

## **INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR**

**María Cruz Pérez Lancho**

Profesora Encargada de Cátedra Facultad de Ciencias de la Salud. Diplomatura de Logopedia. UPSA.

**Alba Carrasco Calzada**

Graduada en Psicología UPSA

**Antonio Sánchez Cabaco**

Catedrático Facultad de Psicología UPSA

**Jose David Urchaga Litago**

Profesor Encargado de Cátedra Facultad de Comunicación UPSA

**Luz María Fernández Mateos**

Profesora Encargada de Cátedra Facultad de Educación UPSA.

**Nieves Barahona Esteban**

Profesora Contratada Escuela Universitaria de Magisterio Fray Luis de León (UVA)

Centro de Procedencia: Universidad pontificia de Salamanca

Email primer autor: mcperezla@upsa.es

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.35>

*Fecha de Recepción: 3 Febrero 2015*

*Fecha de Admisión: 30 Marzo 2015*

### **RESUMEN**

La demencia se considera como una de las principales causas de discapacidad y dependencia. El cuidado informal de personas dependientes, y en especial en el caso de las demencias, tiene un enorme impacto sobre el cuidador principal (Cáceres y Mateos, 2013; Losada, A., Montorio, Izal y Márquez, 2006; Matellanes, Díaz y Montero, 2010). Este trabajo tiene como objetivo determinar cómo influyen las variables tipo de demencia y duración del cuidado en el estado de sus familiares cuidadores. Para ello, a una muestra de 43 cuidadores de enfermos con demencia se le han administrado los siguientes instrumentos: Entrevista de ingreso, escala CES-D (depresión), Subescala HAD-A (ansiedad), Escala CBI (sobrecarga), Escala Rosenberg (autoestima), Cuestionario Duke-Unc (apoyo social), Cuestionario CGQ (culpa) y Escala WHOQoL-BRIEF (calidad de vida). Los resultados indican que la duración del cuidado produce diferencias significativas en la autoestima y calidad de vida del cuidador. Los cuidadores de enfermos con demencia vascular y mixta perciben un menor grado de sobrecarga y consideran que reciben menos apoyo social en comparación con los cuidadores de los enfermos de Alzheimer y otras demencias.

## **INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR**

### **ABSTRACT**

Dementia is considered one of the main causes of disability and dependency. Informal care of dependant persons, especially in the case of dementias, has a large impact on the primary caregiver (Cáceres y Mateos, 2013; Losada, A., Montorio, Izal y Márquez, 2006; Matellanes, Díaz y Montero, 2010). The main objective of this work is to determine how the two variables (duration of care and kind of dementia) influence in the state of their care giving relatives. To do so, the following instruments were applied to a sample of 43 caregivers of dementia patients: entry's interview, CES-D scale (depression), HAD-A subscale (anxiety), CBI interview (overload), Rosenberg's scale (self-esteem), Duke-UNC questionnaire (social support), CGQ questionnaire (guilt) and WHOQoL-BREF scale (quality of life). The results obtained indicate that care's duration produces significant differences into the self-esteem and the quality of life of the caregiver. Caregivers of vascular and mixed dementia patients perceive a lower degree of overload and considerer they receive less social support compared to caregivers of patients with Alzheimer's and other dementias.

### **Palabras clave**

Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, estado del cuidador, duración del cuidado.  
Alzheimer's disease, vascular dementia, caregiver status, care duration.

### **ANTECEDENTES**

#### **Demencias**

Uno de los principales problemas de la salud mental en la edad avanzada es la demencia. La demencia se define como un síndrome clínico debido a una enfermedad del cerebro, con asiduidad orgánica o degenerativa, que implica el deterioro patológico de la memoria y la alteración de otras funciones corticales superiores como el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo y el aprendizaje. Este deterioro ocurre sin alteración de conciencia pero sí interfiere en la vida de la persona produciendo desadaptación personal, social y laboral (Ballesteros, 2002; Barahona, Villasán y Sánchez, 2014).

Según el DSM-5, los criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo mayor (o demencia) son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013) (Véase Cuadro 1).

*Cuadro 1. Criterios DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor*

- |   |
|---|
| <p>A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y</li><li>2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.</li></ol> <p>B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).</p> <p>C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.</p> <p>D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p> |
|---|

A medida que se produce un envejecimiento poblacional, el riesgo de padecer una demencia aumenta. Ésta tiene un gran impacto social y los costes (proceso de diagnóstico, tratamiento, asistencia, impacto emocional en pacientes y familiares, mortalidad, etc.) que de ella se derivan son muy elevados (Redondo, 2013).

### **Tipos de demencia**

Las demencias se pueden clasificar en función de las estructuras cerebrales afectadas, pudiendo hablar de demencias corticales (resultado de cambios degenerativos en la corteza cerebral) que cursan con amnesia, afasia, apraxia, agnosia y/o dificultades en la memoria operativa de trabajo y de demencias subcorticales (consecuencia de la disminución de las sustancias gris y blanca) y caracterizadas por la presencia de alteraciones en diferentes niveles: vigilancia, atención, procesamiento de la información, psicomotricidad, afecto, personalidad, capacidad de abstracción y desarrollo de estrategias (Amate, Martos y Díaz, 2013).

Según su etiología, las demencias se dividen en: primarias o degenerativas (sin causa conocida), secundarias (la demencia aparece como consecuencia de un trastorno principal) y combinadas (etiología múltiple). Por último, dentro de las demencias de etiología múltiple podemos encontrar la demencia mixta (vascular y degenerativa) y otras demencias combinadas (Alberca y López-Pousa, 2011; Robles et al., 2002).

De todos los tipos de demencias, la Enfermedad de Alzheimer es la más frecuente, seguida por la Demencia Vascular (DV), y aunque la DV pura aparece ya en edades avanzadas, por encima de los 80 años son más frecuentes los casos en los que coexisten lesiones degenerativas y vasculares (Demencia Mixta) (Ballesteros, 2002; Doménech, 2004).

### **Grado de deterioro cognitivo y evolución de las demencias**

La medición del deterioro cognitivo en las personas mayores y la estadificación de las demencias puede establecerse a través de la utilización de diferentes escalas. Una de las más utilizadas es la Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale, GDS) desarrollada por Reisberg et al. (1982).

Esta escala permite seguir la evolución del deterioro cognitivo desde la normalidad de una persona que envejece hasta la demencia. Está constituida por siete fases, que van desde “cero deterioro cognitivo” a la “demencia muy aguda”. Los dos primeros niveles (GDS 1 y GDS 2) corresponden al funcionamiento aparentemente normal. El GDS 3 es la primera fase en la que aparecen déficit claros, aunque no se consideran suficientes para diagnosticar una demencia. Los niveles GDS 4, GDS 5, GDS 6 y GDS 7 reflejan un deterioro cognitivo ligado a demencia (leve, moderada, moderadamente severa y demencia severa, respectivamente) (Matellanes et al., 2010; Mittelman et al., 2012).

### **El estado de los cuidadores de personas con demencia**

En los últimos años el cuidado informal se ha convertido en un tema de especial relevancia, puesto que se ha producido un incremento en las demandas procedentes de las personas mayores a la hora de desempeñar sus actividades diarias. Al hablar de cuidado informal nos referimos a aquella atención no remunerada, que se da a domicilio y que se realiza mayoritariamente por los familiares y allegados (López y Crespo, 2008; Contador, 2010).

El impacto emocional que las demencias tienen sobre las familias cuidadoras es enorme. Cuando el cuidador comienza a percibir como amenazante la situación del cuidado, surgen un conjunto de reacciones afectivas, fisiológicas o conductuales que reciben el nombre de carga o “sobrecarga”. Esta carga puede ser objetiva o subjetivamente percibida y son muchos los autores que coinciden al afirmar que es la segunda la que mayor repercusión tiene sobre el estado de los cuida-

## **INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR**

res (Ballesteros, 2002; Contador, 2010; IMSERSO, 2008; López y Crespo, 2008). El grado de sobrecarga depende de diferentes variables, entre ellas: el tipo de demencia, la gravedad y duración de la enfermedad y la ayuda recibida de recursos sociosanitarios (Garrido, 2003).

Algunos estudios indican que el estado del cuidador puede verse agravado o atenuado según cuál sea el tipo de demencia que presenta la persona directamente afectada (Cáceres y Mateos, 2013). Por otra parte, en relación con la instauración de las demencias, las que comienzan de un modo brusco (la Demencia Vasculosa o Mixta), exigen a la familia adaptaciones rápidas, mientras que aquellas cuyo comienzo es más insidioso (la EA) permiten a las familias actuar y adaptar los cuidados más paulatinamente (Cáceres y Mateos, 2013; Rolland, 2000). Según Redondo (2013) las demencias en general producen sobrecarga y pérdida de calidad de vida en las familias. Estos efectos se acentúan especialmente en la Enfermedad de Alzheimer, al ser considerada como una de las dolencias más incapacitantes y difíciles de manejar por los cuidadores informales.

El carácter progresivo de la enfermedad, requiere de cambios adaptativos constantes por parte de los familiares, lo que unido al cuidado prolongado, acaba agotándoles tanto física como psicológicamente. También la gravedad de la dolencia influye en el estado del cuidador (Rolland, 2000; Losada et al., 2006; Cáceres y Mateos, 2013; Garrido, 2003).

Es destacable, además, que el paulatino deterioro del lenguaje que tiene lugar en el curso de la enfermedad desencadena un problema de comunicación entre enfermo y cuidador. A éste último le resulta difícil acostumbrarse a la distancia psíquica que se establece entre ambos. Es decir, a medida que la incapacidad del paciente aumenta, el estrés de los cuidadores se intensifica y aquellos que no se adaptan a las pérdidas progresivas de funcionalidad de los enfermos experimentarán altos niveles de carga, con el consecuente deterioro de su calidad de vida (Nieto, 2002; Matellanes et al., 2010).

### **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El objetivo general de esta investigación es conocer cómo influye el cuidado de enfermos de Alzheimer y otras demencias en el estado del cuidador. Específicamente pretendemos determinar la influencia en el estado del cuidador de variables de ámbito temporal (años de asistencia) y tipo de diagnóstico.

A partir del objetivo expuesto planteamos las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 1.** El estado del cuidador se ve influido por los años que han transcurrido desde el diagnóstico, encontrándose más deterioro en su estado cuantos más años hayan pasado en interacción con el enfermo.

**Hipótesis 2.** El tipo de diagnóstico del paciente influye en el estado del cuidador, encontrándose mayor afectación en los cuidadores de enfermos de Alzheimer.

### **PARTICIPANTES**

Para la realización de este trabajo se ha realizado un muestreo de carácter casual o incidental. Los sujetos seleccionados son cuidadores informales de pacientes con demencia a los que el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y Otras Demencias (CRE Alzheimer) de Salamanca les ha concedido algún tipo de recurso.

A continuación se presentan los datos descriptivos de los 43 cuidadores (obtenidos a partir de la entrevista de ingreso) de 30 enfermos (directamente proporcionados por los historiales del Centro). El número de cuidadores es mayor que el de personas con demencia (PD) ya que en algunos casos hay varios cuidadores para una misma PD.

En cuanto a los cuidadores (43 casos), 18 son varones (41,9%) y 25 mujeres (58,1%). En lo que respecta a la variable filiación: se cuenta con 11 cónyuges (25,6%), 25 hijos/as (58,1%), 4 yer-

nos/nueras (9,3%) y 3 hermanos/as (7%). Según el estado civil, 38 sujetos estaban casados, 2 sujetos solteros, 1 sujeto viudo y 2 sujetos divorciados. La edad media es de 57,2 años (Sx: 13,6), variando desde 30 años, la persona más joven, a 84 años la mayor.

De forma sintética, las características más frecuentes del cuidador serían las de ser mujer (58%) casada (88,4%), de unos 57 años, hija del PD (58%), cuidadora principal (61%), que convive en el mismo domicilio con el PD (52%) y que además, trabaja (42%).

En lo que respecta a los enfermos con demencia: 11 (36,7%) son varones y 19 mujeres (63%). La edad media es de 77 años (Sx: 11,7). El más joven tiene 42 años y el más mayor 93. En lo que respecta al tipo de recurso que reciben, 16 (53,3%) viven en el centro residencial y 14 (46,7%) acuden al centro solo durante el día.

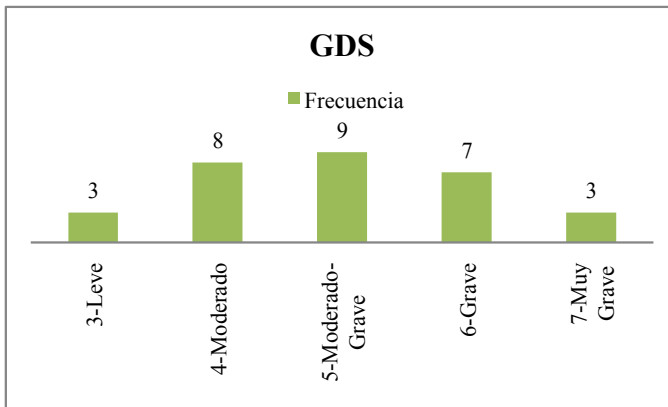
En relación al diagnóstico, el más frecuente es el de enfermedad de Alzheimer (63,3%), la Demencia Mixta (13,3%) y el Deterioro Cognitivo Leve (6,7%) (véase Tabla 1). Finalmente, el grado de deterioro medio de la muestra evaluado con la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg (1982), es de 4,97 (Sx: 1,16), oscilando las puntuaciones entre 3 (leve) y 7 (muy grave) (véase Figura 1).

*Tabla 1. Número de casos y porcentaje, según el diagnóstico*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedad de Alzheimer (EA)	19	63,3
Demencia Mixta (DM)	4	13,3
Deterioro Cognitivo Leve (DCL)	2	6,7
Demencia Vascular	1	3,3
Enfermedad por cuerpos de Lewy	1	3,3
Demencia asociada a Parkinson	1	3,3
Demencia talámica	1	3,3
Demencia por degeneración córtico basal	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

## INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR

Figura 1. Grado de deterioro (GDS) de los enfermos de la muestra.



### MÉTODO

En esta investigación, siguiendo el protocolo de actuación del CRE Alzheimer de Salamanca, se han utilizado un total de ocho instrumentos, para la recogida de datos sobre el cuidador y/o familiar. Se trata de una entrevista de ingreso y una batería de pruebas de evaluación compuesta por siete escalas:

*Entrevista de Ingreso (EI)*: entrevista estructurada e individual que recoge datos socio-demográficos, sobre el cuidador y/o familiar del paciente, a través de 15 preguntas.

*Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale,)* de Radloff (1977). Se trata de un cuestionario autoaplicado, compuesto por 20 ítems, que evalúa la sintomatología depresiva en población general.

*Subescala de Ansiedad (HAD-A)* de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) de Zigmond y Snaith (1983). Se trata de un cuestionario autoaplicado de 14 ítems integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión.

*Escala de Carga del Cuidador (Caregiver Burden Interview, CBI)* de Zarit, Reever y Back-Peterson (1980). Se trata de una escala autoaplicada de 22 ítems, que mide el grado en que la atención a la persona dependiente altera el bienestar físico, psicológico, económico y social del cuidador.

*Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Steem Scale, Rosenberg S-S)* de Rosenberg (1965). Se trata de una escala autoaplicada de 10 ítems, que mide el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma y la relación entre su autoimagen real e ideal.

*Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unc (Duke-Unc Functional Social Support Scale)* de Broadhead, Gehlbach, DeGruy y Kaplan (1988). Se trata de un instrumento autoadministrado de 11 ítems que evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido e incluye dos dimensiones: Apoyo Social Confidencial y Apoyo Social Afectivo.

*Cuestionario de Culpa del Cuidador (Caregiver Guilt Questionnaire, CGQ)*. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 22 ítems que valúa cuantitativamente los sentimientos y pensamientos de culpa del cuidador (Losada, Márquez-González, Peñacoba y Romero-Moreno, 2010).

*Escala de Calidad de Vida (WHO Quality of Life-BREF, WHOQoL-BREF)*, facilitada por el Centro de WHOQoL-BREF de Barcelona (España). Se trata de una escala formada por 26 preguntas: dos generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 agrupadas en cuatro

áreas: Salud física, Salud Psicológica, Relaciones sociales y Ambiente (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011).

### Diseño

Realizamos un estudio descriptivo-correlacional transversal. Se han recogido datos de los enfermos y de sus familiares y/o cuidadores. Los datos de los enfermos fueron proporcionados por el CRE Alzheimer, directamente de sus historiales. La recogida de los datos de los cuidadores se realizó mediante la entrega de una batería compuesta por siete pruebas a las que contestaron de forma individual, antes de la intervención, en sus domicilios y entregaron en el Centro.

### RESULTADOS OBTENIDOS

En primer lugar se correlacionó la variable “años desde el diagnóstico” con la variables que describen el estado del cuidador (Depresión, Ansiedad, Sobrecarga, Autoestima, Culpa, Calidad de Vida y Apoyo Social).

Los casos en esta variable no seguían una distribución normal, ya que la mayoría de los casos se concentraba en los valores 2, 3 y 4 años (véase Tabla 2), por lo que se optó por realizar el estudio correlacional con la prueba Rho de Spearman.

*Tabla 2. Años desde el diagnóstico*

Años	Frecuencia	Porcentaje
1	2	4,7
2	9	20,9
3	15	34,9
4	7	16,3
5	1	2,3
6	2	4,7
7	1	2,3
9	1	2,3
10	2	4,7
11	3	7,0
Total	43	100,0

El estudio muestra (véase Tabla 3) que la variable años desde el diagnóstico sólo correlaciona de forma significativa con dos variables (Autoestima y Calidad de Vida).

**INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR**

*Tabla 3. Tabla de correlaciones: Rho de Spearman*

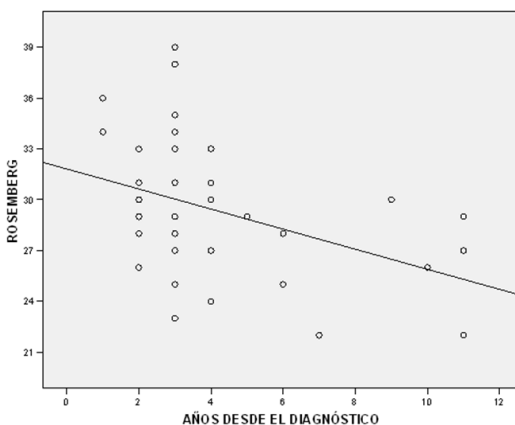
	AÑOS DESDE EL DIAGNÓSTICO
CES_D	,172
HAD_A	,142
CBI	,140
ROSEMBERG	-,422(**)
DUKE_UNC	-,008
CULPA TOTAL	-,027
POR ESTAR HACIÉNDOLO MAL CON LA PERSONA CUIDADA	,026
POR FRACASAR AL RESPONDER A LOS DESAFÍOS DEL CUIDADO	-,058
POR EL AUTOCUIDADO	-,116
POR DESCUIDAR A OTROS FAMILIARES	-,172
POR TENER EMOCIONES NEGATIVAS HACIA OTRAS PERSONAS	,180
WHOQOL TOTAL	-,307(*)
SALUD FÍSICA	-,197
SALUD PSICOLÓGICA	-,131
RELACIONES SOCIALES	-,229
AMBIENTE	-,221

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Respecto a la Autoestima (evaluada con la Escala de Autoestima de Rosenberg), ésta correlaciona negativamente (-,422), y de forma muy significativa ( $p < 0,01$ ), por lo que a más años desde el diagnóstico, los cuidadores tienden a presentar una autoestima más baja (véase Figura 2).

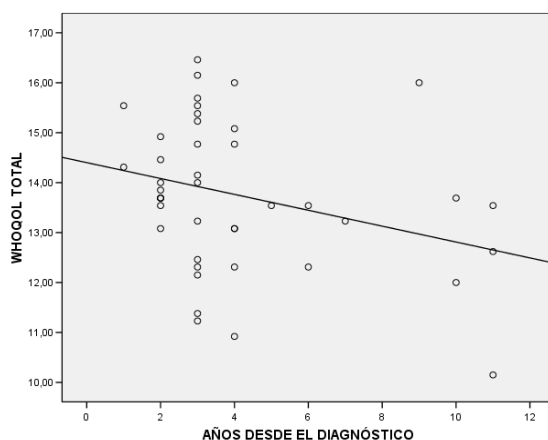
*Figura 2. Correlación entre la Autoestima (Escala de Rosenberg) y los Años desde el diagnóstico.*





En cuanto a la Calidad de Vida (evaluada con la Escala de Calidad de Vida, WHOQOL-BREF), ésta correlaciona negativamente (-,307), y de forma significativa ( $p < 0,05$ ), por lo que a más años desde el diagnóstico, los cuidadores tienden a presentar una menor calidad de vida (véase Figura 3).

Figura 3. Correlación entre la Calidad de Vida (Escala de Calidad de Vida, WHOQOL-BREF) y los Años desde el diagnóstico.



Respecto al resto de las variables, aunque las relaciones no sean significativas, la mayoría están en la dirección pronosticada. Así, un mayor tiempo desde el diagnóstico se relaciona con más depresión, (,17) ansiedad (,14) y sobrecarga (,14). Respecto a la culpa, sin ser la relación significativa, se observa que conforme más tiempo haya pasado desde el diagnóstico hay menos sentimiento de culpa, lo cual tiene sentido, ya que el cuidador familiar lleva más tiempo encargándose de esa persona.

En segundo lugar se relacionó la variable “tipo de demencia” con el estado del cuidador. Se decidió realizar una reagrupación de los diagnósticos (véase Tabla 4). Así se conservaron el diagnóstico más frecuentes (Enfermedad de Alzheimer-EA) se reagruparon las Demencias Mixta y Vascular, y el resto se reagrupó en una categoría como de “Otras”.

Tabla 4. Reagrupación de los casos según diagnósticos

Diagnóstico	Casos	Porcentaje	
EA	Enfermedad de Alzheimer	27	62,8
Demencia	Mixta	6	14,0
	Vascular	2	4,7
Otras	DCL	2	4,7
	E. por cuerpos de Lewy	1	2,3
	Demencia asociada a E. de Parkinson	2	4,7
	Demencia talámica	1	2,3
	Demencia por degeneración córtico basal	2	4,7
Total		43	100,0

**INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR**

Se realizó una prueba Anova para estudiar las posibles diferencias. Previamente se estudió la homogeneidad de las varianzas, no encontrándose diferencias significativas. En cuanto a las diferencias en las medias, tan sólo se encontraron diferencias en el Cuestionario de Apoyo Social Funcional, DUKE-UNC ( $p < 0,05$ ), y una clara tendencia a la diferencias significativa ( $p < 0,10$ ) en la Escala de Carga del Cuidador, CBI (véase Tabla 5).

*Tabla 5. Prueba de Anova (Inter-grupos)*

	Significación
CES_D	,140
HAD_A	,671
CBI	,060
ROSENBERG	,605
DUKE_UNC	,022
CULPA TOTAL	,730
POR ESTAR HACIÉNDOLO MAL CON LA PERSONA CUIDADA	,584
POR FRACASAR AL RESPONDER A LOS DESAFÍOS DEL CUIDADO	,929
POR EL AUTOCUIDADO	,271
POR DESCUIDAR A OTROS FAMILIARES	,527
POR TENER EMOCIONES NEGATIVAS HACIA OTRAS PERSONAS	,253
WHOQOL TOTAL	,940
SALUD FISICA	,408
SALUD PSICOLÓGICA	,852
RELACIONES SOCIALES	,540
AMBIENTE	,629

En cuanto al Apoyo Social (medido a través del Cuestionario de Apoyo Social Funcional, DUKE-UNC), se encuentra (véase Tabla 6) que el grupo con menos Apoyo es el de las Demencias Vasculares y Mixta. Éste grupo también es el que se percibe como el que tiene menos sobrecarga (medida a través de la Escala de Carga del Cuidador, CBI). Los otros grupos (EA y "Otras") presentan similares puntuaciones en Apoyo y en Sobrecarga (Tabla 6).

*Tabla 6. Descriptivos*

		N	Media	Desviación típica	Error típico
DUKE_UNC	Otras	8	42,63	4,534	1,603
	EA	24	41,88	7,583	1,548
	Vascular/Mixta	7	33,00	9,487	3,586
CBI	Otras	8	58,25	19,506	6,897
	EA	27	57,30	15,745	3,030
	Vascular/Mixta	8	41,63	16,035	5,669

**DISCUSIÓN**

Tras la recopilación y análisis de los datos descritos en este trabajo, encontramos que el familiar cuidador presenta una autoestima más baja y una menor calidad de vida cuanto más tiempo lleva atendiendo a la persona con demencia. Este resultado guarda relación con lo expuesto por Nieto

(2002) y Matellanes et al. (2010), según los cuales la calidad de vida del cuidador se verá deteriorada si éste no es capaz de adaptarse a los constantes cambios característicos de esta dolencia.

Otros estudios (Rolland, 2000; Losada et al., 2006; Cáceres y Mateos, 2013; Garrido, 2003) también están en la línea de los resultados obtenidos, pues en términos generales exponen que, a largo plazo, la adaptación a esos cambios continuos acaba agotando física y psicológicamente al cuidador.

El grupo de cuidadores de personas con demencia vascular o mixta, percibe menor carga y menor apoyo social que el resto. Posiblemente, el hecho de no sentirse muy sobrecargados les lleva a no reclamar tanto apoyo, razón por la que pueden afirmar que no la reciben. Los cuidadores de enfermos de Alzheimer perciben la misma sobrecarga y grado de ayuda que los que cuidan a personas con otras demencias no vasculares. Trabajos como el de Redondo (2013) refutan estos resultados, al afirmar que es la EA, frente a otras demencias, la que más efectos negativos genera en el cuidador.

## CONCLUSIONES

En función de las hipótesis planteadas y de los resultados obtenidos podemos concluir que:

Los años transcurridos desde el diagnóstico crean diferencias significativas sobre la autoestima y la calidad de vida, encontrándose en los cuidadores una autoestima más baja y una menor calidad de vida, cuanto más tiempo haya transcurrido desde el diagnóstico. No se han encontrado diferencias significativas en el resto de variables, aunque sí van en la dirección pronosticada; los años de diagnóstico se relacionan con mayores niveles de depresión, ansiedad, sobrecarga y un menor sentimiento de culpa.

El tipo de diagnóstico del paciente influye, aunque no de una forma muy significativa, en el apoyo social y la sobrecarga percibida por el cuidador, encontrando que aquellos cuidadores de personas con demencia vascular o mixta, se perciben con menor apoyo social y con menor sobrecarga. Los grupos de "EA" y "Otras demencias" presentan similares puntuaciones de apoyo y sobrecarga.

## REFERENCIAS

- Alberca, R., y López-Pousa, S. (2011). *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. 4ª Ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Amate, M., Martos, M., y Díaz, M. (2013). *Del Deterioro Cerebral a la Demencia. Visto por un T. Aux. de Enfermería*. España: Lulu.com.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ballesteros, S., y Montero, P. (2002). *Aprendizaje y memoria en la vejez*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Barahona, M.N., Villasán, A., y Sánchez, A. (2014). Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 47-54. Recuperado de [http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877\\_2014\\_2\\_1\\_47.pdf](http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_47.pdf)
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-703.
- Cáceres, R. y Mateos, A. (2013). Realidades psicosociales en las familias de personas con demencia: abordaje desde la terapia familiar sistémica. *Actas de Dependencia*, 7, 59-86.
- Contador, I. (2010). *La Enfermedad de Alzheimer desde la neuropsicología a la intervención psico-*

## INFLUENCIA DEL TIPO DE DEMENCIA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL ESTADO DEL CUIDADOR

- socia]. Salamanca: Fundación Academia Europea de Yuste.
- CRE Alzheimer Salamanca: Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Recuperado de [http://www.crealzheimer.es/crealzheimer\\_01/index.htm](http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/index.htm)
- Doménech, S. (2004). *Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Barcelona.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas-Carrasco, R., y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139 (5), 579-586. Recuperado el 5 de noviembre de 2014, de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000500003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003)
- Garrido, A. (2003). Cuidando al cuidador. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 38 (4), 189-191.
- IMSERSO (2008). *Modelo de Centro de Día para la atención de personas con enfermedad de Alzheimer. Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA)*. Madrid: IMSERSO.
- López, J. y Crespo, M. (2008). *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar*. Madrid: IMSERSO.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., y Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 22, 650-660.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M., Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: el papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Matellanes, B., Díaz, U., Montero, J.M. (2010). *El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Nieto, M. (2002). *Ante la Enfermedad de Alzheimer*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Redondo, E. (2013). *Calidad de vida y deterioro cognitivo: un estudio bibliométrico* (Trabajo fin de máster no publicado). Universidad Pontificia de Salamanca.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J., Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Robles, A., Carnero, C., Pascual, L.F., Alom, J., Dobato, J.L., Romero, J., Latorre, P., Sevilla, M.C., Fernández, C., y Peña-Casanova, J. (2002). Clasificación. En Molinuevo, J.L., y Peña-Casanova, J. (Eds.), *Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia* (pp. 29-38). Barcelona: Masson.
- Rolland, J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Zarit, S. H., Reever, K.E., y Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.