



Hermanas  
Hospitalarias

# INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

Núm. **209** 3.<sup>er</sup> trimestre 2012

# Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS  
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

## DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

## CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

## JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. GARCÍA FERNÁNDEZ

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

## ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. J. L. CARRASCO PARERA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof.<sup>a</sup> Dra. M.<sup>a</sup> PAZ GARCÍA PORTILLA

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:  
<http://www.icmje.org>

## DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

## BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: [inf-psiQuiatrics@hospitalbenitomeni.org](mailto:inf-psiQuiatrics@hospitalbenitomeni.org) / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

# Informaciones Psiquiátricas

N.º 209 / 3.º trimestre 2012

## NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
  - Título del trabajo.
  - Filiación completa del autor principal y coautores.
  - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
  - Centro donde se realizó el estudio.
  - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.  
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
  - Introducción.

- Material y Métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
    - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
    - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
      - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
      - Título del trabajo en su lengua original.
      - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
      - Año, número de volumen: página inicial-página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
    - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
      - Apellidos e iniciales de los nombres de los autores en mayúsculas.
      - En: Título original del libro.
      - Apellidos e inicial de los (ed).
      - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
  9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
  10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.  
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.  
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

---

## ÍNDICE

---

245 UN CASO DE TRASTORNO ORGÁNICO DE PERSONALIDAD  
DEBIDO A EPILEPSIA

EMILIO GONZÁLEZ PABLOS, CARLOS CASAR TORNERO, FEDERICO FELIPE IGLESIAS  
SANTA POLONIA Y CRISTINA GIL-DÍEZ USANDIZAGA

257 SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES  
DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

GUILLERMO HOYOS VILLAGRÁ, IGNACIO HERREROS GUILARTE,  
EMILIO GONZÁLEZ PABLOS, RICARDO GALLARDO PONCE,  
ESPERANZA BAUSELA HERRERAS, ANA ISABEL MORENO FLORES  
Y CARLOS MARTÍN LORENZO

271 ANÁLISIS FACTORIALES CONFIRMATORIOS  
DE LA ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

EDUARDO GONZÁLEZ FRAILE, BORJA SANTOS, MANUEL MARTÍN CARRASCO,  
ANA I. DOMÍNGUEZ, PAULA MUÑOZ HERMOSO Y JAVIER BALLESTEROS

283 PROGRAMA PSICOEDUCATIVO A FAMILIARES  
DE USUARIOS DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA

BEATRIZ FERNÁNDEZ BENÍTEZ



---

# UN CASO DE TRASTORNO ORGÁNICO DE PERSONALIDAD DEBIDO A EPILEPSIA

---

EMILIO GONZÁLEZ PABLOS

*Psiquiatra. Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.*

CARLOS CASAR TORNERO

*Psicólogo. Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.*

FEDERICO FELIPE IGLESIAS SANTA POLONIA

*Neurólogo. Complejo Asistencial de Palencia. Sacyl.*

CRISTINA GIL-DÍEZ USANDIZAGA

*Psiquiatra. Complejo Asistencial de Palencia. Sacyl.*

Recepción: 17-08-11 / Aceptación: 21-02-12

## RESUMEN

Las alteraciones significativas y persistentes de la personalidad del sujeto, originadas por causa orgánica, constituyen un capítulo que puede inducir a error por su denominación. También la epilepsia como posible causa ha sido objeto de discusión a lo largo de la historia.

Presentamos un caso de un paciente que presenta epilepsia con importantes rasgos de personalidad patológica.

Se aportan datos de exploraciones neuropsicológicas, EEG y de neuroimagen, que documentan claramente las alteraciones subyacentes en cada uno de los niveles objetos de estudio.

También se señalan métodos de tratamiento y evolución del caso.

## Palabras clave

Trastorno orgánico de la personalidad, epilepsia, neuropsicología, tratamiento.

## ABSTRACT

Significant and enduring disturbances in the personality of an individual secondary to organic causes are an issue nowadays. Epilepsy as a possible etiology of Organic Personality Disorders has been an argument through the history of Psychiatry.

We present the case of a patient diagnosed of Epilepsy with traits of an alteration of personality.

We also support our statements with neuropsychological evaluation, EEG and neuroimaging findings, illustrating the different underlying changes in each of the different levels of study.

Treatment of the disorder and evolution of the patient are also referred in the article.

## Keywords

Organic Personality Disorder, Epilepsy, neuropsychology, treatment.

## INTRODUCCIÓN

Las alteraciones significativas y persistentes de la personalidad del sujeto, originadas por causa orgánica, constituyen un capítulo que pueden inducir a error por su denominación. Últimamente se ha impuesto el término Trastorno orgánico de la personalidad, F07.0 (CIE-10); pero el DSM-IV-TR lo denomina «Cambio de personalidad debido a enfermedad médica», 310.1. En ambos casos se incluye como un trastorno debido a enfermedad médica.

Esta categoría diagnóstica se usa habitualmente en los baremos utilizados para peritar secuelas postraumáticas, y en los servicios dedicados a los pacientes con daño cerebral adquirido<sup>1</sup>.

También la epilepsia como posible causa de este trastorno ha sido objeto de discusión a lo largo de la historia. Mientras algunos autores como Waxman y Geschwind<sup>2</sup> defienden la existencia de un síndrome conductual interictal en la epilepsia temporal, para otros<sup>3</sup>, existen estudios que descartan esta patología.

Presentamos un caso clínico en el que en nuestra opinión se reúnen todos los criterios para realizar este diagnóstico.

## CASO CLÍNICO

### *Historia*

Varón de 47 años a su ingreso. Epilepsia desde los tres meses por anoxia cerebral en el parto. Estudio hasta 1.º de Formación Profesional. A partir de la adolescencia cambios de personalidad que dificultan su adaptación. Muy protegido por sus padres. Al envejecer y enfermar sus padres, es necesario in-

gresar al paciente después de fracasar otras medidas de apoyo y ayuda en su domicilio o en residencia.

### *Historia de la epilepsia*

Crisis epilépticas desde los tres meses de edad. Mal controladas.

Tenemos referencias e informes desde el año 1998 (36 años de edad), fecha en que empezó a ser controlado por el Servicio de Neurología. Refiere crisis parciales complejas de frecuencia y duración variables que fueron de difícil control por toma irregular del tratamiento.

Ha tomado Neosidantoina, Clonazepam, Fenitoina, Levetirazepan, Carbamazepina, etc.

### *Psicopatología*

Los rasgos de personalidad más llamativos son: capacidad reducida de mantenerse en actividades con una finalidad a largo plazo, labilidad emocional, cambios rápidos a ira y agresividad, apatía, pegajosidad en el contacto, lenguaje perseverante y repetitivo, rasgos de pensamiento obsesivos y paranoides con suspicacia, tendencia al coleccionismo y acumulación de objetos hasta el punto de ser considerado un síndrome de Diógenes, hipergrafía, micrografía (fig. 1), minuciosidad, lentitud y perfeccionismo, gusto por tareas manipulativas repetitivas y minuciosas (fig. 2), utilización de las crisis como llamadas de atención, etc.

### *Exploración neuropsicológica*

Se utilizan los siguientes instrumentos de valoración:

FIGURA 1

## Escrito típico del paciente.

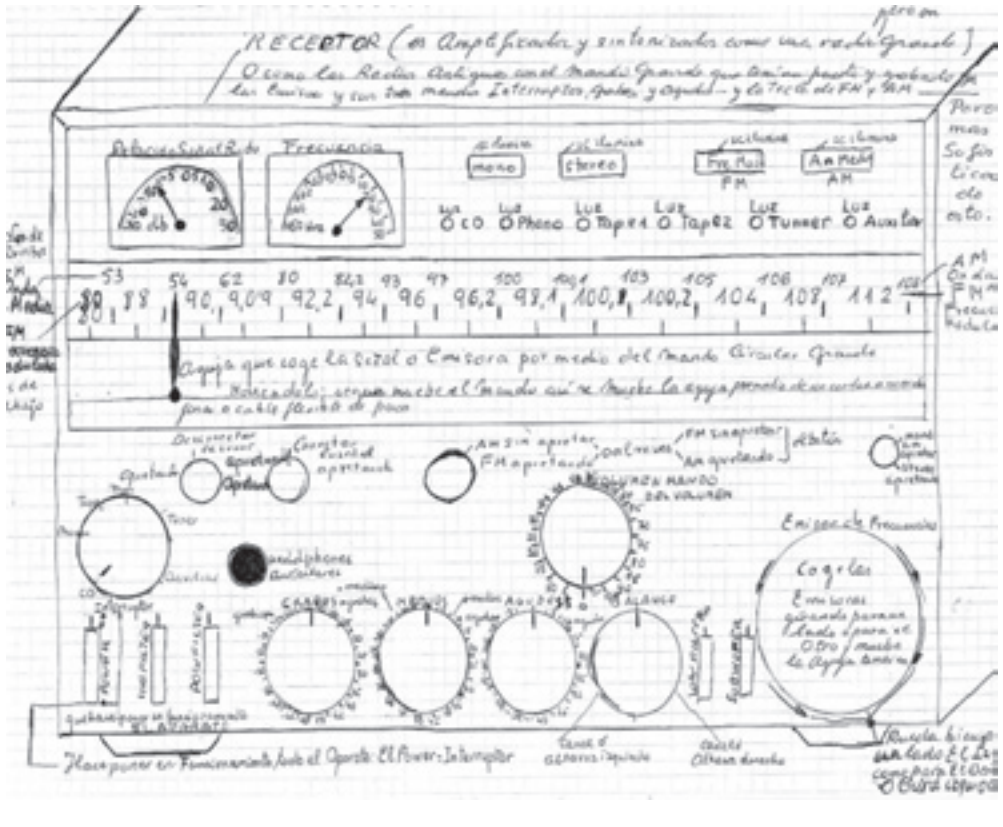
Escribe gran número de papeles de estas características

encasa; pues me está pasando a mí a hora; no me muero de la habitación, quitando las horas de Terapia Ocupacional por las mañanas y dos días por la tarde Martes y Jueves, haciendo sobre el fijación y la Torre Eiffel Torre Eiffel de París en madera, a como una descarga de nervios y un estancamiento y que lo marcan todo. Ahora mientras estoy escribiendo estas cosas estoy sin escuchar música; es una descarga para la cabeza cuando uno está nervioso. Otra cosa que tengo positiva es el Paisaje que se ve desde la ventana; ver esa montaña tan grande con sus árboles y piedra a hora que le estoy escribiendo esto; oigo un ruido fuera de la habitación que es como si hubiese una Máquina de Cine, pero de esas antiguas, que tenían dos rodillos para la cinta, uno adelante más alto y el otro atrás más abajo. Como le estaba contando se ve la montaña con sus árboles y más cercanos, los del jardín que es grandísimo; piñon, palmeras un arbusto cuadrado grandísimo, más débiles de otra clase que no se como se llaman y flores plantadas y los aire Molinos de viento que hay muchísimos más; y oír el hablar de las personas, aunque no se las vea, y ver la copa muy grande o el cáliz, hecho en flores de distintos colores ver las Torres de Corriente y el aire mar que el toro las mujeres hablar y discutir, y oír el aire como sopla, y el cantar de los animales, Palomas y otros Go, Goooo, Go; Go, Goooo, Go, Go, Goooo, Go; y el oír las hablar a ellas (Mujeres) que parece que se están pegando, y están hablando de las cosas y están discutiendo unas con otras y unas de repente se pone a llorar, y a otra se le oye hablar con una voz casi de hombre con un lenguaje horrible, que es sin duda (Magdalena) con perla con una voz de hombre chulo, y estar esperando a la Cena para que le ponga como si siempre (PESCADO) estar la grande llamada Manuela, Rosario, Mercedes, a las tres, y quererlas tenerlas a todas (a las 3) dominadas, como en un Circo, y luego ponerse a cantar fatal, y luego volar a la hora de la Cena con una Melena y la Cuadrera y Pantalones, todo de la que como en el Oeste, solo la falta el Caballo, la cuerda, las pildoras El Rife y El Caballo y El Gorro y El Cigarro



FIGURA 2

**Dibujo del frente de su receptor de radio, explicando cada una de las características del aparato**



- a) Escala de Inteligencia WAIS para adultos.
- b) Test de la Figura Compleja de Rey.
- c) Test Stroop de Palabras y Colores.
- d) Test Wisconsin de Clasificación de Tarjetas.
- e) Test de Retención Visual de Benton.
- f) Pruebas de Memoria Verbal del Test Barcelona.

Se obtienen los resultados resumidos de tabla I.

*Valoración Global.* Los datos de la exploración neuropsicológica parecen sugerir una disfunción cerebral difusa. La alteración de la memoria a corto plazo tanto para el material verbal como visual parece indicar que esta disfunción puede afectar a ambos lóbulos temporales. La disfunción también parece alcanzar al lóbulo frontal de acuerdo a los datos obtenidos en el test de Wisconsin y el test Stroop. Estos datos junto a los rasgos de personalidad descritos son consistentes con el diagnóstico: un trastorno orgánico de la personalidad.

TABLA I  
**Exploración neuropsicológica**

Instrumentos	Hallazgos
Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conciencia de enfermedad.</li> <li>– Admite problemas de memoria.</li> <li>– Logorrea con contenidos perseverantes.</li> <li>– Pegajosidad.</li> </ul>
Escala de inteligencia WAIS para adultos	CI Total: 97    CI Verbal: 89    CI Manipulativo: 106 <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nivel intelectual normal.</li> <li>– La variabilidad inter-test indica alteración cerebral.</li> </ul>
Test de la Figura Compleja de Rey	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reproducción de la figura correcta.</li> <li>– Praxis constructiva conservada.</li> <li>– Estilo de procesamiento analítico de información visual basado en detalles más que en la configuración global del conjunto.</li> <li>– Alteraciones de la memoria visual a corto plazo.</li> </ul>
Test Stroop de Palabras y Colores	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Las puntuaciones bajas de las tres pruebas y la interferencia normal sugieren disfunción cerebral difusa.</li> </ul>
Test Wisconsin de Clasificación de Tarjetas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los resultados en respuestas perseverativas y errores perseverativos se corresponden con disfunción ejecutiva de grado leve-moderado.</li> </ul>
Test de Retención Visual de Benton	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reproducción a corto plazo con errores. Cinco errores más que en la reproducción inmediata. Sugiere disfunción de la memoria visual a corto plazo.</li> </ul>
Pruebas de Memoria Verbal del Test Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clara alteración de la memoria verbal inmediata y a largo plazo.</li> </ul>

### *EEG*

Foco de ondas lentas theta temporal derecha de escasa actividad.

### *RMN cerebral* (figs. 3 y 4)

Componente atrófico córtico-subcortical. Atrofia hipocampal izquierda con ectasia relativa de asta temporal, hallazgos sugestivos de esclerosis mesial izquierda. Lesiones crónicas a nivel de

los lóbulos frontales y temporal derecho en probable relación con pequeños traumatismos/crisis.

### *Tratamiento farmacológico*

- Clonazepan 2: 1-1-1.
- Diazepan 10: 0,5-0,5-1.
- Fenitoina 100: 2-1,5-1,5.
- Valproato 500: 2-1-2.
- Risperidona: 2-0-2.

FIGURA 3

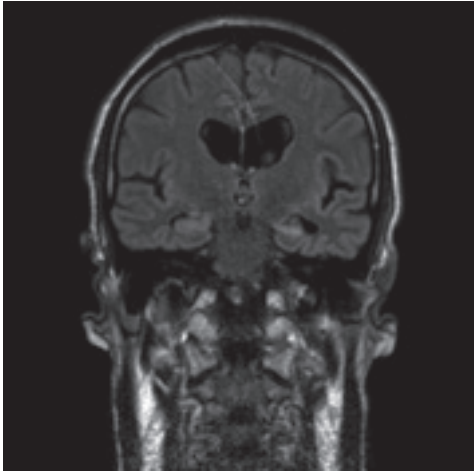
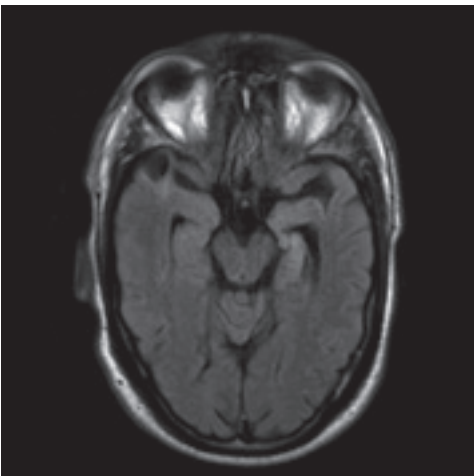


FIGURA 4



### *Niveles plasmáticos fármacos*

Dentro de la normalidad.

### *Técnicas psicoterapéuticas empleadas*

Psicoterapia cognitivo-conductual a partir de las circunstancias del pacien-

FIGURA 5

### **Dibujo de S. M. la Reina Doña Sofía realizado por el paciente en los talleres de rehabilitación**



te. Se comenzó con una buena empatía, paciencia y adaptación a su lentitud y características de personalidad. Se procuró su integración en actividades terapéuticas rehabilitadoras adecuadas: dibujo (fig. 5), pintura, marquetería, escayola, etc. Así como técnicas de rehabilitación neuropsicológica orientadas a las actividades de la vida diaria y a la aceptación de reglas sociales.

### *Evolución*

Desde su ingreso en nuestro hospital, hace dos años, no ha presentado crisis epilépticas. Ha seguido revisiones del Servicio de Neurología y controles de fármacos.

La evolución psiquiátrica ha sido: persistencia de los rasgos esenciales de personalidad, persistencia de acumulación de objetos, frecuentes conflictos interpersonales por sus dificultades de

relación. A pesar de ello, gran mejoría en su vida social con frecuentes salidas del hospital, adaptación a terapias ocupacionales y artísticas, episodios de descontrol y ansiedad pero más limitados en frecuencia e intensidad, etc.

## CONCLUSIÓN

Se trata de un grave trastorno orgánico de personalidad que supone, al margen de las cuestiones diagnósticas señala-

das<sup>4,5</sup>, un reto para actitudes escépticas y exige una combinación de terapias biológicas y psicosociales para lograr mínimos cambios adaptativos.

En los dos sistemas diagnósticos al uso están perfectamente definidos los criterios y los procedimientos de registro. Así en DSM-IV-TR (tabla II) se especifica que debe anotarse en el eje I como 310.1, así como la enfermedad médica que se considere causante de la alteración. En el eje III debe anotarse el código para la enfermedad médica.

TABLA II

### **Criterios para el diagnóstico de F07.0 Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica). Según DSM-IV-TR**

- 
- a) Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. (En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual de comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante un año.)
  - b) Demostración a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
  - c) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).
  - d) La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de un delirium.
  - e) La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 

#### **Especificar el tipo**

- 
- Tipo *lábil*: si el síndrome predominante es la labilidad afectiva.
  - Tipo *desinhibido*: si el síntoma predominante es el descontrol de los impulsos, manifestado por indiscreciones sexuales, etc.
  - Tipo *agresivo*: si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo.
  - Tipo *apático*: si el síntoma predominante es la apatía o indiferencia acusadas.
  - Tipo *paranoide*: si el síntoma paranoide es la suspicacia o ideación paranoide.
  - *Otros tipos*: si la presentación no está caracterizada por cualquiera de los anteriores subtipos.
  - Tipo *combinado*: si predomina más de un síntoma en el cuadro clínico.
  - Tipo *no especificado*.
-

En la CIE-10 (tabla III) los criterios diagnósticos son minuciosos y además son muy estrictos. Define el trastorno como una «alteración significativa del patrón habitual de comportamiento que mostraba el sujeto premórbidamente». Incluye: trastorno de personalidad de la epilepsia límbica, entre otros<sup>4</sup>.

Parece más adecuado y riguroso el término que utiliza el DSM-IV-TR: «Cambio de personalidad debido a enfermedad médica». Sobre todo porque evita errores al coincidir en nombre con otro capítulo nosológico: trastorno de personalidad.

No obstante, las razones históricas de esta denominación, que puede conducir a errores, parecen claras y están documentadas en un reciente artículo de Quemada<sup>6</sup>.

Entre las causas médicas de este trastorno se encuentran: traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, demencias, accidentes vasculares cerebrales, enfermedades neurológicas, etc.<sup>7</sup>.

Varios autores clásicos trataron de describir una personalidad característica de la epilepsia.

Así, es necesario recordar a Mauz que habla de un carácter enequético que se caracteriza por la tendencia a la adherencia y repetición, ligado a un tipo constitucional atlético<sup>8</sup>.

Morel introdujo la noción de carácter epiléptico, señalando la irritabilidad y la cólera como rasgos más sobresalientes. Farlet también estudió los fenómenos psiquiátricos de la epilepsia<sup>9</sup>.

Minkowska denomina a este temperamento «gliscroide» o «viscoso»: afectividad viscosa, ritmo intelectual lento, bradipsiquia; con descargas explosivas. Coincidiendo con las descripciones de Kretschmer y Enke de la personalidad de los atléticos<sup>9, 10</sup>.

Para Sadock<sup>11</sup> las anomalías psíquicas más descritas en pacientes con epilepsia son los trastornos de personalidad. Y como características clínicas más frecuentes señala la religiosidad, la hipersexualidad y la viscosidad de la personalidad. En nuestro paciente, no son evidentes los dos primeros síntomas.

También para el Manual Oxford de psiquiatría<sup>12</sup>, dentro de los aspectos psiquiátricos de la epilepsia, el «síndrome de personalidad epiléptica» es una de las presentaciones posibles. El llamado síndrome de Waxman-Geschwind<sup>2</sup> se caracteriza por religiosidad, hiposexualidad, hipergrafía y «viscosidad de la personalidad».

Así pues, varios síntomas configuran este cuadro: religiosidad, a veces interés por lo cósmico o sobrenatural, meticulosidad excesiva, perseveración ideativa, explicaciones excesivamente largas y prologadas de acontecimientos simples, dificultad para concretar, verborrea, hipergrafía, hiposexualidad, etc. Además, el paciente presenta estos síntomas pero no se queja, por lo que es preciso investigar su existencia<sup>13-15</sup>.

Hoy está claro que no todos los enfermos epilépticos presentan rasgos de personalidad patológicos. También parece claro que en las personas que sufren de epilepsia se pueden presentar toda clase de personalidades. Así mismo, también es evidente que las anomalías neuropsicológicas encontradas en algunos pacientes son resultado de las lesiones cerebrales existentes, así como que las alteraciones de personalidad son resultado de estas lesiones y de la interacción del sujeto con su ambiente familiar y social<sup>9, 10, 16, 17</sup>.

Es importante destacar que la mayoría de los pacientes que presentan epi-

TABLA III

**Trastorno orgánico de la personalidad. F07.0. Según CIE-10**

- 
- A.** 1. Debe haber pruebas objetivas (de la exploración física y neurológica, y de resultados de laboratorio) y/o antecedente de enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
2. No hay obnubilación de la conciencia ni un déficit significativo de memoria.
3. No hay suficientes pruebas de una causa alternativa del trastorno de la personalidad o del comportamiento que justifique su emplazamiento en F60-F69.
- B.** Al menos tres de las siguientes características deben estar presentes durante un período de seis o más meses:
1. Capacidad constantemente reducida de mantenerse en actividades dirigidas a un fin, en especial aquellas que implican períodos relativamente largos de tiempo y gratificaciones mediatas.
2. Uno o más de los siguientes cambios emocionales:
- a) Labilidad emocional (expresión emocional incontrolada, inestable y fluctuante).
  - b) Euforia y jocosidad superficial e inapropiada, injustificadas por las circunstancias.
  - c) Irritabilidad y/o arrebatos de ira y agresividad.
  - d) Apatía.
3. Desinhibición en la expresión de necesidades o impulsos, sin considerar las consecuencias sociales (el sujeto puede llevar a cabo actos antisociales tales como robos, insinuaciones sexuales inapropiadas, comer vorazmente o mostrar una indiferencia extrema por la higiene personal).
4. Alteraciones cognoscitivas, típicamente en forma de:
- a) Susplicia excesiva e ideas paranoides.
  - b) Preocupación excesiva por un tema particular, como la religión, o categorizaciones rígidas de la conducta de otras personas, en términos de «buenas» o «malas».
5. Alteración marcada del ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, «sobreinclusividad», pegajosidad e hipergrafía.
6. Alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).
- 

**Especificación de los rasgos de los posibles subtipos**

**Opción 1.** Un predominio de los síntomas del criterio 1 y 2d definen un tipo seudorretrasado o apático. El predominio de 1, 2c y 3 se consideran un tipo seudopsicopático. La combinación de 4, 5 y 6 se contempla como característico del trastorno de personalidad de la epilepsia límbica. Ninguna de estas entidades ha sido todavía suficientemente validada para justificar una descripción por separado.

**Opción 2.** Se pueden especificar los siguientes subtipos: tipo lábil, tipo desinhibido, tipo agresivo, tipo paranoide, tipo mixto y otros.

---

lepsia tienen una personalidad normal, así como una inteligencia y conducta igualmente en el rango de la normalidad. Es necesario tener en cuenta que la mayor parte de los casos clínicos descritos de anomalías en la conducta o en la personalidad de los pacientes que padecen epilepsia han sido realizados en pacientes graves, con epilepsias refractarias, o con graves lesiones cerebrales. No es casualidad que la mayor parte de los casos sean pacientes institucionalizados. En realidad se desconoce la prevalencia de estos trastornos en la población de pacientes que padecen epilepsia.

Al no existir una terapéutica causal que actúe sobre la etiología, podemos mejorar la clínica, podemos controlar las crisis epilépticas. Pero además es necesario usar ansiolíticos o antipsicóticos para la sintomatología psiquiátrica dependiendo del momento evolutivo.

Un enfoque psicoterapéutico cognitivo conductual y técnicas de rehabilitación han demostrado su eficacia para el manejo de los síntomas y para lograr la adaptación y mejoría del paciente.

El estudio de caso único está plenamente justificado en esta patología dado el nivel actual de confusión al respecto, así como la incorporación de nuevas fuentes de información con la exploración neuropsicológica y las técnicas de neuroimagen<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quemada JI, Hormaechea JA, Muñoz Céspedes JM. La peritación psiquiátrica y neuropsicológica del daño cerebral traumático y la Ley 30/95. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:353-60.

2. Waxman SG, Geschwind N. The interictal behavior syndromes of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:1580-1586.
3. Cervilla Ballesteros J. Trastorno orgánico de la personalidad. En: Roca Bennasar M (coordinador). *Trastornos de Personalidad*. Barcelona, Ars Médica; 2004: 711-725.
4. Organización Mundial de la Salud. *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Editorial médica Panamericana; 2000.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson; 2002.
6. Quemada JI, Sánchez Cubillo I, Muñoz Céspedes JM. El trastorno orgánico de la personalidad: análisis conceptual y estrategias para la investigación. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(2):115-121.
7. Blanch Andreu J, Galindo Arlándiz E, Gastó Ferrer C. Trastorno orgánico de la personalidad. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C (directores). *Tratado de psiquiatría, Volumen I, 2.ª edición*. Barcelona, Ars Médica 2010; 786-791.
8. Mauz F. *La predisposición a los ataques convulsivos*. Madrid, Ediciones Morata; 1942.
9. Barcia D. La epilepsia desde el punto de vista psiquiátrico. En: López-Ibor Aliño JJ, Ruiz Ogara C, Barcia Salorio D (directores). *Psiquiatría, tomo II*. Barcelona, Toray; 1981: 1081-1098.
10. Alonso Fernández F. Alteraciones psíquicas en las epilepsias. En: Alonso

- so Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual, tomo II. Madrid, Editorial Paz Montalvo; 1979: 755-792.
11. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan-Sadock, Sinopsis de psiquiatría. Novena edición. Barcelona, Waverly Hispánica; 2004.
  12. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, Mcintosh A. Manual Oxford de Psiquiatría. Madrid, Aula Médica; 2009.
  13. McConnell HW, Snyder PJ. Comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia. Barcelona, Masson; 1999.
  14. Geschwind N, Galaburda AM. Cerebral lateralization: Biological mechanisms, associations and pathology I: A hypothesis and a program for research. Arch neurol 1985;42:428-459.
  15. Marcangelo MJ, Ovsiew F. Aspectos psiquiátricos de la epilepsia. En: Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica 2007;30(4).
  16. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. Octava edición. Barcelona, Tray-Masson; 1980: 294-322.
  17. Witt JA, Hollman K, Helmstaedter C. The impact of lesions and epilepsy on personality and mood in patients with symptomatic epilepsy: a pre-to postoperative follow-up study. Epilepsy Res 2008;82:139-146.





---

# SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

---

GUILLERMO HOYOS VILLAGRÁ  
IGNACIO HERREROS GUILARTE  
EMILIO GONZÁLEZ PABLOS  
RICARDO GALLARDO PONCE  
ESPERANZA BAUSELA HERRERAS  
ANA ISABEL MORENO FLORES  
CARLOS MARTÍN LORENZO  
*Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.*

Recepción: 04-10-11 / Aceptación: 10-03-12

## RESUMEN

**Introducción.** Los pacientes en fase final de la vida pueden presentar múltiples síntomas, dependiendo de la naturaleza y el estadio de la enfermedad. De todos los síntomas serán los neuropsiquiátricos (SNP) los que centrarán nuestro estudio.

**Objetivos.** 1. Incidencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes de una Unidad de Cuidados Paliativos. 2. Interrelación de los diferentes síntomas neuropsiquiátricos presentes en los pacientes.

**Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo de la incidencia de síntomas neuropsiquiátricos en 100 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario San Luís de Palencia en los últimos cuatro años. Los pacientes son diagnosticados de enfermedades neurodegenerativas, enfermedad oncológica e insuficiencia

de órgano, en fase terminal de la enfermedad. Se aplicó el Neuropsychiatric Inventory en su versión validada en castellano (NPI-NH).

**Resultados.** El 95 % de la muestra presentaba al menos un síntoma neuropsiquiátrico. La media de síntomas de cada paciente es de 4 ( $3,43 \pm 1,82$ ), con un rango de 0-11. Los trastornos de apetito (54 %), la apatía (48 %), la ansiedad (45 %) y la agitación (41 %) fueron los síntomas más frecuentes; los menos fueron las alucinaciones (13 %), la desinhibición (8 %) y la euforia (6 %). Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes SNP; así como entre las puntuaciones medias de las 12 subescalas y la media total del NPI-NH.

**Conclusiones.** El NPI-NH es un instrumento útil para la valoración y tratamiento de síntomas neuropsiquiátricos en CP. El diagnóstico precoz de los SNP permitirá instaurar un trata-

miento acorde con la sintomatología y prevenir la aparición de otros síntomas.

## Palabras clave

Síntomas neuropsiquiátricos, cuidados paliativos, enfermedades neurodegenerativas, enfermedad oncológica, insuficiencia de órgano terminal.

## ABSTRACT

**Introduction.** The patients approaching the end of their life may present multiple symptoms, depending on the nature and stage of their illness. We will, specifically, focus our study on neuropsychiatric symptomatology.

**Objectives.** The main objective is to establish the incidence of neuropsychiatric symptomatology and the statistical correlation among the different neuropsychiatric symptoms in inpatients of a Palliative Care Unit.

**Methodology.** A Cross-sectional retrospective study on the incidence of neuropsychiatric symptoms, during the last four years in a 100 people sample of inpatients in a Palliative Care Unit at the «Complejo Hospitalario San Luís», Palencia, Spain. The patients are diagnosed of neurodegenerative diseases, oncological diseases or organ failure in their last stages. The Neuropsychiatric Inventory was applied in its Spanish validated version (NPI-NH).

**Results.** A 95 % of the sample presented at least one neuropsychiatric symptom. The average number of symptoms was 4 ( $3,43 \pm 1,82$ ) with a rank of 0-11. Appetite disturbances (54%), apa-

thy (48%), anxiety (45%) and agitation were the most frequent symptoms while hallucinations (13%), desinhibition (8%) and euphoria (6%) were the least.

Statistically significant correlations were found among the different symptoms; as well as among the different average scores of the 12 subscales and the total average of the NPI-NH.

**Conclusions.** The NPI-NH test is a useful instrument assessing and treating neuropsychiatric symptoms. Early diagnose of neuropsychiatric symptoms will allow initiating an appropriate treatment and preventing the appearance of new symptoms.

## Keywords

Neuropsychiatric symptoms, palliative care, neurodegenerative diseases, oncological diseases, last stages organ failure.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> define los cuidados paliativos como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades.

Esta concepción de los cuidados paliativos reconoce que las personas con

enfermedades distintas al cáncer, que sean progresivas, irreversibles y en fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. Pueden ser, por ejemplo, los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas (como ictus, demencia, Parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica, entre otras)<sup>2-4</sup>.

Los cuidados paliativos deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos<sup>4</sup>. De la misma forma, incluso en las fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio destinado a las medidas curativas. Así, la transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada ya que en las enfermedades no oncológicas es especialmente difícil el establecimiento de un pronóstico vital, incluso en fases muy avanzadas de la enfermedad<sup>2, 3</sup>.

Entre los objetivos generales de los cuidados paliativos destacan la promoción del bienestar y la mejora de la calidad de vida<sup>2</sup>.

Los pacientes en fase final de la vida pueden presentar múltiples síntomas, dependiendo de la naturaleza y el estadio de la enfermedad, en orden de frecuencia podríamos enumerarlos: dolor, depresión, ansiedad, confusión, astenia, disnea, insomnio, náuseas, estreñimiento, diarrea, anorexia. De todos los síntomas serán los neuropsiquiátricos los que centrarán nuestro estudio.

La importancia de los síntomas neu-

ropsiquiátricos radica en su extraordinaria frecuencia, así como en el grado de disconfort que trasladan al paciente. Su tratamiento, no contemplado tradicionalmente por los sistemas de salud, debe ser concomitante al de los síntomas más orgánicos. Siendo la presencia, disponibilidad y cercanía del personal sanitario, cuando menos, tan importante como el tratamiento farmacológico instaurado. El cuidado de pacientes con pronóstico de vida límite incluye tanto el control de síntomas físicos como neuropsicológicos, mediante la prestación de una atención integral, coordinada y de calidad.

Además de los temores experimentados por los pacientes en fase terminal de una enfermedad, los trastornos por ansiedad, del estado de ánimo y los trastornos mentales orgánicos son frecuentes en esta población. Se ha estimado la incidencia de trastornos psiquiátricos en pacientes terminales en un 53%<sup>5</sup>. En este estudio se observó que de este 53% de pacientes, el 42% presentaban alteraciones o deterioros cognoscitivos. Síndromes confusionales fueron diagnosticados en el 28% de los enfermos; demencias en el 10,7%; trastornos de adaptación en el 7,5%; trastornos amnésicos y depresiones en el 3,2%, y ansiedad generalizada en el 1,1% de la muestra estudiada.

Lo que se pretende con el presente estudio es el aplicar un método para recoger de una forma ordenada y sistematizada los mencionados síntomas neuropsiquiátricos para lo que se utilizó el *Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version* (NPI-NH) validación española<sup>6</sup>, que puede ser aplicado por personal de enfermería que atiende directamente al paciente, lo que nos ha permitido analizar de forma retrospectiva a algunos pacientes objeto del estu-

dio, así como a través de la revisión de sus historiales dado que, como hemos mencionado, se han ido recogiendo en el historial clínico de cada paciente todos los síntomas cuando han ido apareciendo.

La situación actual en nuestra Unidad, que atiende mayoritariamente pacientes no oncológicos, es que en los pacientes diagnosticados de enfermedades en fase irreversible es frecuente la presencia de múltiples síntomas entre los cuales destacan los síntomas neuropsiquiátricos, en los que la curación no constituye una opción realista, siendo la finalidad lograr una paliación eficaz de los síntomas. Necesitábamos un método que nos permitiese sistematizar la recogida de los síntomas mencionados y ver si el método empleado era válido y factible en su aplicación en enfermos ingresados en CP. Este instrumento se ha utilizado en pacientes con alteraciones cognitivas, pero hay otros pacientes con un diagnóstico distinto en los que puede ser útil el mencionado inventario. Además, pretendemos recoger de una forma ordenada los síntomas neuropsiquiátricos que presentan o han presentado nuestros pacientes y cómo ha sido su tratamiento, así como sus características sociales, antecedentes, tratamiento previo, etc. y otros factores que nos puedan ser relevantes y de utilidad a la hora de analizar los datos.

## OBJETIVO

- Conocer la incidencia de síntomas neuropsiquiátricos en una Unidad de Cuidados Paliativos.
- Estudiar la interrelación de los diferentes síntomas neuropsiquiátricos presentes en una Unidad de Cuidados Paliativos.

Las *hipótesis de investigación* que subyacen en esta investigación es:

- Existe una incidencia elevada de síntomas neuropsiquiátricos en una Unidad de Cuidados Paliativos.

## METODOLOGÍA

Metodología no experimental. Diseño descriptivo, observacional y retrospectivo.

Se realiza estudio descriptivo de la incidencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario San Luís de Palencia en los últimos cuatro años (2005 al 2008).

### Población

El estudio se ha realizado sobre cien pacientes con diagnósticos de: enfermedades neurodegenerativas, enfermedad oncológica e insuficiencia de órgano terminal, en situación de enfermedad terminal.

Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados fueron:

- La edad media de la serie está dominada por los pacientes que presentaban una edad superior a los 81 años, y en ella predominan claramente el sexo femenino (79,0%) frente al masculino (21,0%) (tabla I).
- En cuanto al diagnóstico al ingreso en la Unidad de CP: la suma total de los tres diagnósticos estudiados es superior al total debido a que varios pacientes tenían más de un diagnóstico (tabla I):
  - 60 pacientes (60,0%) tenían un diagnóstico de enfermedad neu-

**TABLA I**  
**Distribución de la muestra en función de la edad, diagnóstico y sexo**

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
<b>Edad</b>	Entre 51-60 años	Frecuencia	3	1	4
		% del total	3,0 %	1,0 %	4,0 %
	Entre 61-70 años	Frecuencia	5	3	8
		% del total	5,0 %	3,0 %	8,0 %
	Entre 71-80 años	Frecuencia	4	14	18
		% del total	4,0 %	14,0 %	18,0 %
	Entre 81-90 años	Frecuencia	4	32	36
		% del total	4,0 %	32,0 %	36,0 %
	> de 91 años	Frecuencia	5	29	34
		% del total	5,0 %	29,0 %	34,0 %
<b>Total</b>		Frecuencia	21	79	100
		% del total	21,0 %	79,0 %	100,0 %

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Enfermedad neurodegenerativa	No	Frecuencia	11	29	40
		% del total	11 %	29 %	40 %
	Sí	Frecuencia	10	50	60
		% del total	10 %	50 %	60 %
Enfermedad oncológica	No	Frecuencia	13	66	79
		% del total	13 %	66 %	79 %
	Sí	Frecuencia	8	13	21
		% del total	8 %	13 %	21 %
Insuficiencia de órgano terminal	No	Frecuencia	16	52	68
		% del total	16 %	52 %	68 %
	Sí	Frecuencia	5	27	32
		% del total	5 %	27 %	32 %
<b>Total</b>		Frecuencia	21	79	100
		Porcentaje	21 %	79 %	100 %

- rodegenerativa de los cuales 50 (50,0%) eran mujeres y 10 (10,0%) eran hombres.
- 21 pacientes (21,0%) estaban diagnosticados de alguna enfermedad oncológica de los cuales 13 (13,0%) eran mujeres y 8 (8,0%) eran hombres.
  - 32 pacientes (32,0%) tenían un diagnóstico de insuficiencia de órgano terminal de los cuales 27 (27,0%) eran mujeres y 5 (5,0%) eran hombres.

## Procedimiento

Se evaluaron variables sociodemográficas y clínicas incluyéndose la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, antecedentes psiquiátricos personales, consumo de psicofármacos, consumo de fármacos antidemencia. Se hizo una revisión de los historiales clínicos de los pacientes tanto de los ingresados como de los ya fallecidos.

## *Instrumento de recogida de datos*

### *Neuropsychiatric Inventory en su versión validada en castellano (NPI-NH)*

El estudio de los trastornos psiquiátricos y conductuales se realizó mediante el *Neuropsychiatric Inventory* (NPI)<sup>7, 8</sup> en su versión validada en castellano (NPI-NH)<sup>6, 9</sup>. Es un instrumento que puede ser utilizado por el personal de enfermería en pacientes ingresados en residencias.

Aunque este cuestionario fue elaborado para su aplicación en enfermos que padecen enfermedad de Alzheimer y otras demencias; el presente estudio pretende analizar la utilidad de aplicación para valorar los cambios de con-

ducta en otras condiciones y otros diagnósticos que no sean demencias como son la valoración de síntomas neuropsiquiátricos (SNP) en pacientes de una Unidad de CP.

Consiste en una entrevista estructurada basada en las respuestas que proporciona el cuidador principal del paciente o el personal de enfermería que lo atiende diariamente. Está compuesta por 12 subescalas que evalúan los síntomas conductuales y psicológicos: delirios, alucinaciones, agitación/agresividad, depresión, ansiedad, euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad emocional, actividad motora aberrante, alteración del sueño y alteraciones del apetito.

En cada subescala, si un trastorno está presente, el cuidador lo puntúa de 1 a 4 según su frecuencia (*F*) donde 1 es considerado como ocasional y 4 como muy frecuente, y de 1 a 3 en cuanto a su gravedad (*G*) donde 1 se considera como leve y 3 como marcado o grave. Una puntuación compuesta ( $F \times G$ ) para cada subescala se obtiene multiplicando la frecuencia por la gravedad con un máximo de 12 puntos. Se pueden obtener puntuaciones totales referidas a la frecuencia (máximo 48 puntos), a la gravedad (máximo 36 puntos) y a la compuesta (máximo 144 puntos). Además, contiene un subescala para medir el grado de interrupción ocupacional o laboral que causan en el cuidador cada uno de los síntomas que presenta el paciente a su cargo. Para ello, se calificó el cambio de rutina en la dinámica de trabajo y cuánto malestar emocional provocan dichos síntomas en una escala progresiva de 5 puntos (máximo 60 puntos) donde se califica con 1 la casi no representación de cambio en la rutina de trabajo y la génesis de ma-

lestar emocional y en el lado opuesto se califica con un 5 donde el cambio de rutina en el trabajo y la génesis de estrés afecta ya tanto al cuidador principal como al resto de pacientes.

## Variables

### Variables investigadoras

- *Características sociodemográficas:* edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, fallecimiento y tipo de relación familiar.
- *Características clínicas:* antecedentes psiquiátricos, diagnóstico, consumo de psicofármacos, tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos, consumo de fármacos antidemencia.
- En este estudio solamente expondremos los datos en relación a edad, sexo y diagnósticos.

### Variables investigadas

Puntuaciones obtenidas de la aplicación del NPI-NH.

## RESULTADOS

### Análisis univariados

#### Sintomatología neuropsiquiátrica

- La distribución de la frecuencia de los diferentes síntomas evaluados se presenta en la tabla II. Los trastornos más prevalentes fueron los trastornos del apetito (54%), la apatía (48%), la ansiedad (45%) y la agitación (41%). Los trastornos menos frecuentes fueron: euforia (6%), desinhibición (8%) y alucinaciones (13%).
- El número de síntomas que presentaban los pacientes fue variable, el 95% de la muestra presentaba al

menos un síntoma neuropsiquiátrico, oscilando entre no presentar ningún síntoma (5%) hasta presentar 11 de los 12 síntomas que evalúa el NPI-NH (1%) (tabla III).

TABLA II  
Frecuencia de sintomatología neuropsiquiátrica

Síntomas neuropsiquiátricos	Frecuencia
Ideas delirantes	21
Alucinaciones	13
Agitación	41
Depresión/Disforia	20
Ansiedad	45
Euforia/Júbilo	6
Apatía/Indiferencia	48
Desinhibición	8
Irritabilidad/Inestabilidad	28
Conducta motriz anómala	36
Alteraciones del sueño	23
Alteraciones del apetito	54
<b>Total</b>	<b>343</b>

TABLA III  
Frecuencia y porcentaje de síntomas neuropsiquiátricos

Presencia	N.º de síntomas	Frecuencia	Porcentaje	
No	0	5	5,0	
Sí	1	6	6,0	
	2	25	25,0	
	3	12	12,0	
	4	28	28,0	
	5	13	13,0	
	6	7	7,0	
	7	3	3,0	
	11	1	1,0	
	<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100,0</b>



TABLA IV  
Subescalas y síntomas del NPI

		N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<b>Subescalas</b>	Frecuencia	99	0	30	9,74	5,221
	Gravedad	100	0	23	8,08	4,208
	Compuesta	100	0	89	27,25	17,410
<b>Total síntomas</b>		100	0	11	3,43	1,827

TABLA V  
Medias de los síntomas neuropsiquiátricos en función de las escalas del NPI

SNP	Escalas		
	Parciales		Compuesta
	<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>	
Ideas delirantes	0,63	0,53	1,69
Alucinaciones	0,46	0,36	1,32
Agitación	1,22	1,06	3,14
Depresión/Disforia	0,66	0,44	1,42
Ansiedad	1,44	1,24	4,05
Euforia/Júbilo	0,11	0,12	0,26
Apatía/Indiferencia	1,67	1,31	4,58
Desinhibición	0,30	0,21	0,76
Irritabilidad/Inestabilidad	0,87	0,73	2,39
Conducta motriz anómala	1,00	0,79	2,39
Alteraciones del sueño	0,56	0,52	1,43
Alteraciones del apetito	1,51	1,30	3,82
<b>Total</b>	9,74	8,08	27,25

– La media de síntomas de la muestra fue de 3,43 síntomas (tabla IV). Cada paciente presentó una media de 4 síntomas ( $3,43 \pm 1,82$ ), con un rango de 0-11 síntomas.

#### Escalas del NPI

- Las puntuaciones medias totales de las diferentes subescalas que integran el NPI se presentan en la tabla IV.
- Las puntuaciones medias de los síntomas neuropsiquiátricos en función

de las escalas de Frecuencia, Gravedad y Compuesta se presentan en la tabla V.

#### Análisis bivariados

##### *Sintomatología neuropsiquiátrica y diagnóstico*

La distribución de los distintos síntomas encontrados entre los tres diagnósticos incluidos al ingreso en la Unidad de CP fue:

- a) En los pacientes diagnosticados de enfermedades neurodegenerativas predominaron ideas delirantes, alucinaciones, ansiedad e irritabilidad/ inestabilidad.
- b) En los diagnosticados de enfermedades oncológicas predominaron las alteraciones en la alimentación.
- c) Y en los diagnosticados de insuficiencia de órgano terminal predominaron todas a excepción de agitación, euforia, apatía, conducta motriz anómala y alteraciones de la alimentación (tabla VI).

*Relación entre síntomas neuropsiquiátricos*

- Seguidamente se analizó el grado de relación entre los diferentes sínto-

mas neuropsiquiátricos evaluadas a través del NPI-NH. Se encontraron correlaciones significativas entre diferentes Síntomas Neuropsiquiátricos. La relación entre distintos síntomas neuropsiquiátricos hace pensar en la existencia de agrupaciones sintomáticas en diferentes síndromes clínicos. Son especialmente relevantes las correlaciones entre ideas delirantes con ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad y conducta motriz anómala. En la tabla VII se representan las correlaciones estadísticamente significativas.

- En la tabla VIII se muestran las correlaciones obtenidas entre los distintos síntomas evaluados mediante el NPI-NH y la puntuación total del NPI-NH. Se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas

**TABLA VI**  
**Relación entre sintomatología neuropsiquiátrica y diagnóstico**

SNP	Diagnóstico					
	Enfermedades neurodegenerativas		Enfermedades oncológicas		Insuficiencia de órgano terminal	
	Frec.	p.	Frec.	p.	Frec.	p.
Ideas delirantes	6	,001	4	—	13	,001
Alucinaciones	3	,004	3	—	9	,002
Agitación	24	—	9	—	12	—
Depresión/Disforia	9	—	6	—	6	—
Ansiedad	21	,014	10	—	21	,004
Euforia/Júbilo	3	—	1	—	2	—
Apatía/Indiferencia	29	—	12	—	10	,021
Desinhibición	6	—	1	—	3	—
Irritabilidad/Inestabilidad	11	,008	5	—	15	,004
Conducta motriz anómala	23	—	5	—	13	—
Alteraciones del sueño	13	—	7	—	4	,087
Alteraciones de la alimentación	29	—	17	,005	15	—
Total	56	—	21	—	30	—

Frec. = Frecuencia; p. = Grado de significación.

TABLA VII  
**Coefficientes de correlación entre las puntuaciones medias compuestas de las 12 subescalas del NPI**

SNP	SNP												
	Ideas delirantes	Alucinaciones	Agitación	Depresión	Ansidad	Apatía	Desinhibición	Irritabilidad					
Alucinaciones	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	<b>,823**</b> ,000											
Ansidad	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,326** ,001	,312** ,002	,381** ,000									
Euforia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,381** ,000	,407** ,000										
Apatía	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,231* ,021	-,213* ,033	-,287** ,004	,311** ,002	-,270** ,007							
Desinhibición	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,302** ,002	,305** ,002			,352** ,000							
Irritabilidad	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,238* ,017	,372** ,000	,534** ,000	,532** ,000	-,213* ,033	,299** ,003						
Conducta motriz anómala	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)											-,208* ,037	

TABLA VIII

**Coefficientes de correlación entre las puntuaciones medias compuestas de las 12 subescalas y la puntuación total del NPI**

Sintomatología	Total	FG
Ideas delirantes	,640**	,000
Alucinaciones	,625**	,000
Agitación	,479**	,000
Depresión	,297**	,003
Ansiedad	,563**	,000
Euforia	,181	,071
Apatía	,053	,600
Desinhibición	,405**	,000
Irritabilidad	,598**	,000
Conducta motriz anómala	,071	,482
Alteración del sueño	,278**	,005
Alteración alimentaria	,301**	,002

entre todos los síntomas neuropsiquiátricos a excepción de euforia, apatía y conducta motriz anómala.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los paciente estudiados, el 95 % manifestaron algún tipo de síntoma neuropsiquiátrico. Solamente cinco pacientes no presentaron ningún SNP. Estos resultados que hemos obtenido son similares a los trabajos publicados en los que se aplicó el mismo instrumento<sup>8, 10, 11</sup>, con cifras situadas en torno al 90-100%. Nos confirma la alta prevalencia de SNP tanto en pacientes con enfermedades neurodegenerativas como en pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica y diagnosticados de insuficiencia de órgano terminal ingresados en Cuidados Paliativos (CP), resultados que solo hemos podido documentar en enfermedad de Alzheimer

tanto en estudios transversales como longitudinales<sup>12, 13</sup>.

Destaca en el estudio la presencia en cada paciente de cuatro síntomas por término medio y un número entre 0 y 12 síntomas diferentes estudiados. Estas cifras son discretamente más bajas que los estudios revisados en los que encuentran un número de síntomas algo más alto con medias de seis síntomas por paciente y un número de 2 a 10 síntomas diferentes<sup>14, 15</sup>, aunque con resultados similares a otros que también encuentran una media de cuatro síntomas por paciente<sup>10</sup>. En nuestro estudio baja la media en aparición de síntomas por paciente diagnosticado de enfermedad oncológica en los que destaca la poca incidencia de SNP, pues en los diagnosticados de enfermedades neurodegenerativas y de insuficiencia de órgano terminal, sobre todo estos últimos, encontramos cifras similares a los estudios realizados por los otros auto-

res que estudiaron solo pacientes afectados de enfermedad neurodegenerativa que encontraron, como nosotros, medias de seis síntomas por paciente<sup>14, 15</sup>, si bien estos autores utilizan la versión de 10 ítems del NPI.

Los trastornos de apetito (54%), la apatía (48%), la ansiedad (45%) y la agitación (41%) fueron los síntomas más frecuentes. En contraposición, los menos frecuentes fueron las alucinaciones (13%), la desinhibición (8%) y la euforia (6%). Estos datos coinciden con los trabajos revisados<sup>8, 11, 14</sup> a excepción de los trastornos del apetito, pues en los trabajos revisados utilizan la versión de 10 ítems del NPI en que no manejan ni trastornos del apetito ni del sueño. En algún trabajo revisado el síntoma más frecuente fue la actividad motora aberrante<sup>16</sup>, aunque en este caso la serie estaba compuesta por pacientes con enfermedad de Alzheimer y otro tipo de demencias en los que el predominio de la actividad motora aberrante se manifestó solo en niveles moderados y graves de deterioro.

A pesar de que en nuestro estudio se incluyeron pacientes con diagnósticos oncológicos y de insuficiencia de órgano terminal, las puntuaciones medias totales del NPI-NH referidas a frecuencia, gravedad y puntuación compuesta así como las puntuaciones medias compuestas correspondientes a cada una de las subescalas del NPI-NH fueron similares a las de otros estudios realizados<sup>17</sup> y superiores a otros<sup>8</sup>.

Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes SNP, destacando el número de correlaciones significativas entre ideas delirantes con el resto de SNP evaluados, seguido de las alucinaciones. Esto nos permite inferir que el paciente que

presenta ideas delirantes va a presentar un cuadro más complejo con la presencia de una sintomatología más grave y diversa pues se acompaña de otros SNP (alucinaciones, ansiedad, apatía, desinhibición e irritabilidad).

Del mismo modo, también, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias compuestas de las 12 subescalas y la puntuación media total del NPI-NH a excepción de uno de los síntomas de la esfera comportamental (conducta motriz anómala), lo que nos permite inferir que el instrumento es más sensible en la detección de SNP vinculados a la esfera cognitiva y afectiva que la dimensión comportamental.

Ha sido útil la aplicación del NPI-NH porque evalúa un rango amplio de síntomas, evalúa tanto la frecuencia de la presentación de los síntomas como la gravedad de los mismos, lo que es importante para el tratamiento y seguimiento posterior, y porque la aplicación del instrumento es rápida facilitando la evaluación de síntomas, dado que el tiempo es importante en Cuidados Paliativos, no debiendo agobiar al paciente con pruebas largas que producen cansancio y que exigen un gran esfuerzo, requiriendo un mayor tiempo de aplicación (*Neurobehavior Rating Scale*).

El diagnóstico precoz de los SNP permitirá instaurar un tratamiento acorde con la sintomatología y prevenir, si es posible, la aparición de otros síntomas. Nos parece adecuado el aplicar el instrumento del NPI-NH al ingreso del paciente en CP para realizar una valoración más completa de la que veníamos realizando hasta estos momentos en nuestra unidad como parte de la práctica clínica diaria.

Podemos concluir de este estudio que el NPI-NH no solamente es un instrumento más para la valoración y tratamiento de síntomas neuropsiquiátricos en CP si no que además es útil por: su carácter multidimensional y multidisciplinar, facilidad de aplicación y validez del instrumento, brevedad de aplicación, carácter de auto y heteroinforme, facilitando todo ello un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos.

## BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Consultado en marzo 2007].
- Sistema Nacional de Salud. Madrid. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged care. Canberra: The National Palliative Care Program. National Health and Medical Research Council; 2006.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care Guideline: Palliative Care. Bloomington, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007.
- Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patient. *Cancer* 1996;78(5):1131-1137.
- Boada M, Tárraga Mestre L, Cummings JL, López OL, Modinos G. Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home versión (NPI-NH): validación española. *Rev Neurolog* 2005;20(10):665-673.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology indementia. *Neurology* 1994;44:2308-2314.
- Mega MS, Cumming JL, Fiorllo T. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;46:130-135.
- Vilalta J, Lozano M, Hernández M, Linas J, López OL. Neuropsychiatric inventory: propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Rev Neurol* 1999;29:15-29.
- Frisone GB, Rozzini L, Gozzetti A, Binetti G, Zanetti O, Bianchetti A, et al. Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:130-8.
- Craig D, Mirakhor A, Hart DJ, McIlroy SP, Passmore AP. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435 patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:4609-4618.
- Eustace A, Coen R, Walsh C, Cunningham CJ, Walsh JB, Coakley D, et al. A longitudinal evaluation of behavioral and psychological symptom of probable Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:968-73.
- Haupt M, Kurz A, Janner M. A two-year follow-up of behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000;11:147-152.
- De Toledo M, Bermejo F, Vega S, Muñoz D. Alteraciones comportamentales en la enfermedad de Al-

- zheimer. Datos de un estudio de población. *Rev Neurol* 2004;38:901-915.
15. Mok WY, Chung CP, Can NY, Hui SI. The relationship between non-cognitive symptoms and functional impairment in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:1040-1046.
  16. Artaso B, Goñi A, Gómez AR. Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial. *Rev Neurol* 2004;38:506-10.
  17. Binetti G, Mega MS, Magni E, Padovani A, Rozzini I, Bianchetti A, et al. Behavioral disorders in Alzheimer's disease: a transcultural perspective. *Arch Neurol* 1998;55:539-544.

---

# ANÁLISIS FACTORIALES CONFIRMATORIOS DE LA ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

---

EDUARDO GONZÁLEZ FRAILE

*Psicólogo. Instituto de Investigaciones Psiquiátricas, Bilbao.  
Universidad del País Vasco, UPV/EHU. Departamento de Neurociencias, Leioa.*

BORJA SANTOS

*Matemático. Universidad del País Vasco, UPV/EHU. Departamento de Neurociencias, Leioa.  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).*

MANUEL MARTÍN CARRASCO

*Psiquiatra. Director del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas, Bilbao.  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).*

ANA I. DOMÍNGUEZ

*Psicóloga. Instituto de Investigaciones Psiquiátricas, Bilbao.  
Hospital Aita-Menni, Arrasate-Mondragón.*

PAULA MUÑOZ HERMOSO

*Psicóloga. Instituto de Investigaciones Psiquiátricas, Bilbao.  
Clínica Psiquiátrica Padre Menni, Pamplona.*

JAVIER BALLESTEROS

*Médico epidemiólogo. Universidad del País Vasco, UPV/EHU. Departamento de Neurociencias, Leioa.  
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).*

Recepción: 22-03-12 / Aceptación: 02-05-12

## RESUMEN

**Introducción.** La escala de sobrecarga de Zarit (ZBI) se utiliza para evaluar la sobrecarga que experimentan los cuidadores informales de personas con discapacidades o dependencias. Como escala acumulativa, la ZBI debería evaluar el constructo latente de sobrecarga desde una perspectiva unidimensional. Sin embargo, diferentes análisis factoriales han indicado que presenta una estructura multidimensional, lo que puede ser importante para una correcta interpretación de la escala.

**Objetivos.** Analizar y comparar el ajuste de las diferentes estructuras factoriales propuestas para la ZBI mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) utilizando una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia.

**Métodos.** 246 cuidadores de enfermos con demencia, reclutados a través de un estudio multicéntrico sobre la eficacia de una intervención psicoeducativa. Se utilizaron las respuestas basales a la ZBI de esos cuidadores para evaluar mediante AFC el ajuste de



10 estructuras factoriales previamente propuestas en la literatura.

**Resultados.** Se obtuvieron tres estructuras factoriales que presentaron entre tres y cinco factores, obtuvieron índices adecuados de bondad de ajuste en los AFCs ( $CFI > 0,90$  y  $RMSEA < 0,1$ ).

**Conclusiones.** El uso habitual de la ZBI como escala aditiva con una puntuación global apoya implícitamente la presencia de un constructo unidimensional de sobrecarga. Sin embargo, los resultados de este estudio y los presentes en la literatura indican una estructura latente multidimensional para la ZBI, aspecto que debe de ser tenido en cuenta para interpretar sus puntuaciones adecuadamente.

## Palabras clave

Alzheimer, carga del cuidador, Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), demencia, entrevista escala de sobrecarga de Zarit.

## ABSTRACT

**Introduction.** The Zarit Burden Interview (ZBI) is usually applied to assess the burden experienced by caregivers of persons with severe functional limitations. As a measurement scale giving a total score, the ZBI implicitly assumes that the latent construct it measures is unidimensional. However several factorial analyses of the ZBI have reported instead a multidimensional structure, what can be relevant for a correct interpretation.

**Aims.** To analyze and to compare the fit of the factorial structures so far reported for the ZBI by using confirmatory factor analyses (CFA) applied to a sample of informal caregivers of patients with dementia.

**Methods.** 246 caregivers of patients with dementia, recruited within a multicentric trial on the efficacy of a psychoeducative intervention, gave information on the ZBI at pre-randomization baseline to assess the fit of 10 factorial structures previously reported in the literature.

**Results.** 3 factorial structures presenting 3 to 5 factors showed adequate goodness-of-fit indexes in the CFAs ( $CFI > 0,90$  and  $RMSEA < 0,1$ ).

**Conclusions.** The customary use of the ZBI total score to evaluate the caregivers burden implicitly suggests an underlying unidimensional structure that is far from being adequate. On the contrary, the results of this study add to those reported in the literature in supporting a multidimensional structure for the ZBI. This multidimensional structure must be taken into account when using the ZBI as an outcome in intervention studies.

## Keywords

Alzheimer, caregiver burden, Confirmatory Factor Analysis (CFA), dementia, Zarit Burden Interview.

## INTRODUCCIÓN

Según el último informe mundial del Alzheimer<sup>1</sup>, se calcula que en la actua-

lidad existen 36 millones de personas que padecen algún tipo de demencia. Las previsiones para las próximas dos décadas, indican que dicha cifra pudiera duplicarse, creando un escenario poco alentador. En la gran mayoría de los casos, es la familia la que asume la tarea de atender al enfermo. Aspectos como el vínculo emocional, favorecer el bienestar del enfermo, así como la posibilidad de aminorar el declive progresivo de la enfermedad, son determinantes a la hora de decidir por esta opción, frente a un cuidado más profesionalizado fuera del entorno familiar.

Si bien la tarea de cuidar de un ser querido puede ser una experiencia altamente enriquecedora para el cuidador, también se ha detectado que el cuidado de un enfermo de demencia durante un período de tiempo prolongado, puede derivar en diversas consecuencias negativas en la salud y calidad de vida del cuidador:

- Mayor riesgo de padecer desgaste emocional.
- Alteraciones psíquicas.
- Deterioro físico.
- Reducción de la calidad de vida.

Este proceso es comúnmente conocido como «sobrecarga del cuidador»<sup>2</sup>.

El término de *sobrecarga* ha sido descrito por diversos autores<sup>3-5</sup>. En 1963, aparece por primera vez una descripción del concepto que lo define como la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes enfermos en el domicilio<sup>6</sup>. Posteriormente, en 1980, Zarit lo describe como un estado que amenaza la salud física y mental del cui-

dador<sup>7</sup>. Las sucesivas revisiones que se han hecho, apuntan a una multidimensionalidad del concepto, relacionada con la propia complejidad del fenómeno de cuidar<sup>8</sup>.

Actualmente existen un gran abanico de escalas orientadas a valorar la sobrecarga del cuidador informal; sin embargo, la escala de Zarit (Zarit Burden Interview [ZBI])<sup>7</sup> destaca por su sencillez y su uso extendido. La escala de sobrecarga de Zarit se diseñó para evaluar el nivel de sobrecarga experimentado por el cuidador informal de un paciente con demencia. Si bien la ZBI tradicionalmente se ha administrado en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer y otros tipos de demencia, se ha comprobado también su capacidad para evaluar sobrecarga en cuidadores de otras patologías que demandan un cuidado importante: daño cerebral adquirido, cuidados paliativos o enfermedad mental crónica<sup>9, 10</sup>.

La ZBI es una escala autoadministrada, que valora las experiencias y percepciones del cuidador. Consta de 22 ítems, siendo el último ítem la percepción global de la sobrecarga experimentada por el cuidador. Cada ítem presenta una escala Likert con cinco categorías que presentan los siguientes anclajes: nunca, rara vez, a veces, frecuentemente y casi siempre.

La ZBI ha sido traducida al castellano y validada en España por nuestro grupo de investigación<sup>11, 12</sup>.

La puntuación aditiva global que se recoge para la ZBI, asume implícitamente un modelo unidimensional del constructo para la variable latente de sobrecarga. Sin embargo, el análisis de su estructura factorial apoya la existencia de diversos factores. Así, se han descrito estructuras de dos factores<sup>13, 14</sup>, de tres

factores<sup>10-12, 15, 16</sup>, de cuatro<sup>17</sup>, e incluso de cinco factores<sup>18-20</sup>.

Nuestro objetivo con este trabajo fue el de evaluar el ajuste de las diferentes estructuras factoriales descritas para la ZBI con respecto a los datos obtenidos en línea basal de una muestra de cuidadores de pacientes con demencia que participan en un ensayo clínico sobre la eficacia de una intervención psicoeducativa para reducir la sobrecarga del cuidador (ISRCTN14411440).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico realizado en la línea basal del ensayo de intervención referido. Participaron cuidadores de pacientes con demencia atendidos en 22 centros de día de España y Portugal durante los meses de septiembre a octubre de 2010.

La muestra analizada corresponde a los 246 cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia que recibían asistencia de tipo ambulatorio.

Se especificaron los siguientes criterios de inclusión:

- a) Cuidadores de pacientes con diagnóstico de síndrome demencial según criterios del DSM-IV-TR.
- b) Los pacientes a su cuidado debían presentar una puntuación en el Mini Examen Cognoscitivo (MEC-35)<sup>21</sup> menor de 26.
- c) Presentar afectación de al menos dos actividades instrumentales de la escala de Lawton y Brody<sup>22</sup>, o en una actividad en la vida diaria según el índice de Katz<sup>23</sup>.
- d) Los cuidadores informales debían dedicar un mínimo de cuatro horas

diarias al cuidado del paciente según la Caregiver Activity Survey<sup>24</sup>.

- e) No ser remunerados profesionalmente por el desempeño de sus cuidados.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Navarra, y todos los cuidadores y pacientes (o, en su defecto, sus tutores legales) firmaron consentimientos informados para participar en el estudio.

## Métodos

Se utilizaron los términos de búsqueda «Zarit AND factor analysis» en diferentes bases de datos informatizadas (PubMed, EMBASE, Web of Knowledge, PsycInfo), para localizar posibles artículos que hicieran referencia a estructuras factoriales de la ZBI. Se obtuvieron 14 estudios de los que cuatro fueron eliminados del análisis final por deficiencias en su metodología, así que se analizaron un total de 10 estructuras propuestas para la ZBI<sup>10-13, 16-20, 25</sup>.

Se utilizaron análisis factoriales confirmatorios (AFCs) para evaluar la bondad de ajuste de las diferentes estructuras dimensionales propuestas para la ZBI.

La bondad de ajuste se evaluó mediante el índice de ajuste comparativo (CFI) y el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA). Se consideró que las estructuras propuestas presentaban un ajuste adecuado para valores de CFI > 0,90 y valores de RMSEA < 0,10.

En todos los análisis se asumió la existencia de correlación entre los factores de la estructura. Se utilizó el método de mínimos cuadrados ponderados robustos para estimar los parámetros

del modelo de acuerdo a la naturaleza ordinal de los ítems de la escala ZBI.

Los AFCs de la ZBI se realizaron con el programa Mplus v.5.

## RESULTADOS

La muestra de cuidadores de pacientes con demencia ( $N = 246$ ) presentó características similares a las descritas para la población española en el libro blanco de la dependencia. Los pacientes presentaron principalmente demencia tipo Alzheimer (54,5 %). La demencia vascular contribuyó con un 14,6 %, la demencia debida a otras enfermedades médicas fue de un 8,5 %, y el restante 22,4 % presentó otras demencias no especificadas. El estado cognitivo medido a través del MEC-35 indicó un deterioro severo con una media de 14,5 ( $DE = 10,2$ ), y una puntuación media en la escala de Lawton y Brody de 1,3 ( $DE = 1,5$ ).

Los cuidadores fueron en su mayoría mujeres (77,2 %). Del total de cuidadores, el 50,4 % eran la pareja del enfermo y un 44,3 % eran los hijos. La edad media de los cuidadores fue de 62,3 años ( $DE = 13,7$ ), y el tiempo diario destinado al cuidado fue de 12,6 horas ( $DE = 6,4$ ). Las puntuaciones obtenidas por los cuidadores en la ZBI presentaron una puntuación media de 55,8 puntos ( $DE = 14,6$ ), usualmente asociada al rango de sobrecarga intensa.

Se realizaron los AFCs de la ZBI utilizando los datos de nuestra muestra de cuidadores, y las estructuras factoriales propuestas en los estudios previos. En la tabla I se describen las características y estructuras factoriales encontradas en estos estudios. De las 10 estructuras factoriales recogidas de

la literatura, las propuestas por Yoon<sup>17</sup>, Lu<sup>19</sup>, y Martín Carrasco<sup>12</sup> ofrecieron los mejores resultados de acuerdo a la magnitud de los índices de bondad de ajuste.

La estructura factorial propuesta por Lu<sup>19</sup> presenta cinco factores que hacen referencia al sacrificio, la pérdida de control, la angustia, la autocrítica y la dependencia del paciente, y su ajuste es aceptable ( $CFI = 0,92$ ,  $RMSEA = 0,09$ ).

En el caso de Yoon<sup>17</sup>, la estructura propuesta se compone de cuatro factores (sobrecarga subjetiva, conflictividad, actitud dubitativa y culpa), aunque la autora decide desechar el último factor, en base a criterios de parsimonia. Nosotros, sin embargo, hemos decidido recuperarlo, y en este caso, los resultados obtenidos también presentan un ajuste aceptable ( $CFI = 0,92$ ;  $RMSEA = 0,09$ ).

Finalmente, Martín Carrasco<sup>12</sup> propone una estructura de tres factores (carga, competencia y dependencia), que también se ajustan a nuestra muestra ( $CFI = 0,90$ ;  $RMSEA = 0,10$ ).

Los resultados de los coeficientes estandarizados de los AFCs que reflejan el factor subyacente a los ítems, así como las correlaciones entre factores para cada uno de los modelos estudiados, se presentan en la tabla II.

## DISCUSIÓN

Los últimos informes nos advierten acerca del aumento de pacientes diagnosticados de demencia. Ante tal situación, existe la necesidad de adoptar medidas enfocadas a evitar un posible colapso de las actuales políticas de envejecimiento. En este sentido, las fami-

TABLA I

### Características y estructuras de 10 estudios que analizan la dimensionalidad de la escala de sobrecarga de Zarit. Índices de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio

Estudios	Martín Carrasco 1996 <sup>11</sup>	Knight 2000 <sup>16</sup>	O'Rourke 2003 <sup>25</sup>	Arai 2003 <sup>13</sup>	Ankri 2005 <sup>18</sup>	Yoon 2005 <sup>17</sup>	Turró Garriga 2008 <sup>20</sup>	Lu 2009 <sup>19</sup>	Siebert 2010 <sup>10</sup>	Martín Carrasco 2010 <sup>12</sup>
Método	AFE rotación Varimax	AFC	AFC	AFE rotación varimax	AFE rotación varimax	AFC	AFE rotación varimax	AFC	AFC y TRI	AFE rotación varimax
Muestra	92 pacientes psicogerítricos	328 pacientes con demencia	1.095 pacientes con demencia	691	152 pacientes con demencia	943 pacientes ancianos	463 pacientes con Alzheimer	523 pacientes con diferentes patologías	222 pacientes con daño cerebral adquirido	115 pacientes con Alzheimer
Factores	Sobrecarga. Rechazo. Competencia.	Situaciones embarazosas/ Cólera. Dependencia. Autoceñítica.	Tensión personal. Tensión de rol.	Tensión personal. Tensión de rol.	Sobrecarga psicológica. Vida social. Culpabilidad.	Tensión personal. Conflictos privacidad. Actitud incierta.	Dependencia. Sobrecarga social. Estrés. Estrés psicológico. Culpabilidad.	Dependencia. Sacrificio. Situaciones embarazosas. Pérdida de control. Autoceñítica.	Tensión personal. Tensión de rol. Culpabilidad.	Dependencia. Sobrecarga. Competencia.
$\chi^2$ (gl)	259,2 (68)	1.210,9 (50)	718,1 (50)	449,6 (66)	420,0 (64)	183,2 (68)	780,2 (64)	181,2 (64)	374,9 (57)	242,6 (69)
CFI	0,890	0,201	0,540	0,779	0,755	0,921	0,507	0,918	0,751	0,900
RMSEA	0,112	0,326	0,247	0,163	0,159	0,088	0,226	0,091	0,160	0,107

AFE: Análisis Factorial Confirmatorio; AFC: Análisis Factorial Exploratorio; TRI: Teoría de Respuesta a los Ítems; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; RMSEA: Error de Aproximación Cuadrático Medio.

**TABLA II**  
**Estructura dimensional de la escala de sobrecarga de Zarit de acuerdo a Yoon et al (2005)<sup>17</sup>,  
 Lu et al (2009)<sup>19</sup> y Martín Carrasco et al (2010)<sup>12</sup>**

Estudios	Lu, 2009					Yoon, 2005					Martín Carrasco, 2010				
	Situaciones embarazosas/ Cólera	Pérdida de control	Sacrificio	Autoeficacia	Dependencia	Tensión personal	Conflictos de privacidad	Actitud incierta	Culpa	Sobrecarga	Competencia	Dependencia			
1					0,400	0,400						0,563			
2					0,750				0,757			0,739			
3			0,786			0,791						0,788			
4				0,367		0,378						0,360			
5				0,506		0,514						0,489			
6				0,582		0,587						0,559			
7			0,250			0,262					0,384				
8			0,427			0,421						0,622			
9				0,837		0,853						0,838			
10			0,728					0,734				0,721			
11			0,799					0,804				0,778			
12			0,760					0,765				0,732			
13			0,441					0,445				0,426			
14			0,322			0,315						0,455			
15		0,440						0,442				0,424			
16		0,538						0,552				0,525			
17		0,831					0,801					0,795			
18				0,629				0,656				0,623			
19		0,545						0,551				0,796			
20				0,918				0,935				0,708			
21				0,708				0,695				0,605			
22												0,850			
<b>Correlaciones</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>			
F1	1,0					1,0				1,0					
F2	0,898	1,0				0,917	1,0			0,521	1,0				
F3	0,977	0,913	1,0			0,928	0,850	1,0		0,644	0,292	1,0			
F4	0,191	0,422	0,413	1,0		0,424	0,194	0,542	1,0						
F5	0,946	0,919	0,977	0,502	1,0										

lias y el cuidado informal juegan un papel determinante.

A pesar de que la tarea de cuidar a un enfermo puede generar sentimientos positivos, igualmente supone un sobreesfuerzo del cuidador. La sobrecarga experimentada por parte del cuidador puede derivar en consecuencias negativas tales como:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Distrés emocional.
- Pérdida de la calidad de vida.

Igualmente, supone uno de los principales motivos de institucionalización de los pacientes con demencia. Ante tal situación, debemos de contar con instrumentos fiables que nos permitan detectar y medir dicho fenómeno con precisión.

La ZBI es uno de los instrumentos más utilizados para medir este tipo de sobrecarga, y las buenas propiedades psicométricas que ha mostrado en diferentes estudios<sup>11, 12</sup> avalan su idoneidad a la hora de medir el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales. Sin embargo, como toda escala que presenta una puntuación global para valorar el constructo subyacente, la ZBI implícitamente asume una perspectiva unidimensional del concepto de sobrecarga. Esto pudiera llevar a interpretaciones erróneas cuando se utiliza como medida de resultados de intervenciones, dada la multidimensionalidad descrita para la ZBI en los estudios recogidos en esta revisión.

No obstante, la existencia de más de una dimensión en la estructura de la ZBI, se puede deber tanto a una verdadera multidimensionalidad de la escala,

como a los distintos métodos estadísticos que se han utilizado para valorar su estructura.

Así, en nuestra revisión, cinco estudios utilizaron análisis factoriales exploratorios basados en componentes principales y rotación varimax<sup>11-13, 18, 20</sup>, y los otros cinco estudios utilizaron AFCs, lo que generalmente implica la no ortogonalidad de los factores encontrados<sup>10, 16, 17, 19, 25</sup>.

En general, las estructuras dimensionales propuestas en la literatura para la ZBI presentaron un mal ajuste en nuestra muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia.

Sin embargo, tres de las estructuras propuestas presentaron unos índices de bondad de ajuste aceptables.

Aunque esas estructuras son muy heterogéneas entre sí (con distinto número de factores y con diferentes cargas factoriales), todas ellas estarían confirmando una estructura multidimensional subyacente a la ZBI, en la que además de la variable latente principal de sobrecarga de primario interés, aparecen otras variables latentes secundarias que podríamos identificar como «dependencia», «pérdida de control de la situación» o «sentimiento de culpa». Dichas variables secundarias pueden influir en los niveles de sobrecarga, pero no deben ser confundidas con el constructo propio de la sobrecarga.

Una de las posibles opciones para intentar solucionar el problema de la estructura multidimensional subyacente a la ZBI, es la de generar escalas reducidas.

Las diversas propuestas de versiones reducidas de la ZBI han sido analizadas recientemente<sup>26</sup>, y aunque todas ellas presentan buenas propiedades psicométricas, continúan siendo multifactoria-

les o su unidimensionalidad no ha sido probada.

En resumen, dada la cantidad de estructuras factoriales propuestas y los resultados obtenidos con los datos de nuestra muestra, podemos apoyar la existencia de una estructura multidimensional subyacente a la ZBI que va más allá del constructo de sobrecarga que constituye su principal objetivo de medición.

Las reducciones propuestas hasta ahora, aunque mantienen las propiedades psicométricas y agilizan el proceso de evaluación, no presentan tampoco una unidimensionalidad clara.

Consideramos, por lo tanto, necesario realizar nuevos estudios con muestras amplias de cuidadores informales de pacientes con dependencia, para evaluar y obtener una escala reducida de sobrecarga que presente buenas características psicométricas, y que refleje el constructo unidimensional que se supone debe evaluar.

## CONTRIBUCIONES DE LA AUTORÍA

J. Ballesteros concibió la idea y el diseño del estudio e, igualmente, coordinó el trabajo del grupo de investigación. E. González, B. Santos, P. Muñoz y A. Domínguez colaboraron de manera conjunta en las tareas de diseño de base de datos, búsqueda y recuperación de fuentes bibliográficas, ejecución de análisis estadísticos y redacción del primer borrador. M. Martín Carrasco contribuyó en todas las fases del proyecto. Todos los autores contribuyeron, discutieron y acordaron aspectos relevantes a la metodología y redacción del manuscrito. Igualmente

aprobaron la versión final remitida para su publicación.

## Agradecimientos

Otras fuentes de financiación han procedido de los grupos de Investigación Universitaria GIU07/07 y GIU10/24 de la UPV/EHU (BS, EGF); del Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM (MMC, JB, BS), y de BIOEF BIO09/EM/001.

## Conflictos de intereses

Ninguno de los autores presenta conflictos de interés en relación con los contenidos de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. Alzheimer's Disease International. 2011.
2. Levine J, Lawlor BA. Family counseling and legal issues in Alzheimer's disease. *Psychiatr Clin North Am* 1991;14(2):385-396.
3. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective burden. *Fam Relations* 1985;34:19-26.
4. George LE, Gwyther LP. Caregiver Well-Being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist* 1986; 26:253-259.
5. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress



- process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990; 30:583-594.
6. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *The Lancet* 1963; 1:544-547.
  7. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20(6):649-655.
  8. Zarit SH. Caregiver's burden. En Andrieu S, Aquino JP: Family and professional carers: findings lead to action. Paris, Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer; 2002.
  9. Gort AM, March J, Gómez X, et al. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2005;124 (17):651-653.
  10. Siegert RJ, Jackson DM, Tennant A, et al. Factor analysis and Rasch analysis of the Zarit Burden Interview for acquired brain injury carer research. *J Rehabil Med* 2010;42 (4):302-309.
  11. Martín M, Salvadó I, Nadal S, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6(4):338-346.
  12. Martín Carrasco M, Otermin P, Pérez Camo V, et al. EDUCA study: psychometric properties of the Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale. *Aging Ment Health* 2010; 14(6):705-711.
  13. Arai Y, Tamiya N, Yano E. The short version of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI\_8): its reliability and validity. *Jpn J Geriatr* 2003;40(5):497-503.
  14. Bédard M, Molloy DW, Squire L, et al. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist* 2001;41(5):652-657.
  15. Hébert R, Bravo G, Prévillé M. Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Can J Aging* 2000; 19(5):494-507.
  16. Knight BG, Fox LS, Chou CP. Factor structure of the Burden Interview. *J Clin Geropsychol* 2000;6(1):249-258.
  17. Yoon E, Robinson M. Psychometric properties of the Korean version of the Zarit Burden Interview (K-ZBI): preliminary analyses. *J Soc Work Res* 2005;6:75-86.
  18. Ancri J, Andrieu S, Beaufile B, et al. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(3):254-260.
  19. Lu L, Wang L, Yang X, et al. Zarit Caregiver Burden Interview: development, reliability and validity of the Chinese version. *Psychiatr Clin Neurosci* 2009;63(6):730-734.
  20. Turró Garriga O, Soler Cors O, Garre Olmo J, et al. Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 2008;46(10):582-588.
  21. Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población

- general geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999;112(20):767-774.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-186.
23. Katz S, Akpom CA. Index of ADL. *Med Care* 1976;14(5Suppl):116-118.
24. Davis KL, Marin DB, Kane R, et al. The Caregiver Activity Survey (CAS): development and validation of a new measure for caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(10):978-988.
25. O'Rourke N, Tuokko HA. Psychometric properties of an abridged version of the Zarit Burden Interview within a representative Canadian caregiver sample. *Gerontologist* 2003;43(1):121-127.
26. Higginson IJ, Gao W, Jackson D, et al. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *J Clin Epidemiol* 2010;63(5):535-542.



---

# PROGRAMA PSICOEDUCATIVO A FAMILIARES DE USUARIOS DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA

---

BEATRIZ FERNÁNDEZ BENÍTEZ

*Especialista de Enfermería en Salud Mental.*

*Complejo asistencial en Salud Mental Benito Menni. Universidad de Barcelona.*

Recepción: 21-10-10 / Aceptación: 03-04-12

«La familia,  
la esencia del cuidado»

## RESUMEN

La familia ha sido desde siempre un soporte fundamental para el cuidado de los pacientes con esquizofrenia.

Este proyecto propone desarrollar un programa de educación con un grupo de familias que tengan pacientes diagnosticados de esquizofrenia para evitar que se desarrolle el diagnóstico enfermero de *afrentamiento familiar inefectivo*.

Los objetivos (NOC) planteados son:

- *Objetivo general:* evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo dirigido a los familiares de usuarios diagnosticados de esquizofrenia.
- *Objetivos específicos:*
  - Valoración de los conocimientos previos de la patología por parte de los familiares.
  - Dotar de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento de los familiares.

- Dotar de habilidades de interacción con el usuario.
- Disminuir el grado de ansiedad y los sentimientos de desesperanza de los familiares.
- Evitar recaídas e ingresos.

Las intervenciones (NIC) que he seleccionado son: 7110 *Fomento de la implicación familiar*, 7140 *Apoyo a la familia*, 5602 *Enseñanza: proceso de enfermedad*, 5616 *Enseñanza: medicamentos prescritos* y 4920 *Escucha activa*.

La población de estudio de este proyecto de investigación la constituyen los familiares de usuarios diagnosticados de esquizofrenia que acuden al CSMA de Hospitalet de Llobregat, donde enfermería provee que haya o exista el riesgo de un «afrentamiento familiar inefectivo».

Se realizará un análisis descriptivo para determinar las características de la población a estudio, a través de descrip-

tivos básicos (medias, frecuencias, porcentajes, varianza y desviación típica).

Si el resultado es positivo ratificará que el programa ha resultado efectivo y que las familias han logrado un mejor afrontamiento de la enfermedad.

## TEXTO

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos han sido reconocidos en casi todas las culturas y descritos a lo largo de gran parte de la historia<sup>1</sup>.

La primera teoría sobre la psicosis fue la creencia de que los individuos que no estaban en contacto con la realidad estaban poseídos por demonios, espíritus o diablos.

La «teoría de la posesión» persistió hasta el siglo XIX<sup>2</sup>, cuando Emil Kraepelin (1856-1926) describió el término «*dementia precoz*» en un intento de clasificación nosológica que agrupaba los síntomas descritos hasta la época<sup>3</sup>.

Un psiquiatra suizo llamado Hans Bleuler (1857-1939) acuñó el término «*esquizofrenia*» en 1911, para destacar el deterioro cognitivo que se produce, que él conceptualizó como una disociación de los procesos psíquicos. Bleuler creía que ciertos síntomas entre los que estaban el aplanamiento efectivo, la alteración de la asociación (pensamiento fragmentado), el autismo y la ambivalencia (respuestas emocionales fragmentadas) eran fundamentales en la enfermedad<sup>1</sup>.

Posteriormente, en el año 1958, la OMS intenta la unificación de criterios diagnósticos y define la esquizofrenia como «grupo de psicosis que presentan un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un senti-

miento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes, que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto anormal, sin relación con la situación real, y autismo».

Actualmente, en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR, la esquizofrenia queda definida por un grupo de signos y síntomas peculiares<sup>1</sup>, tanto positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico) como negativos; que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante seis meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social, laboral o interpersonal<sup>4</sup>.

Las intervenciones familiares son ahora consideradas una parte fundamental dentro del abordaje psicosocial de la esquizofrenia.

La evidencia acumulada en las últimas dos décadas ha servido no solo para poner de manifiesto su eficacia en orden a reducir la tasa de recaídas en el paciente y mejorar su ajuste social, sino también se han producido importantes avances en la delimitación de los constructos, variables y factores implicados en la respuesta familiar. En relación al proceso de intervención, hoy día se conocen suficientemente cuáles deben ser sus características y contenidos críticos para optimizar su eficiencia<sup>1,5</sup>.

De acuerdo a Falloon, las familias tienen los siguientes problemas cuando deben enfrentarse a la esquizofrenia:

1. Falta de comprensión sobre la compleja naturaleza de la esquizofrenia y sus limitaciones sociales.

2. Falta de habilidades para haberse-las en forma efectiva con los síntomas agudos y crónicos de la esquizofrenia.
3. Dificultad para expresar sentimientos, negativos y positivos, por el paciente.
4. Dificultad para reducir tensión en la familia mediante un método efectivo para resolver problemas.
5. Tendencia a sentirse estigmatizados y a limitar los contactos sociales fuera del círculo familiar.

De aquí surge la idea de este proyecto: crear la necesidad de desarrollar un programa de educación para la salud, para dotar a las familias de conocimientos y habilidades para hacer frente al proceso de enfermedad de la esquizofrenia para reducir la ansiedad y/u otros sentimientos que le impidan adaptarse de forma saludable a esta nueva situación vital.

La población de estudio de este proyecto de investigación la constituyen los familiares de ambos sexos de usuarios diagnosticados de esquizofrenia que acuden al CSMA de Hospitalet de Llobregat, donde enfermería provee que haya o exista el riesgo de un «afrontamiento familiar inefectivo».

La muestra estará formada por 16 familias, de las cuales ocho pertenecerán al grupo intervención y otras ocho al grupo control.

El muestreo de la asignación de los grupos se realizará de forma aleatoria, utilizando la técnica de muestreo aleatorio simple con  $n = 8$ .

#### • Criterios de inclusión

- Familias con edades comprendidas entre 18-65 años de pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

- Familias que quieran participar en el estudio/consentimiento informado.
- Familias que acudan regularmente a las consultas con el equipo de Salud Mental del CSMA de la zona.
- Que enfermería objetive un afrontamiento familiar inefectivo o que tenga riesgo de padecerlo.
- Familias que no tengan un TMS.

#### • Criterios de exclusión

- Familias que no quieran participar en el estudio de investigación o carezcan del consentimiento.
- Familias que no acudan regularmente a las consultas con el equipo de salud mental.
- Familias de pacientes con diagnósticos diferentes al de esquizofrenia.
- Familias con TMS.

Se trata de un diseño cuasi experimental con grupo intervención y grupo control.

El programa psicoeducativo se realizará a un grupo de sujetos pretest y posttest con una duración de 13 semanas (tres meses aproximadamente), con una frecuencia de una sesión semanal, de hora y media de duración cada una, y con un seguimiento a largo plazo de dos años.

El grupo experimental recibirá la psicoeducación prevista del programa; mientras que el grupo control recibirá cuidado estándar, acudiendo solo a las sesiones primera y segunda del programa psicoeducativo.

En el primer encuentro, se solicitará la cumplimentación del consentimiento

informado conforme aceptan participar en el estudio de investigación.

Se utilizará el cuestionario sobre conocimientos de la enfermedad y la actitud familiar ante la enfermedad (*Family Coping Questionnaire, FCQ*; Magliano et al. 1996). También se utilizará el cuestionario de sobrecarga del cuidador ZARIT para conocer el grado de sobrecarga del cuidador.

Al finalizar el programa psicoeducativo se pasará un cuestionario de satisfacción.

Se determinarán también unos objetivos (NOC) a conseguir y unas intervenciones (NIC) a desarrollar. El programa se desarrollará basándose en las actividades derivadas de las intervenciones siguientes:

- Escucha activa (4920).
- Fomento de la implicación familiar (7110).
- Apoyo a la familia.
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).
- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).

## DISCUSIÓN

Si se confirmara la hipótesis del estudio, dicho programa podría aplicarse también a las familias que formaban parte en el proyecto del grupo control para poder beneficiarse de las ventajas que aporta el programa y así salvar las limitaciones éticas del estudio.

También se podría aplicar a familiares de pacientes que acudan a otro dispositivo diferente al CSMA de Hospital de Llobregat.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres por toda la ayuda y comprensión que me han brindado en todo mi año de residencia.

A Salva por darme tanto cariño y por haberme acompañado en esta experiencia durante tanto tiempo. Gracias por estar a mi lado, te quiero muchísimo.

A todos mis amigos que durante este año me han demostrado que son unos verdaderos amigos que no te olvidan aún estando a kilómetros de distancia. Gracias por ser tan buenos amigos.

A mi tutora, Carolina Miguel, por su acogida, su amistad, su optimismo aún en los momentos más difíciles, su apoyo y comprensión. Ha sido una suerte haberte conocido y tenerte como tutora. Gracias por todo.

A todos (profesionales y pacientes) que han pasado por mi vida este año y me han enseñado todo lo que sé.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nancy C, Andreasen MD, Black DW. Introducción a la psiquiatría. 3.<sup>a</sup> edición. Grupo Aula Médica, S.L.; 2005: 226-228.
2. Morrison M, RN, BSN, MHS, FNP. Fundamentos de enfermería en salud mental. 1.<sup>a</sup> edición. Elsevier España, S.A.; 2004: 454-459.
3. Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Capítulo 19, 2.<sup>a</sup> edición. Masson, Elsevier Doyma, S.L.; 2001.
4. López Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson; 2002: 333-356.

5. Muela JA, Godoy JF. *Psicothema* 2001; 13(1):1-6.
6. Marqués Garrido M. La esquizofrenia en el hogar: Guía práctica para familiares y amigos. *Presencia* 2005 ene-jun; 1 (1). Disponible en: [www.index-f.com/presencia/n1/10articulo.php](http://www.index-f.com/presencia/n1/10articulo.php)
7. de la Higuera Romero J. Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de psicología, SIN* 0213-3334. 2005;23(3):275-292. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?=&2351145>







Hermanas  
Hospitalarias

Dr. Pujadas 38. 08830 Sant Boi de Llobregat. BARCELONA  
Tel.: 936 529 999. Fax: 936 400 268