD	CORNELL	NPI PERCIBIDO	NPI ESTRES CUIDADOR
Chi-cuadrado	0,457	0,519	0,080	1,009
p	0,499	0,471	0,777	0,315

Gráfico 1.



Gráficos 2 y 3.

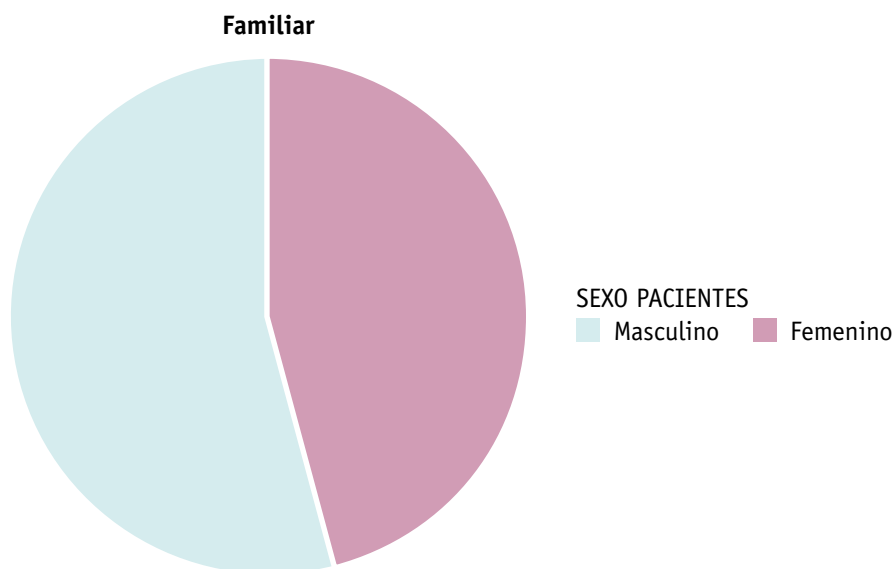
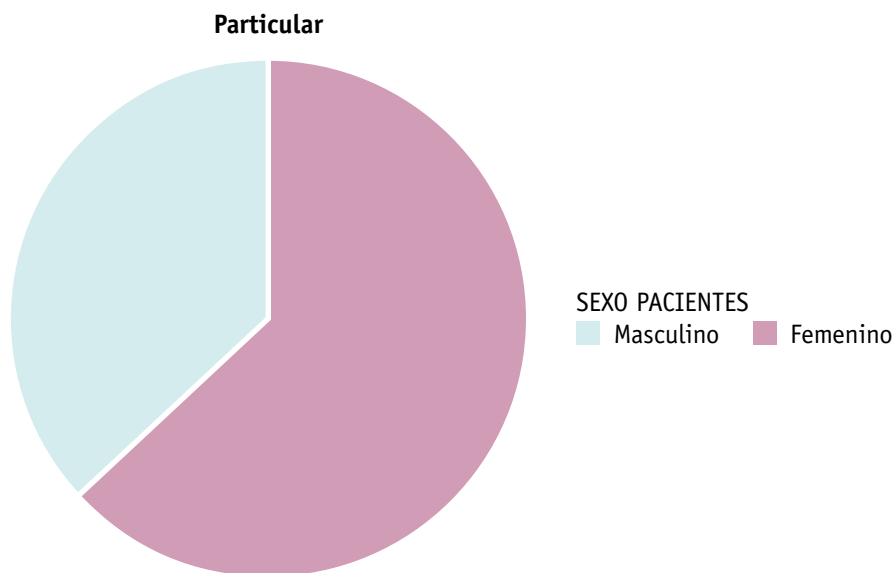


Tabla 6.

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
NPI PERCIBIDO	32	13,94	8,163
NPI ESTRES CUIDADOR	32	15,78	12,873
N válido (por lista)	32		

Tabla 7. Prueba de Kruskal-Wallis.

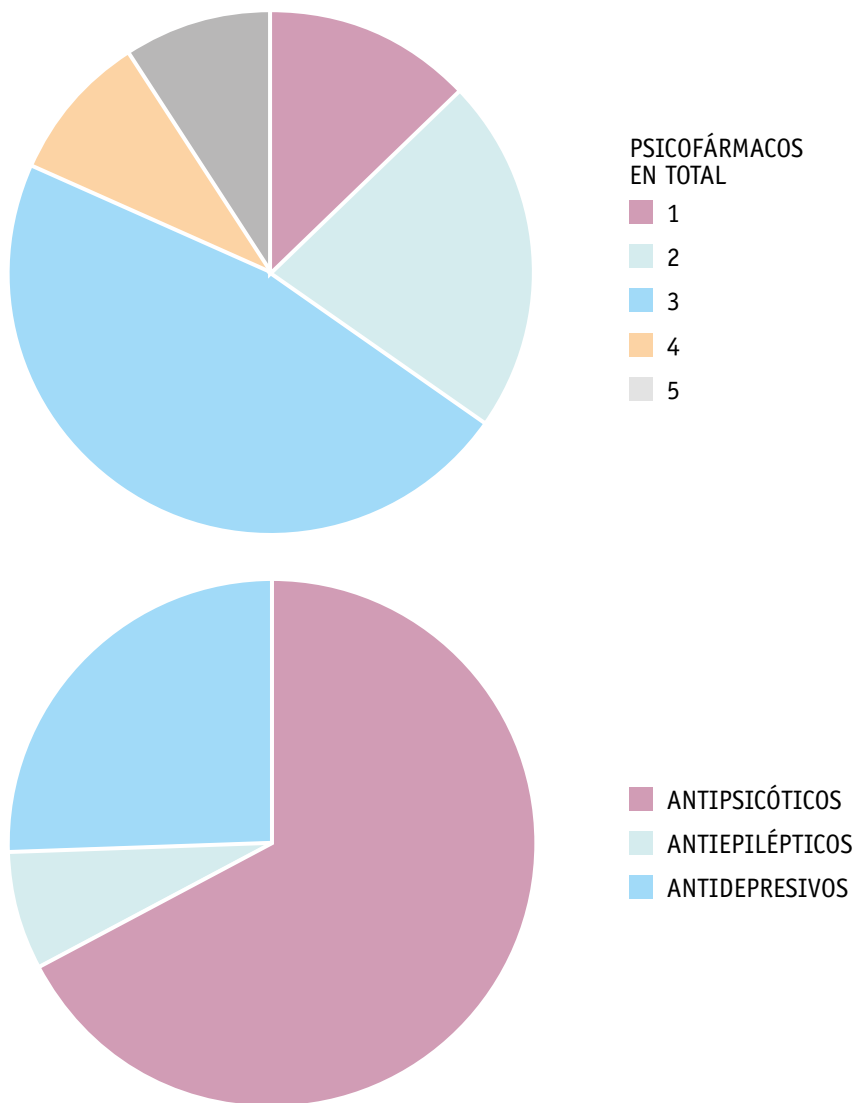
	<b>DELIRIOS PERCIBIDO</b>	<b>ALUCINACIONES PERCIBIDA</b>	<b>AGITACIÓN PERCIBIDA</b>
Chi-cuadrado	0,192	3,418	0,257
p	0,661	0,064	0,612

	<b>DEPRESIÓN ESTRÉS PERCIBIDA</b>	<b>DEPRESIÓN ESTRES CUIDADOR</b>	<b>ANSIEDAD PERCIBIDA</b>	<b>EUFORIA PERCIBIDA</b>
Chi-cuadrado	0,138	0,751	0,306	0,019
p	0,710	0,386	0,580	0,890

Tabla 8. Estadísticos descriptivos.

Cuidador	DESTINO AL ALTA		N	Media
PARTICULAR	Residencia	NPI PERCIBIDO	5	14,80
		NPI ESTRES CUIDADOR	5	15,40
		INDICE DE BARTHEL	5	23,00
		CHARLSON	5	7,520
		N válido (por lista)	5	
	Domicilio	NPI PERCIBIDO	2	9,50
		NPI ESTRES CUIDADOR	2	7,50
		INDICE DE BARTHEL	2	27,50
		CHARLSON	2	5,500
		N válido (por lista)	2	
FAMILIAR	Residencia	NPI PERCIBIDO	5	13,40
		NPI ESTRES CUIDADOR	5	18,20
		INDICE DE BARTHEL	5	18,00
		CHARLSON	5	5,540
		N válido (por lista)	5	
	Domicilio	NPI PERCIBIDO	7	15,29
		NPI ESTRES CUIDADOR	7	17,71
		INDICE DE BARTHEL	7	26,43
		CHARLSON	7	5,829
		N válido (por lista)	7	

Gráficos 2 y 3.



## Bibliografía

1. Steel C, Rovner B, Chase G. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 2 (47),1049-1051.
2. Ballard C, Lowery K, Powell I, O'Brien J, James I. Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregivers *International Psychogeriatrics*, . 2000. Vol. 12 (1), pp. 93-105.
3. Kaufer D, Cummings J, Ketchel P. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2000, Vol 12(2), pp. 233-239.
4. Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, Schneider LS. Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 917-27.
5. Coen RF, Swanwick GR, O'Boyle CA, et al: Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12:331-336.
6. Rosenberg PB, Mielke MM, Appleby BS, Oh ES, Geda YE, Lyketsos CG. The Association of Neuropsychiatric Symptoms in MCI with Incident Dementia and Alzheimer Disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(7):685-95.
7. Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, et al: The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 61-70.
8. Miralles Basseda R. Psicogeriatría y unidades de media estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(4):187-189.
9. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:1136-1139.
10. Boada M, Cejudo JC, Tàrraga L, et al. Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología* 2002;17(6):317-23.
11. <https://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/listadosPrincipios/home.htm>
12. Alexopoulos G, Abrams R, Young R. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*,1988;23:271-284.
13. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 1965;(14):56-61.
14. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR.: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40(5): 373-383.
15. Craig D, Mirakhor A, Hart DJ, et al. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435 patients with Alzheimer's Disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005;13:460-468.
16. Shimabukuro J, Awata S, Matsuoka H. Behavioral and psychological symptoms



- of dementia characteristic of mild Alzheimer patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:274–279.
17. Fernandez-Martinez M, Molano A, Castro J, et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease, and its relationship with cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res*. 2010;7:517–526.
18. Travis J, Massman J. Cognitive and Functional Correlates of NPI-Q Scores and Symptom Clusters in Mildly Demented Alzheimer Patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord*; 2016, Vol 30 (2) pp. 145-151.
19. Si-Sheng H, Yi-Cheng L, Wen-Fu W. Association between caregiver depression and individual behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwanese patients. *Asia-Pacific Psychiatry*, 2015, 7 (3), pp. 251–259 Boyle P.
20. Malloy P, Salloway S, et al. Executive dysfunction and apathy predict functional impairment in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatr* 2003; 11:214–21.
21. Fitts W, Weintraub D, Massimo L. 2015. Caregiver report of apathy predicts dementia in Parkinson’s disease. *Parkinsonism Relat Disord*; 2015, 21(8) pp. 992–995.
22. Onyike C, Sheppard JME, Tschanz J, et al. Epidemiology of apathy in older adults: The Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2007, 15, 3 pp. 65-375.
23. Ready RE, Ott BR, Grace J, Cahn-Weiner A. Apathy and executive dysfunction in mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003, 11, pp. 222-228.
24. Shimabukuro J, Awata S, Matsuoka H. Behavioral and psychological symptoms of dementia characteristic of mild Alzheimer patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005, 59, 274 – 279.